

# Polisvoorwaarden

## Vrije Keuze Zorgplan 2008

# Inleiding polisvoorwaarden ONVZ Vrije Keuze Zorgplan

Geachte klant,

Voor u liggen de polisvoorwaarden van het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan 2008. 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.

## 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 deel A, de Algemene bepalingen, staan uw rechten en plichten beschreven (bijvoorbeeld premiebetaling, wijzigen van gegevens e.d.) met betrekking tot zowel de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering als uw aanvullende verzekering(en). In deel B, Omvang dekking, vindt u precies terug wat er per verzekeringsproduct wordt vergoed. In deel C, Zorgdiensten, staat beschreven op welke zorgdiensten u allemaal recht heeft; hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan wachtlijstbemiddeling en kraamzorg.

## Hoe gebruikt u de polisvoorwaarden?

De polisvoorwaarden zijn ingedeeld per verzekeringsproduct. Deze indeling vindt u terug in de inhoudsopgave. Na de inhoudsopgave vindt u een dekkingsoverzicht van de Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen dat verwijst naar de pagina met de volledige dekkingsomschrijving.

Ieder onderdeel begint met een productspecifieke inhoudsopgave van het betreffende verzekeringsproduct. Daarna volgt per onderdeel de uitgebreide omschrijving van de dekking (Deel B) en de diensten (Deel C) die voor de desbetreffende (aanvullende) verzekering gelden.

## Ingangsdatum

Deze polisvoorwaarden gaan in per 1 januari 2008 en gelden totdat u geïnformeerd wordt over eventuele wijzigingen.

ONVZ Zorgverzekeraar

Risicodraagster 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. [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl)



# Inhoudsopgave

<b>Pagina overzicht dekkingsomschrijving</b>	<b>4</b>
<b>Algemene bepalingen</b>	
Deel A Algemene bepalingen ONVZ Zorgverzekeraar 98081	7
<b>Hoofdverzekering</b>	
<b>ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering</b>	<b>21</b>
Deel B Omvang dekking 100081	23
Eigen bijdragen tabel ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	35
Deel C Zorgdiensten 124081	36
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	
<b>ONVZ Vrije Keuze Extrafit</b>	<b>37</b>
Deel B Omvang dekking 117081	39
Deel C Zorgdiensten 132081	43
<b>ONVZ Vrije Keuze Benfit</b>	<b>45</b>
Deel B Omvang dekking 111081	47
Deel C Zorgdiensten 125081	51
<b>ONVZ Vrije Keuze Optifit</b>	<b>53</b>
Deel B Omvang dekking 112081	56
Deel C Zorgdiensten 126081	61
<b>ONVZ Vrije Keuze Topfit</b>	<b>63</b>
Deel B Omvang dekking 113081	66
Deel C Zorgdiensten 127081	71
<b>ONVZ Vrije Keuze Superfit</b>	<b>73</b>
Deel B Omvang dekking 152081	76
Deel C Zorgdiensten 153081	86
<b>ONVZ Tandfit</b>	<b>89</b>
Deel B Omvang dekking 114081	91
<b>ONVZ ZorgConsulent</b>	<b>93</b>
Deel B Omvang dekking 118081	95
<b>ONVZ Privé Zorgpakket</b>	<b>97</b>
Deel B Omvang dekking 149081	99

## Pagina overzicht dekkingomschrijving

	Basisverzekering	Extrafit	Benfit	Optifit	Topfit	Superfit
<b>Acnébehandeling</b>	-	pagina 40 (art. 8, lid 1)	pagina 48 (art. 8, lid 1)	pagina 58 (art. 10, lid 1)	pagina 68 (art. 11, lid 1)	pagina 78 (art. 11, lid 1)
<b>Alternatieve geneeswijzen incl. (acupunctuur, haptonomie)</b>	pagina 18 (art. 12, lid 1, sub 4)	pagina 39 (art. 4)	pagina 47 (art. 4)	pagina 57 (art. 5)	pagina 67 (art. 5)	pagina 76 (art. 5)
<b>Audiologische zorg</b>	pagina 27 (art. 13)	-	-	-	-	-
<b>Beenmergonderzoek kinderen</b>	pagina 27 (art. 12)	-	-	-	-	-
<b>Bevalling ziekenhuis</b>	pagina 25 (art. 5)	-	-	-	-	-
<b>Bewakingsapparatuur wiegendood</b>	-	pagina 39 (art. 7, lid 1)	pagina 48 (art. 7, lid 1)	pagina 57 (art. 9, lid 2)	pagina 67 (art. 8, lid 2)	pagina 77 (art. 8, lid 2)
<b>Brillenglazen/ contactlenzen</b>	-	-	-	pagina 57 (art. 9, lid 1)	pagina 67 (art. 8, lid 1)	pagina 77 (art. 8, lid 1)
<b>Buitenland</b>	pagina 34 (art. 22)	pagina 41 (art. 12)	pagina 49 (art. 13)	pagina 59 (art. 15)	pagina 69 (art. 15)	pagina 79 (art. 15)
<b>Eerstelijns Psychologische Zorg</b>	pagina 33 (art. 19)	-	-	pagina 56 (art. 3)	pagina 66 (art. 3)	pagina 76 (art. 3)
<b>Elektrische epilatie/ laserbehandeling</b>	-	pagina 40 (art. 8, lid 3)	pagina 48 (art. 8, lid 3)	pagina 58 (art. 10, lid 3)	pagina 68 (art. 11, lid 3)	pagina 78 (art. 11, lid 3)
<b>Erfelijkheidsonderzoek</b>	pagina 27 (art. 12)	-	-	-	-	-
<b>Ergotherapie</b>	pagina 28 (art. 14)	-	-	-	pagina 69 (art. 11, lid 15)	pagina 79 (art. 11, lid 15)
<b>Farmaceutische hulp (o.a. medicijnen)</b>	pagina 30 (art. 16)	pagina 39 (art. 3)	pagina 47 (art. 3)	pagina 56 (art. 4)	pagina 66 (art. 4)	pagina 76 (art. 4)
<b>Fysio-/oefentherapie, manuele therapie</b>	pagina 28 (art. 14)	pagina 39 (art. 2)	pagina 47 (art. 2, lid 1)	pagina 56 (art. 2, lid 1)	pagina 66 (art. 2, lid 1)	pagina 76 (art. 2, lid 1)
<b>Herstellingsoorden</b>	-	-	-	-	pagina 69 (art. 12, lid 4)	pagina 79 (art. 12, lid 4)
<b>Huisarts</b>	pagina 24 (art. 3)	-	-	-	-	-
<b>Hulpmiddelenzorg</b>	pagina 31 (art. 17)	pagina 39 (art. 6 & 7)	pagina 48 (art. 6 & 7)	pagina 57 (art. 8 & 9)	pagina 67 (art. 7 & 8)	pagina 77 (art. 7 & 8)
<b>In-vitrofertilisatie</b>	pagina 24 (art. 4, lid 3)	-	-	-	pagina 68 (art. 11, lid 13)	pagina 78 (art. 11, lid 13)
<b>Kaakchirurgie</b>	pagina 28 (art. 15)	-	-	-	-	-
<b>Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder</b>	-	-	-	-	pagina 69 (art. 14)	pagina 79 (art. 14)
<b>Kraamzorg</b>	pagina 25 (art. 5)	pagina 39 (art. 1)	pagina 47 (art. 1)	pagina 56 (art. 1)	pagina 66 (art. 1)	pagina 76 (art. 1)
<b>Logopedie</b>	pagina 28 (art. 14)	-	-	-	-	-
<b>Lymfedrainage</b>	-	pagina 40 (art. 8, lid 4)	pagina 48 (art. 8, lid 4)	pagina 58 (art. 10, lid 4)	pagina 68 (art. 11, lid 4)	pagina 78 (art. 11, lid 4)
<b>Nierdialyse</b>	pagina 27 (art. 8)	-	-	-	-	-
<b>Ongevallendekking</b>	-	-	-	-	-	pagina 82 (art. 20)
<b>Orgaantransplantaties</b>	pagina 26 (art. 7)	-	-	-	-	-
<b>Orthodontie</b>	-	-	pagina 49 (art. 12)	pagina 59 (art. 14, lid 1)	pagina 67 (art. 10, lid 1)	pagina 77 (art. 10, lid 1)
<b>Overgangsconsulent</b>	-	-	-	-	pagina 68 (art. 11, lid 14)	pagina 79 (art. 11, lid 14)

	<b>Basisverzekering</b>	<b>Extrafit</b>	<b>Benfit</b>	<b>Optifit</b>	<b>Topfit</b>	<b>Superfit</b>
<b>Paramedisch (chiropractie, orthoptie, osteopathie)</b>	pagina 28 (art. 14)	-	pagina 47 (art. 2)	pagina 56 (art. 2)	pagina 66 (art. 2)	pagina 76 (art. 2)
<b>Pedicure voor diabetici</b>	-	-	-	-	pagina 68 (art. 11, lid 12)	pagina 78 (art. 11, lid 12)
<b>Plastische chirurgie</b>	-	-	-	pagina 58 (art. 10, lid 10)	pagina 68 (art. 11, lid 9)	pagina 78 (art. 11, lid 9)
<b>Podotherapie</b>	-	pagina 40 (art. 8, lid 5)	pagina 48 (art. 8, lid 5)	pagina 58 (art. 10, lid 5)	pagina 68 (art. 11, lid 5)	pagina 78 (art. 11, lid 5)
<b>Preventieve geneeskunde</b>	-	-	-	-	pagina 68 (art. 11, lid 11)	pagina 78 (art. 11, lid 11)
<b>Psoriasis-dagbehandeling</b>	-	pagina 40 (art. 8, lid 6)	pagina 49 (art. 8, lid 6)	pagina 58 (art. 10, lid 6)	pagina 68 (art. 11, lid 6)	pagina 78 (art. 11, lid 6)
<b>Psychologische zorg</b>	pagina 33 (art. 19)	-	-	pagina 56 (art. 3)	pagina 66 (art. 3)	pagina 76 (art. 3)
<b>Repatriëring</b>	-	pagina 41 (art. 12, lid 5)	pagina 50 (art. 13, lid 5)	pagina 60 (art. 15, lid 5)	pagina 70 (art. 16)	pagina 80 (art. 16)
<b>Revalidatie</b>	pagina 26 (art. 6)	-	-	-	-	-
<b>Ronald McDonald of familiehuis</b>	-	pagina 41 (art. 9)	pagina 49 (art. 9)	pagina 59 (art. 11)	pagina 69 (art. 12, lid 1)	pagina 79 (art. 12, lid 1)
<b>Specialistische hulp (medisch-)</b>	pagina 24 (art. 4)	-	-	-	-	-
<b>Sterilisatie</b>	-	-	-	pagina 58 (art. 10, lid 9)	pagina 68 (art. 11, lid 8)	pagina 78 (art. 11, lid 8)
<b>Steunzolen</b>	-	pagina 40 (art. 7, lid 3)	pagina 48 (art. 7, lid 3)	pagina 57 (art. 9, lid 4)	pagina 67 (art. 8, lid 4)	pagina 77 (art. 8, lid 4)
<b>Stottertherapie</b>	-	pagina 40 (art. 8, lid 7)	pagina 49 (art. 8, lid 7)	pagina 58 (art. 10, lid 7)	pagina 68 (art. 11, lid 7)	pagina 78 (art. 11, lid 7)
<b>Tandheelkundige hulp</b>	pagina 28 (art. 15)	-	-	pagina 59 (art. 14)	pagina 67 (art. 10)	pagina 77 (art. 10)
<b>Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren</b>	-	pagina 40 (art. 8, lid 8)	pagina 49 (art. 8, lid 8)	pagina 58 (art. 10, lid 8)	pagina 69 (art. 12, lid 5)	pagina 79 (art. 12, lid 5)
<b>Thuishulp na ontslag ziekenhuisopname</b>	-	-	-	pagina 57 (art. 7)	pagina 69 (art. 13)	pagina 79 (art. 13)
<b>Vaccinaties</b>	-	pagina 39 (art. 5)	pagina 48 (art. 5)	pagina 57 (art. 6)	pagina 67 (art. 6)	pagina 77 (art. 6)
<b>Verblijf gezinslid levertransplantatie</b>	-	pagina 41 (art. 10)	pagina 49 (art. 10)	pagina 59 (art. 12)	pagina 69 (art. 12, lid 3)	pagina 79 (art. 12, lid 3)
<b>Verpleegartikelen</b>	-	pagina 40 (art. 7, lid 4)	pagina 48 (art. 7, lid 4)	pagina 58 (art. 9, lid 5)	pagina 67 (art. 8, lid 5)	pagina 77 (art. 8, lid 5)
<b>Wekapparaten</b>	-	pagina 40 (art. 7, lid 5)	pagina 48 (art. 7, lid 5)	pagina 58 (art. 9, lid 6)	pagina 67 (art. 8, lid 6)	pagina 77 (art. 8, lid 6)
<b>Ziekenhuisopname (eenpersoonskamer, zorgluxe, zorgassistent)</b>	pagina 24 (art. 4, lid 2)	-	-	-	-	pagina 81 (art. 17, 18 & 19)
<b>Ziekenvervoer</b>	pagina 31 (art. 18)	pagina 41 (art. 11)	pagina 49 (art. 11)	pagina 59 (art. 13)	pagina 67 (art. 9)	pagina 77 (art. 9)
<b>ZorgServicebureau</b>	pagina 36	pagina 43	pagina 51	pagina 61	pagina 71	pagina 86



# Algemene bepalingen ONVZ Zorgverzekeraar



# Inhoudsopgave

## Deel A Algemene bepalingen 98081

### Begripsomschrijvingen

Artikel 1	9
-----------	---

### Grondslag van de (aanvullende) (zorg)verzekering

Artikel 2	13
-----------	----

### Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3	14
-----------	----

### Overige bepalingen

Artikel 4	Verwijzing/Fraude	14
Artikel 5	Onrechtmatige inschrijving	14
Artikel 6	Premiebetaling en schorsing	14
Artikel 7	Kennisgeving relevante gebeurtenissen	15
Artikel 8	Herziening van premie of voorwaarden	16
Artikel 9	Begin en einde van de (aanvullende) (zorg)verzekering	16
Artikel 10	Geschillen	17
Artikel 11	Registratie van persoonsgegevens	18
Artikel 12	Uitsluitingen	18
Artikel 13	Lidmaatschap Vereniging ONVZ	19
Artikel 14	Materieel controleren	19

# Deel A

## Algemene bepalingen ONVZ

### Zorgverzekeraar 98081

#### Artikel 1

##### Begripsomschrijvingen

###### *(Zorg)verzekeraar*

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

Verzekeraar: ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., uitvoerder van de aanvullende verzekering en verstrekker van de polis.

Beide maatschappijen zijn gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

###### *Arts*

Een arts die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

###### *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 Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

###### *Bedrijfsarts*

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal-Genoetkundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

###### *Bureau Jeugdzorg*

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.

###### *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 tandheelkundige 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 de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg en specialistische (2e lijns) Geestelijke Gezondheids 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 uitbreiding en beperking werkingsfeer Wet marktordening 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”.

###### *Eerstelijnspsycholoog*

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

###### *Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ*

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

###### *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, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hier-

mee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

#### *Farmaceutische zorg*

De terhandstelling 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.

#### *Gezondheidszorgpsycholoog*

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

#### *GGZ-instellingen*

Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en als zodanig zijn toegelaten.

#### *Huisarts*

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld 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.

#### *Jeugdgezondheidszorgarts*

Een arts geregistreerd in het register arts Maatschappij en Gezondheid of het profielregister jeugdgezondheidszorg.

#### *Kaakchirurg*

Een tandartspecialist die als kaakchirurg 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 Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

#### *Klinisch psycholoog*

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

#### *Kraamcentrum*

Een instelling, conform bij of krachtens 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 is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

#### *Medisch adviseur*

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

#### *Medisch-specialist*

Een arts die als medisch-specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld 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 is ingeschreven als oedeemtherapeut in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

### *Oefentherapeut Mensendieck/befentherapeut Cesar*

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

### *Onvoorziene 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.

### *Psychiater/zenuwarts*

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

### *Psychotherapeut*

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

### *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.

### *Specialistische GGZ*

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

### *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.

### *Acupuncturist*

Een in Nederland gevestigde arts of behandelaar die lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie die relevant is voor de betreffende beroepsgroep.

### *Alternatieve geneeswijzen*

Behandelingen en/of onderzoeksmethoden die genezing of behandeling van een ziekte tot doel hebben, maar in de reguliere geneeskunde niet worden erkend. Het wetenschappelijk bewijs, volgens de methoden en standaards van de reguliere geneeskunde ontbreekt.

### *Behandelaar*

Een zorgverlener die ingeschreven staat in het register van een erkende beroepsorganisatie die relevant is voor de betreffende beroepsgroep. Een opgave van de door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties 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 in de beroepsgroep algemeen gebruikelijke tarieven. Voor zover een beroepsorganisatie normtarieven hanteert, zijn deze leidend.

### *Chiropractor*

Een in Nederland gevestigde behandelaar die lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie die relevant is voor de betreffende beroepsgroep.

### *Geregistreerde geneesmiddelen*

Geneesmiddelen die in één van de productgroepen geregistreerd zijn in het register van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG).

### *Haptotherapeut*

Een in Nederland gevestigde arts of behandelaar die lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie die relevant is voor de betreffende beroepsgroep.

### *Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen*

Geneesmiddelen die door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) als geregistreerd geneesmiddel zijn opgenomen in de productgroep homeopathische geneesmiddelen (HM) van de Z-index Taxe of zijn opgenomen in de productgroep antroposofische geneesmiddelen (HA) van de Z-index Taxe, en die zijn voorgeschreven door een arts of behandelaar.

### *Medische noodzaak*

De noodzaak van onderzoek, behandeling of verpleging waarbij dit door de wetenschap binnen de Europese Unie voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden en deze zorg noodzakelijk, doelmatig en niet uitsluitend cosmetisch van aard is.

### *Niet geneesmiddel*

Geneesmiddelen die door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) als geneesmiddel zijn opgenomen in de productgroep Niet Geneesmiddel (NG) van de Z-index Taxe.

### *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.

### *Orthoptist*

Een orthoptist die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

### *Osteopaat*

Een in Nederland gevestigde behandelaar die lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie die relevant is voor de betreffende beroepsgroep.

### *Podoloog*

Een in Nederland gevestigde behandelaar die lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie die relevant is voor de betreffende beroepsgroep.

### *Podotherapeut*

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

### *Preventief medisch onderzoek*

Preventieve behandelingen en/of onderzoeken uitgevoerd door een medisch-specialist of door een huisarts, met uitzondering van onderzoek in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek.

### *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.

## **Grondslag van de (aanvullende) (zorg)verzekering**

### **Artikel 2**

#### **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. 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, 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.

#### **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 krachtens de zorgverzekering, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van 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.

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

#### **lid 8**

Voor de aanspraak op vergoeding van kosten krachtens de aanvullende verzekering geldt, onverlet het voorgaande, dat er sprake moet zijn van medische noodzaak.

## Verplichtingen van de verzekerde

### Artikel 3

#### lid 1

De verzekerde is verplicht:

1. bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een geldig legitimatiebewijs;
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 (laten) verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving;
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;
6. binnen 30 dagen aan de (zorg)verzekeraar te melden dat hij gedetineerd is, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van detentie.

#### 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 aangevangen 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

Het niet nakomen van (één van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de aanspraak.

## 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 terug verbandhoudende met het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken;
3. De (zorg)verzekeraar heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
4. De (zorg)verzekeraar heeft het recht een onderzoek uit te voeren, wanneer er redelijk vermoeden bestaat dat er 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

#### Premiebetaling 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, op grond van artikel 7:934 BW binnen 14 dagen de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de (premie)vervaldag. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen.

De dekking wordt pas 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.

Indien de (zorg)verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle redelijke kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

### **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 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.

### lid 9

De rechten en plichten uit de (aanvullende) (zorg)verzekering worden van rechtswege opgeschort over de periode dat verzekerde ten gevolge van een rechterlijke uitspraak gedetineerd wordt. Zodra de detentie eindigt herleven deze rechten en plichten derhalve weer. Verzekerde is verplicht binnen 7 dagen na de beëindiging van de detentie de (zorg)verzekeraar hiervan op de hoogte te brengen.

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

### lid 10

De verzekeraar brengt een jaarlijks te bepalen toeslag in rekening op de premie, indien verzekeringnemer (een) aanvullende verzekering(en) heeft afgesloten, niet in combinatie met de zorgverzekering. De hoogte van het toeslag is vermeld op de premietabel.

### **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, niet meer verzekerd zijn op basis van de AWBZ, het aantreden als militair in werkelijke dienst 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 vrijwillig eigen risico, tenzij de verzekeringnemer of verzekerde voorafgaand aan het bereiken van de achttienjarige leeftijd aan de zorgverzekeraar kenbaar heeft gemaakt voor een vrijwillig eigen risico te kiezen.

## **Artikel 8** **Herziening van premie of voorwaarden**

### **lid 1**

De (zorg)verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en/of de premies van de bij hem lopende (aanvullende) (zorg)verzekering en-bloc dan wel groepsgewijs 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 tegen de dag waarop de herziening ingaat of gedurende één maand nadat aan de verzekeringnemer mededeling 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 collectiviteitkorting op (aanvullende) (zorg)verzekering komt te vervallen indien niet meer wordt voldaan aan de in de collectieve verzekeringsovereenkomst 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 verzekeringsovereenkomst 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). De (zorg)verzekeraar behoudt zich het recht de (aanvullende) (zorg)verzekering te beëindigen in geval van een onafgebroken schorsingsperiode van 30 dagen.

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

De verzekeraar kan de verzekering 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 ingeval 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. De (zorg)verzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering eindigt, van deze beëindiging op de hoogte, onder vermelding van de reden en de datum waarop de verzekering eindigt.

#### **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 ingaat. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan beide in per de eerste van de kalendermaand waarin deze zijn gedaan.

#### **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 op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringne-

mer heeft opgezegd. In afwijking hiervan gaat een opzegging 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.

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

#### **lid 10**

Voor de verzekerde die verhuist naar een woon- of verblijfplaats buiten Nederland geldt het volgende:

1. de aanvullende verzekering eindigt zodra verzekerde verhuist naar het land buiten Nederland;
2. de verzekeraar kan de verzekerde een aanvullende verzekering bieden;
3. verzekerde kan een aanvraagformulier indienen voor een aanvullende verzekering met een hogere dekking dan onder 2. aangeboden.

Verzekerde die verhuist naar een woon- of verblijfplaats buiten Nederland en niet meer verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet of een ziektekostenverzekering in het woonland, kan door verzekeraar een Internationale verzekering worden aangeboden.

#### **lid 11**

De ONVZ Tandfit Polis of het ONVZ Privé Zorgpakket kan alleen worden gesloten en gehandhaafd in combinatie met een andere aanvullende verzekering die bij de verzekeraar loopt, niet zijnde de ONVZ Zorgconsulent. De ONVZ Tandfit Polis en/of het ONVZ Privé ZorgPakket eindigt/eindigen derhalve automatisch indien de andere aanvullende verzekering wordt beëindigd.

### **Artikel 10 Geschillen**

#### **lid 1**

Op deze overeenkomst is 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 klachten-desk 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  
info@skgz.nl  
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  
info@skgz.nl  
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.

### lid 6

Verzekerden kunnen beklag doen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over door de (zorg)verzekeraar gehanteerde formulieren. Een dergelijk beklag heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Een uitspraak van de NZa strekt de ziektekostenverzekeraar en de verzekerde tot bindend advies

#### Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. de informatielijn/het Meldpunt  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
e-mail: informatielijn@nza.nl  
www.NZa.nl

## 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

### Uitsluitingen

#### lid 1

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

1. eigen bijdragen 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. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
4. alternatieve geneeswijzen;
5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
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 hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg;
8. declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
9. de (buitengerechtelijke) incasso- en aanmaningskosten bij het niet tijdig betalen van de nota(s) aan zorgverlener(s) door verzekerden;
10. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 Wet op het financieel toezicht.

### lid 2

Uit hoofde van de aanvullende verzekering bestaat naast het in lid 1 sub 8, 9 en 10 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. 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. ter zake van consulten, behandelingen, of genees- en/of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde ten behoeve van zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid ten behoeve van een verzekerde, tenzij de verzekeraar hiervoor toestemming heeft verleend.

### 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 aannemelijk 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 zorgverzekering 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 zorgverzekering met de zorgverzekeraar toe als lid van de Vereniging ONVZ. Indien deze zorgverzekering 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 zorgverzekering heeft verklaard niet te willen toetreden als lid van de Vereniging wordt men geen lid. Beëindiging van de betreffende zorgverzekering 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 zorgverzekering(en).

## Artikel 14

### Materieel controleren

De (zorg)verzekeraar heeft het recht materiële controle(s) 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 Vrije Keuze Basisverzekering**

# Inhoudsopgave

## Deel B Omvang dekking 100081

Artikel 1	Restitutiebasis	23
Artikel 2	Eigen risico	23
Artikel 3	Hulp door een huisarts	24
Artikel 4	Medisch-specialistische zorg	24
Artikel 5	Verloskundige zorg en kraamzorg	25
Artikel 6	Revalidatie	26
Artikel 7	Orgaantransplantaties	26
Artikel 8	Niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse	27
Artikel 9	Mechanische beademing	27
Artikel 10	Oncologische aandoeningen bij kinderen	27
Artikel 11	Trombosedienst	27
Artikel 12	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	27
Artikel 13	Audiologische zorg	27
Artikel 14	Paramedische zorg	28
Artikel 15	Mondzorg	28
Artikel 16	Farmaceutische zorg	30
Artikel 17	Hulpmiddelenzorg	31
Artikel 18	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	31
Artikel 19	Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ	33
Artikel 20	Specialistische GGZ	33
Artikel 21	Persoonsgebonden budget	34
Artikel 22	Buitenland	34
Artikel 23	Algemeen	34

<b>Eigen bijdragen tabel</b>	<b>35</b>
------------------------------	-----------

## Deel C Zorgdiensten 124081

Van preventie tot nazorg	36
Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	36
Taxivervoer	36
Kraamzorg in natura	36
Wachttijstbemiddeling	36
Bijstand ONVZ Zorgassistance	36

# Deel B Omvang Dekking

## ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

### 100081

#### 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 22.

###### lid 2

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

1. het op het moment van behandeling op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde tarief;
2. indien en voor zover er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde tarief bestaat 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

##### Eigen risico

###### lid 1

1. Op de zorgverzekering is een verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van dit verplichte eigen risico is vermeld in de eigen bijdragen-tabel, die onderdeel uitmaakt van deze zorgpolis.
2. De verzekerde heeft de mogelijkheid (naast het verplichte eigen risico) een vrijwillig eigen risico te kiezen. De betreffende bedragen hiervan staan vermeld in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van deze zorgpolis.

###### lid 2

Het eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop de zorgverzekering aanspraak biedt. De zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplichte eigen risico als vrijwillige eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplichte eigen risico.

Op het eigen risico zijn **niet** van toepassing:

1. de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, waaronder ook de kosten van inschrijving, 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 de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) vastgestelde tarief in rekening te brengen;
2. de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
3. de kosten van mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar met uitzondering van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en uitneembare prothetische voorzieningen.

###### 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

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 5

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 als volgt 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 sub 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 6

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

#### lid 7

Verzekerde is vanaf de eerste dag van de kalendermaand, volgend op de maand waarin verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt, premieplichtig. Vanaf dat moment geldt voor verzekerde het verplichte eigen risico.

### Artikel 3

#### 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 4

#### 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. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 15.

##### 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 verslaptte 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 gehemeltespelten, 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

brenge 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 in vitro fertilisatiepoging, als bedoeld in artikel 1 (begripsomschrijvingen) van de Algemene bepalingen (deel A), per te realiseren zwangerschap;

2. behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
3. liposuctie van de buik;
4. abdominoplastiek, tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
5. het operatief plaatsen van borstprothese anders dan status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
6. het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na het operatief plaatsen van borstprothese anders dan status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
8. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
9. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
10. behandelingen gericht op de circumcisie van een verzekerde (mannelijke besnijdenis).

#### lid 4

Vergoeding van kosten voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is in het bovengenoemde niet begrepen, maar wordt omschreven in artikel 20.

#### Artikel 5

##### 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, huisarts of medisch-specialist 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 4, 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 op 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 gedurende ten hoogste 10 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. Het uitgangspunt is wat het kraamcentrum dan wel het kraambureau op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg indiceert.

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 6

### 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;
  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 niet-klinische 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 7

### Orgaantransplantaties

- 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 preservatie, 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 gederfde 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 8

### 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 in een dialysecentrum of 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-apparatuur 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 9

### 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 10

### 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 11

### Trombosedienst

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts of medisch-specialist. 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 12

### 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 13

### 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, op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

## Artikel 14 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/oefentherapeut 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/oefentherapeut 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 15 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, groeistoornis 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-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

### lid 4

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan 22 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 tandheelkundige implantaten;
14. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

### lid 5

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 22 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 22 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 22 jaar heeft buiten de reguliere praktijken 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 tandartspecialist 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 vastgestelde 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 16

#### Farmaceutische zorg

##### lid 1

Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van terhandstelling van:

1. de door de zorgverzekeraar op basis van de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Een en ander is uitgewerkt in het reglement farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar die onderdeel uitmaakt van deze verzekering. Het reglement is op aanvraag verkrijgbaar en te raadplegen op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl);
2. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
  - artikel 40, derde lid, onder a van de Geneesmiddelenwet,
  - artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet;
  - artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
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 de behandelend (bedrijfs)arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige of verpleegkundige. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts.

##### lid 4

De kosten van dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking voor een verzekerde:

1. die lijdt aan een ernstige slikstoornis of een ernstige passagesstoornis of 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 5

In het reglement farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen met betrekking tot de doelmatigheid voor de terhandstelling van geneesmiddelen.

### Artikel 17 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. Het reglement is op aanvraag verkrijgbaar en te raadplegen op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl).

#### 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 deze vergoeding maar maken deel uit van de medisch-specialistische zorg en worden door middel van de DBC bekostigd. Evenmin valt onder deze aanspraak de vergoeding van kosten van die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ. Het gaat hier om de hulp- en verbandmiddelen die worden voorgeschreven aan een verzekerde die verblijf en behandeling geleverd krijgt in diezelfde AWBZ-instelling. Deze hulp- en verbandmiddelen zijn noodzakelijk voor de zorg die in de instelling wordt verleend.

#### lid 7

In afwijking van het in lid 1 bepaalde verstrekt de zorgverzekeraar enkele hulpmiddelen in bruikleen. Welke hulpmiddelen dit zijn en welke voorwaarden hiervoor gelden, is bepaald in het Reglement hulpmiddelen.

#### 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 het Reglement hulpmiddelen zijn opgenomen.

### Artikel 18 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 vrijwillig 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 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 taxibedrijf. De aanvraagprocedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).

## Artikel 19

### Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ

#### lid 1

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut.

#### lid 2

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:

1. de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar omvat;
2. voor eerstelijns psychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage betaalt zoals vermeld op de eigen bijdragen tabel.

De verzekerde is de eigen bijdrage rechtstreeks verschuldigd aan de zorgaanbieder.

#### lid 3

1. Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg;
2. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

## Artikel 20

### Specialistische GGZ

#### lid 1

#### *Psychiatrische ziekenhuisopname*

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

#### lid 2

#### *Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg*

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van niet-klinische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voor psychotherapeutische (waar onder ook psychoanalytische) behandeling geldt een eigen bijdrage:

1. Voor individuele, groeps- of gezinspsychotherapie betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ten maximaal het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag per zitting tot maximaal het op het eigen bijdragen tabel vermelde bedrag per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de bijdrage en het maximum gelden per gezin;
2. Voor partnerrelatiepsychotherapie is een bijdrage verschuldigd van het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag per verzekerde per zitting, tot een maximum van het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag per verzekerde per kalenderjaar;
3. De bijdrage is niet verschuldigd, indien de verzekerde een bijdrage ingevolge artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg is verschuldigd.

De verzekerde is de eigen bijdrage rechtsreeks verschuldigd aan de zorgaanbieder.

#### lid 3

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg genoemd in artikel 19.

#### lid 4

1. Voor de in lid 1 en 2 omschreven aanspraken is een verwijzing nodig door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg;
2. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

## Artikel 21

### Persoonsgebonden budget

#### lid 1

De verzekerde kan desgewenst, in plaats van de aanspraken op de vergoeding van kosten op grond van artikelen 19 en 20, de zorgverzekeraar verzoeken om een persoonsgebonden budget. Voor de aanspraak op een persoonsgebonden budget gelden, in aanvulling op de in artikelen 19 en 20 aangegeven vereisten de nadere voorwaarden zoals in het Reglement PGB GGZ bepaald. Het Reglement PGB GGZ maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst is op aanvraag verkrijgbaar en te raad plegen op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl).

#### lid 2

Een verzekerde die op 31 december 2007 aanspraak had op een persoonsgebonden budget op grond van de AWBZ, behoudt die aanspraak ten hoogste tot en met 31 december 2008. Dit geldt uitsluitend voor de duur van de indicatie, op grond waarvan het budget ingevolge de AWBZ is toegekend. De voorwaarden van lid 1 zijn van overeenkomstige toepassing.

## Artikel 22

### 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 deel B van de polisvoorwaarden, 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 van een zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze zorgpolis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

#### lid 3

De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze zorgpolis is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

#### 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 ONVZ Zorgassistentie voor het regelen van de zorg waarvoor de zorgverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).

## Artikel 23

### 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.

# Eigen bijdragen tabel

## ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

### 100b081

#### **Verplicht eigen risico**

Het bedrag van verplicht eigen risico als bedoeld in deel B (Omvang dekking ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering), artikel 2 van de polisvoorwaarden is € 150,-.

#### **Omvang dekking: eigen bijdragen en andere voorkomende bedragen**

##### **Artikel 5**

###### **onder b:**

De eigen bijdrage bedraagt € 14,50, te vermeerderen met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis of het kraamcentrum de € 104,50 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 € 104,50 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 € 3,70.

##### **Artikel 15**

###### **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 18**

###### **lid 9**

De betreffende bedragen zijn € 86,- per kalenderjaar respectievelijk € 0,25 per kilometer.

##### **Artikel 19**

###### **lid 2 sub 2:**

De bijdrage bedraagt € 10,- per zitting.

##### **Artikel 20**

###### **lid 2 sub 1:**

De bijdrage bedraagt € 15,60 per zitting tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de eigen bijdrage en het maximum per gezin gelden.

###### **lid 2 sub 2:**

De bijdrage bedraagt € 7,80 per verzekerde per zitting, tot een maximum van € 351,- per verzekerde per kalenderjaar.

# Deel C Zorgdiensten

## ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

### 124081

#### **Van preventie tot nazorg**

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van ONVZ Zorgverzekeraar (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 via 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:

1. telefonisch een arts en/of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding;
2. 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 onder het telefoonnummer 0900 333 33 30.

#### **Kraamzorg in natura**

Voor informatie over de kraamzorg en aanvraag van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met ONVZ Kraamzorg Service. Indien de verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt ONVZ Kraamzorg Service de kraamzorg in natura bij een erkende gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste drie maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd. ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar via telefoonnummer 079 343 04 64.

#### **Wachtlijstbemiddeling**

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

#### **Bijstand ONVZ Zorgassistance**

Indien een beroep wordt gedaan op de ONVZ Zorgassistance 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 ONVZ Zorgassistance. De ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar onder telefoonnummer: +31 (0)88 66 897 67.

# ONVZ Vrije Keuze Extrafit

# Inhoudsopgave

## Deel B Omvang dekking 117081

<b>Artikel 1</b>	<b>Verloskundige zorg en kraamzorg</b>	<b>39</b>
<b>Artikel 2</b>	<b>Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie</b>	<b>39</b>
<b>Artikel 3</b>	<b>Farmaceutische zorg</b>	<b>39</b>
<b>Artikel 4</b>	<b>Alternatieve geneeswijzen</b>	<b>39</b>
<b>Artikel 5</b>	<b>Vaccinaties</b>	<b>39</b>
<b>Artikel 6</b>	<b>Eigen bijdragen hulpmiddelen</b>	<b>39</b>
<b>Artikel 7</b>	<b>Overige hulpmiddelen</b>	<b>39</b>
	lid 1 Bewakingsapparatuur wiegendood	
	lid 2 Rolstoelen/Invalidenwagens	
	lid 3 Steunzolen	
	lid 4 Verpleegartikelen	
	lid 5 Wekapparaten	
<b>Artikel 8</b>	<b>Bijzondere behandelingen/therapiën</b>	<b>40</b>
	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	
<b>Artikel 9</b>	<b>Ronald McDonald- of familiehuis</b>	<b>41</b>
<b>Artikel 10</b>	<b>Verblijf gezinslid bij levertransplantatie</b>	<b>41</b>
<b>Artikel 11</b>	<b>Ziekenvervoer</b>	<b>41</b>
<b>Artikel 12</b>	<b>Buitenland</b>	<b>41</b>

## Deel C Zorgdiensten 132081

<b>ONVZ ZorgServicebureau: van preventie tot nazorg</b>	<b>43</b>
<b>Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg</b>	<b>43</b>
<b>Kraamzorg</b>	<b>43</b>
<b>Taxivervoer</b>	<b>43</b>
<b>Wachttijstbemiddeling</b>	<b>43</b>
<b>Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval</b>	<b>43</b>

# Deel B Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Extrafit 117081

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 wettelijke 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

### 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.

## Artikel 3

### Farmaceutische zorg

#### lid 1

De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogist. De volgende kosten worden vergoed tot een maximum van € 4.540,- per verzekerde per kalenderjaar:

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;
2. de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van geneesmiddelen op grond van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
3. 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

1. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten van:
  - de middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel;
  - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;

- 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. De verzekeraar heeft 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 4

### Alternatieve geneeswijzen

De kosten van het consulteren van of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent.

De vergoeding bedraagt maximaal € 27,- per consult/behandeling met een maximum van één consult//behandeling per dag, maximaal 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

## Artikel 5

### Vaccinaties

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

## Artikel 6

### Eigen bijdragen hulpmiddelen

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde verschuldigd is op basis van het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Het Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl).

## Artikel 7

### Overige hulpmiddelen

#### lid 1

#### *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. 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 8**

### **Bijzondere behandelingen/therapieën**

### lid 1

#### *Acnébehandeling*

De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e) voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend huidarts. Vergoeding vindt alleen plaats indien de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

### lid 2

#### *Camouflagetherapie*

De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en de 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,- gedurende de looptijd van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Vergoeding vindt alleen plaats indien 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 of podoloog. 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*

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.

### 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 9

### 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 McDonalddhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeershuis, in geval van een ziekenhuisopname van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

## Artikel 10

### 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. Vergoed worden de kosten van verblijf in het zusterhuis tot een maximum van € 25,- per dag gedurende de periode van opname van de getransplanteerde.

## Artikel 11

### Ziekenvervoer

Voor verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) wordt de eigen bijdrage vergoed.

## Artikel 12

### Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed.

#### lid 1

##### *Onvoorzienne behandelingen*

Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal 2x het in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarief; de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;
- die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal 2x de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarieven.

#### lid 2

##### *Voorziene behandelingen*

- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen voor medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 4 van deel B van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, volledig voor behandelingen ondergaan in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding uit hoofde van een (bij zorgverzekeraar of elders lopende) zorgverzekering maakt hier onderdeel van uit. De lijst met deze erkende ziekenhuizen is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl).
- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarieven.

#### 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

##### *ONVZ Zorgassistance*

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

ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer: +31 (0)88 66 897 67.

#### 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 ONVZ Zorgassistance.

Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van ONVZ Zorgassistance 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 ONVZ Zorgassistance 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

### 132081

#### **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 via 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 de kraamzorg en aanvraag van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met ONVZ Kraamzorg Service. Indien de verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt ONVZ Kraamzorg Service de kraamzorg in natura bij een erkende gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste drie maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd. ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar via telefoonnummer 079 343 04 64.

##### *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 de ONVZ Kraamzorg Service.

#### **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.

#### **Wachtlijstbemiddeling**

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

## Deel B Omvang dekking 111081

<b>Artikel 1</b>	<b>Verloskundige zorg en kraamzorg</b>	<b>47</b>
<b>Artikel 2</b>	<b>Paramedische zorg</b>	<b>47</b>
	lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie	
	lid 2 Orthoptische hulp	
	lid 3 Chiropractie	
	lid 4 Osteopathie	
<b>Artikel 3</b>	<b>Farmaceutische zorg</b>	<b>47</b>
<b>Artikel 4</b>	<b>Alternatieve geneeswijzen</b>	<b>47</b>
<b>Artikel 5</b>	<b>Vaccinaties</b>	<b>48</b>
<b>Artikel 6</b>	<b>Eigen bijdragen hulpmiddelen</b>	<b>48</b>
<b>Artikel 7</b>	<b>Overige hulpmiddelen</b>	<b>48</b>
	lid 1 Bewakingsapparatuur wiegendood	
	lid 2 Rolstoelen/Invalidenwagens	
	lid 3 Steunzolen	
	lid 4 Verpleegartikelen	
	lid 5 Wekapparaten	
<b>Artikel 8</b>	<b>Bijzondere behandelingen/therapieën</b>	<b>48</b>
	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	
<b>Artikel 9</b>	<b>Ronald McDonald- of familiehuis</b>	<b>49</b>
<b>Artikel 10</b>	<b>Verblijf gezinslid bij levertransplantatie</b>	<b>49</b>
<b>Artikel 11</b>	<b>Ziekenvervoer</b>	<b>49</b>
<b>Artikel 12</b>	<b>Orthodontie</b>	<b>49</b>
<b>Artikel 13</b>	<b>Buitenland</b>	<b>49</b>

## Deel C Zorgdiensten 125081

<b>ONVZ ZorgServicebureau: van preventie tot nazorg</b>	<b>51</b>
<b>Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg</b>	<b>51</b>
<b>Kraamzorg</b>	<b>51</b>
<b>Taxivervoer</b>	<b>51</b>
<b>Wachttijstbemiddeling</b>	<b>51</b>
<b>Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval</b>	<b>51</b>

# Deel B Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Benfit 111081

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 wettelijke 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

Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

#### lid 1

##### *Fysiotherapie/ oefentherapie/manuele therapie*

De hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar tot maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

De kosten van de volgende behandelingen worden vergoed tot een gezamenlijk maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar, mits voorgeschreven door de behandelend huisarts of specialist.

#### lid 2

##### *Orthoptische hulp*

De hulp verleend door een orthoptist.

#### lid 3

##### *Chiropractie*

De hulp verleend door een chiropractor.

#### lid 4

##### *Osteopathie*

De hulp verleend door een osteopaat.

## Artikel 3

### Farmaceutische zorg

#### lid 1

De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed tot een maximum van € 4.540,- per verzekerde per kalenderjaar:

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;
2. de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van geneesmiddelen op grond van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
3. 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

1. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten van:
  - de middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel;
  - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
  - 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. De verzekeraar heeft 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 4

### Alternatieve geneeswijzen

De kosten van het consulteren van of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder arts acupuncturist en arts haptotherapeut. De vergoeding bedraagt maximaal € 27,- per consult/behandeling met een maximum van één consult//behandeling per dag, maximaal 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.



## **Artikel 5** **Vaccinaties**

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

## **Artikel 6** **Eigen bijdragen hulpmiddelen**

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde verschuldigd is op basis van het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Het Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl).

## **Artikel 7** **Overige hulpmiddelen**

### **lid 1**

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

## **Artikel 8** **Bijzondere behandelingen/therapieën**

### **lid 1**

#### *Acnébehandeling*

De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e) voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend huidarts. Vergoeding vindt alleen plaats indien de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

### **lid 2**

#### *Camouflagetherapie*

De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en de 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. Vergoeding vindt alleen plaats indien 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 of podoloog. 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*

De kosten van behandeling in één van de erkende psoriasis-dagbehandelingscentra tot een maximum van € 500,-. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

#### 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 9

##### **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 10

##### **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. Vergoed worden de kosten van verblijf in het zusterhuis tot een maximum van € 25,- per dag gedurende de periode van opname van de getransplanteerde.

#### Artikel 11

##### **Ziekenvervoer**

Voor verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) wordt de eigen bijdrage vergoed.

#### Artikel 12

##### **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 13

##### **Buitenland**

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed.

#### lid 1

##### *Onvoorziene behandelingen*

Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal 2x het in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarief; de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;
- die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal 2x de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarieven.

#### lid 2

##### *Voorziene behandelingen*

- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen voor medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 4 van deel B van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, volledig voor behandelingen ondergaan in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding uit hoofde van een (bij zorgverzekeraar of elders lopende) zorgverzekering maakt hier onderdeel van uit. De lijst met deze erkende ziekenhuizen is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl).
- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarieven.

### 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

#### *ONVZ Zorgassistance*

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

ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer: +31 (0)88 66 897 67.

### 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 ONVZ Zorgassistance.

Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van ONVZ Zorgassistance 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 ONVZ Zorgassistance 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

### 125081

#### **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 via 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 de kraamzorg en aanvraag van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met ONVZ Kraamzorg Service. Indien de verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt ONVZ Kraamzorg Service de kraamzorg in natura bij een erkende gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste drie maanden vóór de vermoedelijke bevalingsdatum te worden aangevraagd. ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar via telefoonnummer 079 343 04 64.

##### *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 de ONVZ Kraamzorg Service.

#### **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.

#### **Wachtlijstbemiddeling**

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

## Deel B Omvang dekking 112081

<b>Artikel 1</b>	<b>Verloskundige zorg en kraamzorg</b>	<b>56</b>
<b>Artikel 2</b>	<b>Paramedische zorg en sportarts</b>	<b>56</b>
	lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie	
	lid 2 Orthoptische hulp	
	lid 3 Chiropractie	
	lid 4 Osteopathie	
	lid 5 Sportarts	
<b>Artikel 3</b>	<b>Psychologische zorg</b>	<b>56</b>
<b>Artikel 4</b>	<b>Farmaceutische zorg</b>	<b>56</b>
<b>Artikel 5</b>	<b>Alternatieve geneeswijzen</b>	<b>57</b>
<b>Artikel 6</b>	<b>Vaccinaties</b>	<b>57</b>
<b>Artikel 7</b>	<b>Thuiszorg</b>	<b>57</b>
<b>Artikel 8</b>	<b>Eigen bijdragen hulpmiddelen</b>	<b>57</b>
<b>Artikel 9</b>	<b>Overige hulpmiddelen</b>	<b>57</b>
	lid 1 Brillenglazen/Contactlenzen	
	lid 2 Bewakingsapparatuur wiegendood	
	lid 3 Rolstoelen/Invalidenwagens	
	lid 4 Steunzolen	
	lid 5 Verpleegartikelen	
	lid 6 Wekapparaten	
<b>Artikel 10</b>	<b>Bijzondere behandelingen/therapiën</b>	<b>58</b>
	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 Beweegprogramma's	
<b>Artikel 11</b>	<b>Ronald McDonald- of familiehuis</b>	<b>59</b>
<b>Artikel 12</b>	<b>Verblijf gezinslid bij levertransplantatie</b>	<b>59</b>
<b>Artikel 13</b>	<b>Ziekenvervoer</b>	<b>59</b>
<b>Artikel 14</b>	<b>Mondzorg</b>	<b>59</b>
<b>Artikel 15</b>	<b>Buitenland</b>	<b>59</b>

## **Deel C Zorgdiensten 126081**

<b>ONVZ ZorgServicebureau: van preventie tot nazorg</b>	<b>61</b>
<b>Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg</b>	<b>61</b>
<b>Preventiecurssussen</b>	<b>61</b>
<b>Lidmaatschap patiëntenvereniging</b>	<b>61</b>
<b>Thuiszorg in natura</b>	<b>61</b>
<b>Taxivervoer</b>	<b>61</b>
<b>Kraamzorg</b>	<b>61</b>
<b>Wachlijstbemiddeling</b>	<b>61</b>
<b>Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval</b>	<b>61</b>



# Deel B Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Optifit 112081

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 wettelijke 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 uit hoofde 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 en sportarts

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 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. Bij meerdere behandelingen worden de kosten vergoed tot maximaal 50%.

De kosten van de volgende behandelingen worden vergoed tot een gezamenlijk maximum van € 750,- per verzekerde per kalenderjaar, mits voorgeschreven door de behandelend huisarts of specialist.

#### lid 2

#### *Orthoptische hulp*

De hulp verleend door een orthoptist.

#### lid 3

#### *Chiropractie*

De hulp verleend door een chiropractor.

#### lid 4

#### *Osteopathie*

De hulp verleend door een osteopaat.

#### lid 5

#### *Sportarts*

De behandelingen verricht door een sportarts.

## Artikel 3

### Psychologische zorg

De kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut, na verwijzing van de behandelend arts tot een maximale vergoeding van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. De eigen bijdragen op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor de verstrekking van niet-klinische psychiatrische zorg en voor de verstrekking van eerstelijns psychologische zorg komen niet voor vergoeding in aanmerking.

## Artikel 4

### Farmaceutische zorg

#### lid 1

De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed tot een maximum van € 4.540,- per verzekerde per kalenderjaar:

- zelfzorggeneesmiddelen;
- de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
- 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 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

1. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten van:
  - de middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel;
  - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 5, lid 2;
2. De verzekeraar heeft 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

### lid 1

De kosten van het consulteren van of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder arts acupuncturist en arts haptotherapeut. De vergoeding bedraagt maximaal € 750,- per verzekerde per kalenderjaar, maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag.

### lid 2

De kosten van homeopathische of antroposofische geneesmiddelen tot een maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar, mits door de behandelend arts voorgeschreven en door een apotheek of apotheekhoudende huisarts geleverd.

## Artikel 6 Vaccinaties

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

## Artikel 7 Thuiszorg

Bij ontslag uit een algemeen ziekenhuis na een opnameduur van minimaal 6 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 Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de WMO geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

## Artikel 8 Eigen bijdragen hulpmiddelen

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde verschuldigd is op basis van het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Het Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl).

## Artikel 9 Overige hulpmiddelen

### lid 1

#### *Brillenglazen/Contactlenzen*

De kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen of versterkende/corrigerende contactlenzen tot een maximum van € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

### 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. 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. 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 6

##### *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 10

#### Bijzondere behandelingen/therapieën

#### lid 1

##### *Acnébehandeling*

De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e) voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend huidarts. Vergoeding vindt alleen plaats indien de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

#### lid 2

##### *Camouflagetherapie*

De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en de 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, 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. Vergoeding vindt alleen plaats indien 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 of podoloog. 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*

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.

#### 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 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 het corrigeren van standsafwijkingen van de oren voor kinderen tot 16 jaar worden volledig vergoed. Tevens worden de kosten van de volgende behandelingen vergoed, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis:

1. correctie van bovenoogleden
2. correctie van de buikwand (vetschortoperatie)
3. het operatief vervangen van borstprothesen.

#### 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 11

##### **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 logeershuis, in geval van een ziekenhuisopname van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

#### Artikel 12

##### **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. Vergoed worden de kosten van verblijf in het zusterhuis tot een maximum van € 25,- per dag gedurende de periode van opname van de getransplanteerde.

#### Artikel 13

##### **Ziekenvervoer**

De kosten van ziekenvervoer binnen Nederland worden vergoed voor zover het ziekenvervoer plaatsvindt ten behoeve van een behandeling waarop aanspraak bestaat op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering).

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 (of een elders lopende zorgverzekering);
2. tot maximaal € 0,25 per gereden kilometer bij gebruik van de auto;
3. taxivervoer.

#### Artikel 14

##### **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 kan de hulp ook worden verleend door een erkend tandprotheticus). Vergoed worden deze kosten tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

#### Artikel 15

##### **Buitenland**

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed.

#### lid 1

##### *Onvoorziene behandelingen*

Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal 2x het in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarief; de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;
- die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal 2x de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarieven.

#### lid 2

##### *Voorziene behandelingen*

- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen voor medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 4 van deel B van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, volledig voor behandelingen ondergaan in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding uit hoofde van een (bij zorgverzekeraar of elders lopende)

zorgverzekering maakt hier onderdeel van uit. De lijst met deze erkende ziekenhuizen is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl).

- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarieven.

### 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

#### *ONVZ Zorgassistance*

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

ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer: +31 (0)88 66 897 67.

### 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 ONVZ Zorgassistance.

Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van ONVZ Zorgassistance 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 ONVZ Zorgassistance 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

### 126081

#### **ONVZ ZorgServicebureau: van preventie tot nazorg**

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van ONVZ. Dat houdt in dat ONVZ meer doet dan het uitbetalen van nota's. De verzekerde kan terecht bij het ONVZ ZorgServicebureau voor bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, hulp in natura en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg. De verzekerde kan voor informatie en het aanvragen van onderstaande diensten contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau via het gratis telefoonnummer 0800 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 onder het telefoonnummer 0900 333 33 30.

#### **Kraamzorg**

##### *Kraamzorg in natura*

Voor informatie over de kraamzorg en aanvraag van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met ONVZ Kraamzorg Service. Indien de verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt ONVZ Kraamzorg Service de kraamzorg in natura bij een erkende gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste drie maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd. ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar via telefoonnummer 079 343 04 64.

##### *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 de ONVZ Kraamzorg Service.

#### **Wachtlijstbemiddeling**

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 kleding-schade. 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

## Deel B Omvang dekking 113081

<b>Artikel 1</b>	<b>Verloskundige zorg en kraamzorg</b>	<b>66</b>
<b>Artikel 2</b>	<b>Paramedische zorg en sportarts</b>	<b>66</b>
	lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie	
	lid 2 Orthoptische hulp	
	lid 3 Chiropractie	
	lid 4 Osteopathie	
	lid 5 Sportarts	
<b>Artikel 3</b>	<b>Psychologische zorg</b>	<b>66</b>
<b>Artikel 4</b>	<b>Farmaceutische zorg</b>	<b>66</b>
<b>Artikel 5</b>	<b>Alternatieve geneeswijzen</b>	<b>67</b>
<b>Artikel 6</b>	<b>Vaccinaties</b>	<b>67</b>
<b>Artikel 7</b>	<b>Eigen bijdragen hulpmiddelen</b>	<b>67</b>
<b>Artikel 8</b>	<b>Overige hulpmiddelen</b>	<b>67</b>
	lid 1 Brillenglazen/Contactlenzen	
	lid 2 Bewakingsapparatuur wiegendood	
	lid 3 Rolstoelen/Invalidenwagens	
	lid 4 Steunzolen	
	lid 5 Verpleegartikelen	
	lid 6 Wekapparaten	
<b>Artikel 9</b>	<b>Ziekenvervoer</b>	<b>67</b>
<b>Artikel 10</b>	<b>Mondzorg</b>	<b>67</b>
<b>Artikel 11</b>	<b>Bijzondere behandelingen</b>	<b>68</b>
	lid 1 Acnébehandeling	
	lid 2 Camouflagetherapie	
	lid 3 Elektrische epilatie of laserbehandeling	
	lid 4 Lymfedrainage	
	lid 5 Podotherapie	
	lid 6 Psoriasisbehandeling	
	lid 7 Stottertherapie	
	lid 8 Sterilisatie	
	lid 9 Plastische chirurgie	
	lid 10 Beweegprogramma's	
	lid 11 Preventief medisch onderzoek	
	lid 12 Pedicure bij diabetes mellitus	
	lid 13 IVF	
	lid 14 Overgangsconsulent(e)	
	lid 15 Ergotherapie	
	lid 16 Diëtist(e)	

<b>Artikel 12</b>	<b>Verblijfkosten</b>	<b>69</b>
	lid 1 Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis	
	lid 2 Verblijf Prinses Margriethuis	
	lid 3 Verblijf gezinslid bij levertransplantatie	
	lid 4 Herstellingsoord	
	lid 5 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	
<b>Artikel 13</b>	<b>Thuiszorg in natura</b>	<b>69</b>
<b>Artikel 14</b>	<b>Kinderopvang</b>	<b>69</b>
<b>Artikel 15</b>	<b>Buitenland</b>	<b>69</b>
<b>Artikel 16</b>	<b>ONVZ Zorgassistance</b>	<b>70</b>

## **Deel C Zorgdiensten 127081**

<b>ONVZ ZorgServicebureau: van preventie tot nazorg</b>	<b>71</b>
<b>Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg</b>	<b>71</b>
<b>Preventief Gezondheidsonderzoek</b>	<b>71</b>
<b>Preventiecurussen</b>	<b>71</b>
<b>Lidmaatschap patiëntenvereniging</b>	<b>71</b>
<b>Taxivervoer</b>	<b>71</b>
<b>Kraamzorg</b>	<b>71</b>
<b>Wachtlijstbemiddeling</b>	<b>71</b>
<b>Thuiszorg in natura</b>	<b>71</b>
<b>Kinderopvang</b>	<b>71</b>
<b>Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval</b>	<b>72</b>

# Deel B Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Topfit 113081

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).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde kosten volgens wettelijke 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 uit hoofde 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 € 455,-.

#### lid 2

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket (zie Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Topfit).

#### lid 3

Vergoed worden de kosten van een lactatiekundige.

## Artikel 2

### Paramedische zorg en sportarts

Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

#### lid 1

#### *Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie*

De hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar.

De kosten van de volgende behandelingen worden vergoed tot een gezamenlijk maximum van € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar, mits voorgeschreven door de behandelend huisarts of specialist.

#### lid 2

#### *Orthoptische hulp*

De hulp verleend door een orthoptist.

#### lid 3

#### *Chiropractie*

De hulp verleend door een chiropractor.

#### lid 4

#### *Osteopathie*

De hulp verleend door een osteopaat.

#### lid 5

#### *Sportarts*

De behandelingen verricht door een sportarts.

## Artikel 3

### Psychologische zorg

De kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut, na verwijzing van de behandelend arts tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar. De eigen bijdragen op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor de verstrekking van niet-klinische psychiatrische zorg en voor de verstrekking van eerstelijns psychologische zorg komen niet voor vergoeding in aanmerking.

## Artikel 4

### Farmaceutische zorg

#### lid 1

De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed tot een maximum van € 4.540,- per verzekerde per kalenderjaar:

- zelfzorggeneesmiddelen;
- de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
- 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 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

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten van:

- de middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel;
- homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 5 lid 3.

## **Artikel 5** **Alternatieve geneeswijzen**

### **lid 1**

De kosten van het consulteren van of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder arts acupuncturist en arts haptotherapeut. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar, maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult//behandeling per dag.

### **lid 2**

De kosten van het consulteren van of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder acupuncturist en haptotherapeut. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar, maximaal € 65,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag.

### **lid 3**

De kosten van homeopathische of antroposofische geneesmiddelen tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar, mits door de behandelend arts of behandelaar voorgeschreven en door een apotheek of apotheekhoudende huisarts geleverd.

## **Artikel 6** **Vaccinaties**

Vergoed worden de kosten van vaccinaties wegens verblijf in het buitenland.

## **Artikel 7** **Eigen bijdragen hulpmiddelen**

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde verschuldigd is op basis van het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar. Het Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl).

## **Artikel 8** **Overige hulpmiddelen**

### **lid 1**

#### *Brillenglazen/Contactlenzen*

De kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen of versterkende/corrigerende contactlenzen tot een maximum van € 300,- per verzekerde per kalenderjaar.

### **lid 2**

#### *Bewakingsapparatuur wiegendood*

De kosten van huur of in bruikleengeving van bewakingsapparatuur.

### **lid 3**

#### *Rolstoelen/Invalidenwagens*

De kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens.

### **lid 4**

#### *Steunzolen*

De kosten van aanschaf van steunzolen. 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.

### **lid 6**

#### *Wekapparaten*

De kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief bandages).

## **Artikel 9** **Ziekenvervoer**

De kosten van ziekenvervoer binnen Nederland worden vergoed voor zover het ziekenvervoer plaatsvindt ten behoeve van een behandeling waarop aanspraak bestaat op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering).

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 (of een elders lopende zorgverzekering);
2. tot maximaal € 0,25 per gereden kilometer bij gebruik van de auto;
3. taxivervoer.

## **Artikel 10** **Mondzorg**

### **lid 1**

Vergoed worden de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling dient plaats te vinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder worden de kosten van behandeling vergoed tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

#### lid 2

Vergoed worden de kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen kan de hulp ook worden verleend door een erkend tandprotheticus).

### Artikel 11

#### Bijzondere behandelingen

#### lid 1

##### *Acnébehandeling*

De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e) voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend huidarts. Vergoeding vindt alleen plaats indien de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

#### lid 2

##### *Camouflagetherapie*

De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten.

#### lid 3

##### *Elektrische epilatie of laserbehandeling*

De kosten van elektrische epilatie, 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. Vergoeding vindt alleen plaats indien 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.

#### lid 5

##### *Podotherapie*

De kosten van behandeling door een podotherapeut of podoloog. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthonyxie.

#### lid 6

##### *Psoriasisdagbehandeling*

De kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra.

#### lid 7

##### *Stottertherapie*

Vergoed worden de kosten van stottertherapie.

#### lid 8

##### *Sterilisatie*

De kosten verbonden aan deze ingreep en de kosten verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie.

#### lid 9

##### *Plastische chirurgie*

1. De kosten van het corrigeren van standsafwijkingen van de oren voor kinderen tot 16 jaar.
2. De kosten van plastische en reconstructieve chirurgie worden vergoed indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

#### lid 10

##### *Beweegprogramma's*

Vergoed worden de kosten van de door KNGF erkende beweegprogramma's gericht op genezing en herstel, ter preventie voor verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte, mits voorgeschreven door de behandelend arts.

#### lid 11

##### *Preventief medisch onderzoek*

De kosten van preventief medisch onderzoek worden vergoed tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Uitgesloten zijn echter de kosten van een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever.

#### lid 12

##### *Pedicure bij diabetes mellitus*

De kosten van voetverzorging voor diabetici.

#### lid 13

##### *IVF*

De kosten van in vitro fertilisatiebehandelingen in een regulier ziekenhuis.

#### lid 14

##### *Overgangsconsulent(e)*

Vergoed worden de kosten van voorlichting, advies en hulp gedurende de menopauze gegeven door een overgangsconsulent(e) aangesloten bij Care for Women.

#### lid 15

##### *Ergotherapie*

Vergoed worden de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.

#### lid 16

##### *Diëtist(e)*

Vergoed worden de kosten van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist.

### Artikel 12

#### Verblijfkosten

#### lid 1

##### *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.

#### lid 2

##### *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.

#### lid 3

##### *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.

#### lid 4

##### *Herstellingsoord*

De kosten van verblijf in een herstellingsoord worden uitsluitend na voorafgaande toestemming door de verzekeraar vergoed.

#### lid 5

##### *Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren*

Vergoed wordt de verschuldigde eigen bijdrage.

### Artikel 13

#### Thuiszorg in natura

Bij ontslag uit een regulier ziekenhuis, na een opnameduur van minimaal 6 dagen, bestaat voor de 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 Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de WMO geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

### Artikel 14

#### 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 hieromschreven vergoeding kan onder bepaalde voorwaarden worden gekozen voor kinderopvang in natura (zie daarvoor Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Topfit).

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

### Artikel 15

#### Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed:

#### lid 1

##### *Onvoorziene behandelingen*

Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarief; de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;

- die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed tot maximaal de in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarieven.

### lid 2

#### *Voorziene behandelingen*

- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen voor medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 4 van deel B van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, volledig voor behandelingen ondergaan in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding uit hoofde van een (bij zorgverzekeraar of elders lopende) zorgverzekering maakt hier onderdeel van uit. De lijst met deze erkende ziekenhuizen is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl).
- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarieven.

### 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.

## Artikel 16

### ONVZ Zorgassistance

#### lid 1

Bij acute ziekte of ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland dient in geval van een ziekenhuisopname contact te worden opgenomen met ONVZ Zorgassistance. Deze organisatie geeft advies over geneeskundige hulp voor rekening van de verzekeraar. ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer: +31 (0)88 66 897 67.

#### lid 2

##### *Meldingsplicht*

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

#### lid 3

##### *Medische gegevens*

De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance 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.

#### lid 4

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

- bij acute ziekte/ongeval van de verzekerde:
  - verstrekking van een garantie op een rechtstreekse betaling van de verpleeg- en/of behandelkosten aan de zorginstelling waarin de verzekerde is opgenomen;
  - noodzakelijke voorschotbetalingen;
  - toezending van noodzakelijke medicijnen als deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn;
  - repatriëring: in geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding;
  - vergoeding van de noodzakelijke extra verblijfkosten van de verzekerde als repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan;
  - vergoeding van de reiskosten van een eenmalig bezoek van een gezinslid bij opname van de verzekerde en indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan.
- bij overlijden van de verzekerde vergoeding van de kosten van:
  - vervoer van het stoffelijk overschot; óf
  - begrafenissen of crematies 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;
- 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.

# Deel C Zorgdiensten

## ONVZ Vrije Keuze Topfit

### 127081

#### **ONVZ ZorgServicebureau: van preventie tot nazorg**

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van ONVZ. Dat houdt in dat ONVZ meer doet dan het uitbetalen van nota's. De verzekerde kan terecht bij het ONVZ ZorgServicebureau voor bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, hulp in natura en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg. De verzekerde kan voor informatie en het aanvragen van onderstaande diensten contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau via het gratis telefoonnummer: 0800 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 onder het telefoonnummer 0900 333 33 30.

#### **Kraamzorg**

##### *Kraamzorg in natura*

Voor informatie over de kraamzorg en aanvraag van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met ONVZ Kraamzorg Service. Indien de verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt ONVZ Kraamzorg Service de kraamzorg in natura bij een erkende gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste drie maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd. ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar via telefoonnummer 079 343 04 64.

##### *Kraampakket*

Aanstaande moeders hebben recht op een kraampakket. Het kraampakket kan bij de ONVZ Kraamzorg Service 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**

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

#### **Kinderopvang**

Bij opname in een ziekenhuis van de verzekerde ouder bestaat recht op vergoeding van de kosten van kinderopvang onder de voorwaarden zoals omschreven in de omvang dekking ONVZ Vrije Keuze Topfit.



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

- 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.

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

**0800 022 14 50**

# ONVZ Vrije Keuze Superfit

# Inhoudsopgave

## Deel B Omvang dekking 152081

<b>Artikel 1</b>	<b>Verloskundige zorg en kraamzorg</b>	<b>76</b>
<b>Artikel 2</b>	<b>Paramedische zorg en sportarts</b>	<b>76</b>
	lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie	
	lid 2 Orthoptische hulp	
	lid 3 Chiropractie	
	lid 4 Osteopathie	
	lid 5 Sportarts	
<b>Artikel 3</b>	<b>Psychologische zorg</b>	<b>76</b>
<b>Artikel 4</b>	<b>Farmaceutische zorg</b>	<b>76</b>
<b>Artikel 5</b>	<b>Alternatieve geneeswijzen</b>	<b>76</b>
<b>Artikel 6</b>	<b>Vaccinaties</b>	<b>77</b>
<b>Artikel 7</b>	<b>Eigen bijdragen hulpmiddelen</b>	<b>77</b>
<b>Artikel 8</b>	<b>Overige hulpmiddelen</b>	<b>77</b>
	lid 1 Brillenglazen/Contactlenzen	
	lid 2 Bewakingsapparatuur wiegendood	
	lid 3 Rolstoelen/Invalidenwagens	
	lid 4 Steunzolen	
	lid 5 Verpleegartikelen	
	lid 6 Wekapparaten	
<b>Artikel 9</b>	<b>Ziekenvervoer</b>	<b>77</b>
<b>Artikel 10</b>	<b>Mondzorg</b>	<b>77</b>
<b>Artikel 11</b>	<b>Bijzondere behandelingen</b>	<b>78</b>
	lid 1 Acnébehandeling	
	lid 2 Camouflagetherapie	
	lid 3 Elektrische epilatie of laserbehandeling	
	lid 4 Lymfedrainage	
	lid 5 Podotherapie	
	lid 6 Psoriasisbehandeling	
	lid 7 Stottertherapie	
	lid 8 Sterilisatie	
	lid 9 Plastische chirurgie	
	lid 10 Beweegprogramma's	
	lid 11 Preventief medisch onderzoek	
	lid 12 Pedicure bij diabetes mellitus	
	lid 13 IVF	
	lid 14 Overgangsconsulent(e)	
	lid 15 Ergotherapie	
	lid 16 Diëtist(e)	

<b>Artikel 12</b>	<b>Verblijfkosten</b>	<b>79</b>
	lid 1 Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis	
	lid 2 Verblijf Prinses Margriethuis	
	lid 3 Verblijf gezinslid bij levertransplantatie	
	lid 4 Herstellingsoord	
	lid 5 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	
<b>Artikel 13</b>	<b>Thuiszorg in natura</b>	<b>79</b>
<b>Artikel 14</b>	<b>Kinderopvang</b>	<b>79</b>
<b>Artikel 15</b>	<b>Buitenland</b>	<b>79</b>
<b>Artikel 16</b>	<b>ONVZ Zorgassistance</b>	<b>80</b>
<b>Artikel 17</b>	<b>Zorg Kamer</b>	<b>81</b>
<b>Artikel 18</b>	<b>Zorg Luxe</b>	<b>81</b>
<b>Artikel 19</b>	<b>Zorg Assistent</b>	<b>81</b>
<b>Artikel 20</b>	<b>Ongevallendeckking</b>	<b>82</b>

## **Deel C Zorgdiensten 153081**

<b>ONVZ ZorgServicebureau: van preventie tot nazorg</b>	<b>86</b>
<b>Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg</b>	<b>86</b>
<b>Preventief Gezondheidsonderzoek</b>	<b>86</b>
<b>Preventiecurussen</b>	<b>86</b>
<b>Lidmaatschap patiëntenvereniging</b>	<b>86</b>
<b>Taxivervoer</b>	<b>86</b>
<b>Kraamzorg</b>	<b>86</b>
<b>Wachtlijstbemiddeling</b>	<b>86</b>
<b>Thuiszorg in natura</b>	<b>86</b>
<b>Kinderopvang</b>	<b>86</b>
<b>Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval</b>	<b>87</b>

# Deel B Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Superfit 152081

Indien aanspraken bestaan op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de ONVZ Vrije Keuze Superfit 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 uit hoofde 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 € 500,-.

#### lid 2

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket (zie Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Superfit).

#### lid 3

Vergoed worden de kosten van een lactatiekundige.

## Artikel 2

### Paramedische zorg en sportarts

Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

#### lid 1

*Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie*

De hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar.

De kosten van de volgende behandelingen worden vergoed tot een gezamenlijk maximum van € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar, mits voorgeschreven door de behandelend huisarts of specialist.

#### lid 2

*Orthoptische hulp*

De hulp verleend door een orthoptist.

#### lid 3

*Chiropractie*

De hulp verleend door een chiropractor.

#### lid 4

*Osteopathie*

De hulp verleend door een osteopaat.

#### lid 5

*Sportarts*

De behandelingen verricht door een sportarts.

## Artikel 3

### Psychologische zorg

De kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut, na verwijzing van de behandelend arts tot maximaal € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar. De eigen bijdragen op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor de verstrekking van niet-klinische psychiatrische zorg en voor de verstrekking van eerstelijns psychologische zorg komen niet voor vergoeding in aanmerking.

## Artikel 4

### Farmaceutische zorg

De kosten van farmaceutische zorg worden volledig vergoed, mits voorgeschreven door een arts en geleverd door een apotheek, een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De kosten van middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel komen niet voor vergoeding in aanmerking. Voor wat betreft de dekking betreffende homeopathische of antroposofische geneesmiddelen geldt artikel 5, lid 3.

## Artikel 5

### Alternatieve geneeswijzen

#### lid 1

De kosten van het consulteren van of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder arts acupuncturist en arts haptotherapeut. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.250,- per verzekerde per kalenderjaar, maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag.

#### lid 2

De kosten van het consulteren van of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder acupuncturist en haptotherapeut. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar, maximaal € 65,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag.

#### lid 3

De kosten van homeopathische of antroposofische geneesmiddelen tot een maximum van € 750,- per verzekerde per kalenderjaar, mits door de behandelend arts of behandelaar voorgeschreven en door een apotheek of apotheekhoudend huisarts geleverd.

### Artikel 6 Vaccinaties

Vergoed worden de kosten van vaccinaties wegens verblijf in het buitenland.

### Artikel 7 Eigen bijdragen hulpmiddelen

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde verschuldigd is op basis van het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. Het Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl).

### Artikel 8 Overige hulpmiddelen

#### lid 1

##### *Brillenglazen/Contactlenzen*

De kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen of versterkende/corrigerende contactlenzen tot een maximum van € 450,- per verzekerde per kalenderjaar.

#### lid 2

##### *Bewakingsapparatuur wiegendood*

De kosten van huur of in bruikleengeving van bewakingsapparatuur.

#### lid 3

##### *Rolstoelen/Invalidenwagens*

De kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens.

#### lid 4

##### *Steunzolen*

De kosten van aanschaf van steunzolen. 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.

#### lid 6

##### *Wekapparaten*

De kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief bandages).

### Artikel 9 Ziekenvervoer

De kosten van ziekenvervoer binnen Nederland worden vergoed voor zover het ziekenvervoer plaatsvindt ten behoeve van een behandeling waarop aanspraak bestaat op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering). 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 (of een elders lopende zorgverzekering);
2. tot maximaal € 0,25 per gereden kilometer bij gebruik van de auto;
3. taxivervoer.

### Artikel 10 Mondzorg

#### lid 1

Vergoed worden de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist.

#### lid 2

Vergoed worden de kosten van 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).

#### lid 3

Vergoed worden de kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) voor verzekerden van 18 jaar en ouder verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen kan de hulp ook worden verleend door een erkend tandprotheticus) tot maximaal € 1.600,- per verzekerde per kalenderjaar.

#### lid 4

De tandarts- en techniekkosten na een ongeval worden vergoed, inclusief de eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen, tot een maximum van € 455,- per verzekerde per kalenderjaar. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:

- de noodzaak van de behandeling is het rechtstreekse gevolg 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

### Artikel 11

#### Bijzondere behandelingen

##### lid 1

##### *Acnébehandeling*

De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e).

##### lid 2

##### *Camouflagetherapie*

De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten.

##### lid 3

##### *Elektrische epilatie of laserbehandeling*

De kosten van elektrische epilatie, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat tot maximaal € 2.000,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Vergoeding vindt alleen plaats indien 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.

##### lid 5

##### *Podotherapie*

De kosten van behandeling door een podotherapeut of podoloog. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthonyxie.

##### lid 6

##### *Psoriasisdagbehandeling*

De kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra.

##### lid 7

##### *Stottertherapie*

Vergoed worden de kosten van stottertherapie.

##### lid 8

##### *Sterilisatie*

De kosten verbonden aan deze ingreep en de kosten verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie.

##### lid 9

##### *Plastische chirurgie*

- De kosten van het corrigeren van standsafwijkingen van de oren voor kinderen tot 16 jaar.
- De kosten van plastische en reconstructieve chirurgie worden vergoed indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

##### lid 10

##### *Beweepprogramma's*

Vergoed worden de kosten van de door KNGF erkende beweepprogramma's gericht op genezing en herstel, ter preventie voor verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte, mits voorgeschreven door de behandelend arts.

##### lid 11

##### *Preventief medisch onderzoek*

De kosten van preventief medisch onderzoek worden vergoed tot maximaal € 750,- per verzekerde per kalenderjaar. Uitgesloten zijn echter de kosten van een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever.

##### lid 12

##### *Pedicure bij diabetes mellitus*

De kosten van voetverzorging voor diabetici.

##### lid 13

##### *IVF*

De kosten van in vitro fertilisatiebehandelingen in een regulier ziekenhuis.

#### lid 14

##### *Overgangsconsulent(e)*

Vergoed worden de kosten van voorlichting, advies en hulp gedurende de menopauze gegeven door een overgangsconsulent(e) aangesloten bij Care for Women.

#### lid 15

##### *Ergotherapie*

Vergoed worden de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.

#### lid 16

##### *Diëtist(e)*

Vergoed worden de kosten van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist.

### Artikel 12

#### Verblijfkosten

#### lid 1

##### *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.

#### lid 2

##### *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.

#### lid 3

##### *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.

#### lid 4

##### *Herstellingsoord*

De kosten van verblijf in een herstellingsoord worden uitsluitend na voorafgaande toestemming door de verzekeraar vergoed.

#### lid 5

##### *Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren*

Vergoed wordt de verschuldigde eigen bijdrage.

### Artikel 13

#### Thuiszorg in natura

Bij ontslag uit een regulier ziekenhuis, na een opnameduur van minimaal 6 dagen, bestaat voor de 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 Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de WMO geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

### Artikel 14

#### 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 hieromschreven vergoeding kan onder bepaalde voorwaarden worden gekozen voor kinderopvang in natura (zie daarvoor Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Superfit).

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

### Artikel 15

#### Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed:

#### lid 1

##### *Onvoorziene behandelingen*

Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het



- bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarief; de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;
- die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed tot maximaal de in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarieven.

### lid 2

#### *Voorziene behandelingen*

Binnen een EU-/EER of Verdragsland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal 2x het in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarief; de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;
- die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal 2x de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarieven;
- voor medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 4 van deel B van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, volledig voor behandelingen ondergaan in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding uit hoofde van een (bij zorgverzekeraar of elders lopende) zorgverzekering maakt hier onderdeel van uit. De lijst met deze erkende ziekenhuizen is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl).

Buiten een EU-/EER of Verdragsland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarieven.

### 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.

## Artikel 16

### ONVZ Zorgassistance

#### lid 1

Bij acute ziekte of ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland dient in geval van een ziekenhuisopname contact te worden opgenomen met ONVZ Zorgassistance. Deze organisatie geeft advies over geneeskundige hulp voor rekening van de verzekeraar. ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer: +31 (0)88 66 897 67.

#### lid 2

##### *Meldingsplicht*

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

#### lid 3

##### *Medische gegevens*

De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance 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.

#### lid 4

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

- a. bij acute ziekte/ongeval van de verzekerde:
  - verstrekking van een garantie op een rechtstreekse betaling van de verpleeg- en/of behandelkosten aan de zorginstelling waarin de verzekerde is opgenomen;
  - noodzakelijke voorschotbetalingen;
  - toezending van noodzakelijke medicijnen als deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn;
  - repatriëring: in geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding;
  - vergoeding van de noodzakelijke extra verblijfkosten van de verzekerde als repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan;
  - vergoeding van de reiskosten van een eenmalig bezoek van een gezinslid bij opname van de verzekerde en indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan.

- b. bij overlijden van de verzekerde vergoeding van de kosten van:
- vervoer van het stoffelijk overschot; óf
  - begrafenis of crematie in het buitenland en de kosten van overkomst van gezinsleden tot maximaal het bedrag dat gepaard zou zijn gegaan met repatriëring van het stoffelijk overschot.
- c. vergoeding van de kosten van opsporing en/of redding van de verzekerde tot een maximumbedrag van € 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.

## Artikel 17 Zorg Kamer

### lid 1

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

- er een medische noodzaak voor de opname is in verband met specialistisch onderzoek of behandeling;
- het één van de volgende specialismen betreft: chirurgie, gynaecologie, KNO, kaakchirurgie, orthopedie, oogheelkunde, urologie of plastische chirurgie;
- de aanvraag geschiedt via het ZorgServicebureau.

Informatie over ziekenhuizen waarmee verzekeraar garantieovereenkomsten heeft afgesloten, is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op [www.onvz.nl](http://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 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 speciale specifieke arrangementen. Een overzicht van deze speciale specifieke arrangementen is op aanvraag verkrijgbaar of terug te vinden op de site van verzekeraar [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl).

### lid 4

Indien in een ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum in Nederland een éénpersoonskamer voor het betreffende specialisme, zoals bedoeld in lid 1 sub b of lid 2, aanwezig is maar voor de verzekerde niet beschikbaar, kan verzekerde kiezen voor opname in een tweepersoonskamer of kiezen voor een vergoeding van € 75,- per opnamedag.

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

## Artikel 18 Zorg Luxe

### 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 het bezoek;
- luxe maaltijden of een extra verstrekking van een snack;
- 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 19 Zorg Assistent

### lid 1

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

- neemt de Zorg Assistent vooraf contact op met de verzekerde voor een intake;
- regelt de Zorg Assistent desgewenst het vervoer naar het ziekenhuis;
- is de Zorg Assistent bij de opname in het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum aanwezig en maakt de verzekerde wegwijs in het ziekenhuis;
- beantwoordt de Zorg Assistent zorgvragen;
- kan de Zorg Assistent, desgewenst, telefonisch contact houden met de verzekerde, overleggen met de (medische) staf, de verzekerde bezoeken, bemiddelen in thuiszorg, kinderopvang en/of hulpmiddelen. De kosten van 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 de verzekerde recht op hulp verleend door een Zorg Assistent zoals genoemd in lid 1, met uitzondering van lid a t/m c.

### lid 3

De kosten van vervoer van verzekerde van en naar een ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum in Nederland worden vergoed:

- a. bij gebruik van de auto tot maximaal € 0,25 per gereden kilometer;
- b. bij taxivervoer volledig, indien gebruik wordt gemaakt van een door de verzekeraar gecontracteerd taxibedrijf (zie Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Superfit).

Het vervoer dient plaats te vinden ten behoeve van een opname waarvoor dekking bestaat en beschreven onder 'Privé Kamer'. 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 niet volledig ter beschikking is gekomen uit de elders lopende (aanvullende) (zorg)verzekering.

Bij vragen over of het regelen van de Zorg Assistent moet de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau. Het ONVZ ZorgServicebureau is te bereiken tijdens kantooruren op het gratis telefoonnummer: 0800 022 14 50.

## Artikel 20 Ongevallendekking

### lid 1

#### Nadere begripsomschrijvingen

#### sub 1

##### Begunstiging

De verzekerde is de begunstigde voor alle uitkering(en). Bij overlijden van de verzekerde zal uitkering rechtstreeks aan de nalatenschap van de verzekerde geschieden.

#### sub 2

##### Letsel

Een naar aard en plaats, volgens objectieve normen, geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel, voor zover dit letsel het directe en uitsluitende gevolg is van een ongeval, bedoeld onder lid 1 sub 3.

#### sub 3

##### Ongeval

Een plotseling, onafhankelijk van de wil van de verzekerde, van buitenaf rechtstreeks op het lichaam inwerkend fysiek geweld, dat letsel of overlijden tot gevolg heeft. Onder ongeval wordt tevens verstaan:

- a. acute vergiftiging, tenzij deze is veroorzaakt door ziekteverwekkers of door het overmatig gebruik van geneesmiddelen, het overmatig gebruik van genotmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen;
- b. besmetting door ziekteverwekkers, mits deze besmetting uitsluitend een rechtstreeks gevolg is van een onvrijwillige val in het water of in een andere stof, of het zich daarin begeven ter redding van mens of dier;
- c. het ongewild van buitenaf binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen, met uitzondering van ziekteverwekkers, in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de gehoororganen, waardoor in een ogenblik medisch vast te stellen letsel wordt toegebracht;
- d. wondinfectie, bloedvergiftiging of tetanus ontstaan in verband met een ongeval;
- e. verstikking, verdrinking, zonnesteek, warmtestuwung, bevriezing, verbranding ( tenzij als gevolg van de inwerking van stralen), veretsing en elektrische ontlading;
- f. uitputting, verhogering, verdorsting en zonnebrand als gevolg van een natuurramp;
- g. verstuing, ontwrichting en verscheuring van spier- en bandweefsel, mits het letsel plotseling is ontstaan en de aard en plaats geneeskundig zijn vast te stellen;
- h. complicaties en verergeringen van het ongevalletsel als rechtstreeks gevolg van een door een bevoegd geneeskundige geboden eerste hulpverlening of medisch noodzakelijke behandeling;
- i. een letsel ontstaan bij rechtmatige, niet door de verzekerde zelf uitgelokte zelfverdediging of bij handelingen tot redding van mens of dier;
- j. moord, doodslag, mishandeling, of pogingen daartoe, gijzelingen en terreuracties door niet-militairen;
- k. letsel ontstaan tijdens het als amateur beoefenen van sport, waaronder ook wordt begrepen het voorbereiden van en het deelnemen aan wedstrijden. Uitzondering hierop zijn de sporten die genoemd zijn in lid 3 sub 1 onder j en het bepaalde in lid 3 sub 1 onder k.

**Niet** als een ongeval of ongevalgevolg worden beschouwd: ingewandsbreuk (hernia) en uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nucleus pulposi).

## lid 2

### *Wat is verzekerd?*

#### sub 1

Verzekerde bedragen

Per ongeval keert de verzekeraar in geval van overlijden of blijvend (functie)verlies van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens maximaal 100% van het daarvoor geldende verzekerde bedrag per verzekerde uit.

#### sub 2

Uitkering bij overlijden

Bij overlijden van de verzekerde keert de verzekeraar maximaal € 5.000,- uit, mits het overlijden een direct en uitsluitend gevolg is van het onder artikel 1.2 bedoelde letsel en het overlijden heeft plaatsgevonden binnen 2 jaar na het ongeval.

#### sub 3

Uitkering bij blijvend (functie)verlies

a. Recht op uitkering:

In geval van blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens van de verzekerde bestaat er recht op uitkering van maximaal € 20.000,-, indien dit (functie)verlies of deze blijvende onbruikbaarheid direct en uitsluitend het gevolg is van het onder lid 1 sub 2 bedoelde letsel en is ontstaan binnen 2 jaar na het ongeval. De uitkering voor personen onder de 21 jaar is de helft van die voor een volwassene.

b. Reeds aanwezige onbruikbaarheid/gebrekigheid:

Voor het geheel of gedeeltelijk (functie)verlies of gedeeltelijke onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens die reeds voor het ongeval onbruikbaar of gebrekkig waren, wordt alleen een uitkering verleend indien dit (functie)verlies of deze onbruikbaarheid het/de reeds voor het ongeval bestaand blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens te boven gaat.

## lid 3

### *Nadere uitsluitingen*

#### sub 1

Geen uitkering vindt plaats indien het ongeval het gevolg is van, of mede is veroorzaakt door:

- a. een ziekelijke toestand waarin de verzekerde verkeerde of van een geestelijke of lichamelijke afwijking;
- b. een ziekelijke toestand die is veroorzaakt door besmetting met ziekteverwekkers, met uitzondering van hetgeen genoemd is in lid 1 sub 3 onder b.;
- c. het (mede)plegen van een misdrijf door de verzekerde;
- d. roekeloosheid, tenzij het een ongeval betrof bij een poging tot redding van een mens of dier;
- e. misbruik van alcohol of gebruik van geneesmiddelen of van bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift;
- f. zelfdoding of een poging daartoe;
- g. een vechtpartij waaraan de verzekerde deelnam, tenzij hij kan aantonen dat het ongeval het gevolg is van rechtmatige zelfverdediging;
- h. het verblijf in een luchtvaartuig, tenzij de verzekerde tijdens het ongeval als passagier verbleef in een vliegtuig ingericht voor passagiersvervoer en bestuurd door een beroepspiloot. Tevens dient dit vliegtuig ten tijde van het ongeval gebruikt te zijn:
  1. door een particuliere onderneming of staatsinstelling die bevoegd is tot exploitatie van een luchtvaartbedrijf;
  2. door een onderneming ten behoeve van haar eigen bedrijf binnen Europa en Noord-Amerika.
- i. het jagen op groot wild;
- j. sportbeoefening waarvoor betaling wordt ontvangen;
- k. de beoefening van sporten met een verhoogd ongevalrisico, zoals boksen, worstelen, ijshockey, rugby, bergsport, bobsleeën, parasailing, hanggliding, parachutespringen, ijszeilen, skispringen, skivliegen en figuurspringen;
- l. voorbereidingen van en deelneming aan snelheidswedstrijden of recordritten, bijvoorbeeld met motorrijtuigen, skelters, te paard, per rijwiel of per motorboot;
- m. het beroepsmatig werken met houtbewerkingmachines;
- n. allergische reacties, anders dan door een gebeurtenis genoemd in lid 1 sub 3 onder b.;
- o. verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies is afgegeven.

#### sub 2

Psychisch letsel

- a. Er vindt geen uitkering plaats bij verlies van de geestelijke of kennende vermogens. Deze uitsluiting geldt niet als dit verlies, volgens algemeen aanvaarde neurologische opvattingen, is veroorzaakt door een aantoonbaar grove organische beschadiging van het centrale zenuwstelsel.
- b. Ook vindt er geen uitkering plaats bij geheel of gedeeltelijk functieverlies of geheel of gedeeltelijke onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens, indien dit functie-

verlies of deze onbruikbaarheid het gevolg is van psychische stoornissen.

#### lid 4

##### *Omvang van de uitkering*

###### sub 1

Bij overlijden

Het verzekerde bedrag voor overlijden wordt uitgekeerd. Een eventueel reeds verrichte uitkering voor blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens wordt hierop in mindering gebracht. Terugvordering van een reeds gedane uitkering zal niet plaatsvinden.

###### sub 2

bij blijvend (functie)verlies

In geval van blijvend (functie)verlies worden aan de getroffen verzekerde de volgende percentages van het verzekerde bedrag uitgekeerd, waarbij de uitkering echter nooit meer dan 100% van het verzekerde bedrag zal bedragen:

- bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van de hierna genoemde lichaamsdelen:
  - een arm: tot in het schoudergewricht 75%
  - een arm: tot in het ellebooggewricht 65%
  - een arm: tussen elleboog- en schoudergewricht 65%
  - een arm: tussen pols en ellebooggewricht 60%
  - een hand: tot in het polsgewricht 60%
  - een been: tot in het heupgewricht 70%
  - een been: tot in het kniegewricht 60%
  - een been: tussen knie- en heupgewricht 60%
  - een been: tussen enkel- en kniegewricht 50%
  - een voet: tot in het enkelgewricht 50%
- bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van de hierna genoemde lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens:
  - een duim 25%
  - een wijsvinger 15%
  - een middelvinger 15%
  - een ringvinger of pink 15%
  - bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van meer dan één vinger van een hand wordt maximaal 60% van het verzekerde bedrag uitgekeerd.
  - een grote teen 10%
  - andere tenen dan de grote teen 5%
  - het gezichtsvermogen van een oog 30%
  - het gezichtsvermogen van beide ogen 100%
  - het gehoor van een oor 20%
  - het gehoor van beide oren 50%
  - het reuk- en smaakvermogen 20%

het verlies van het seksuele vermogen, echter behoudens hetgeen is bepaald in lid 3 sub 2 25%

- Bij de hierna genoemde letsels of combinatie van letsels: totaal verlies van de geestelijke vermogens, echter behoudens hetgeen is bepaald in lid 3 sub 2 100%
- verlies van beide armen of handen 100%
- verlies van beide benen of voeten 100%
- verlies van een arm of hand, tezamen met een been of voet 100%
- Bij gedeeltelijk (functie)verlies of gedeeltelijke onbruikbaarheid van de in dit artikel genoemde lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens, vastgesteld volgens algemeen aanvaarde medische maatstaven, wordt een gedeelte van de genoemde uitkeringspercentages evenredig aan de mate van dat (functie)verlies uitgekeerd. Gedeeltelijk verlies van de reuk en/of de smaak wordt niet als invaliditeit beschouwd.
- In geval van blijvend functieverlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens als gevolg van een letsel of een combinatie van letsels die niet als zodanig in het voorgaande zijn omschreven, is het uitkeringspercentage van het verzekerde bedrag gelijk aan het percentage blijvend (functie) verlies dat is vastgesteld volgens de Nederlandse richtlijnen of, indien er geen Nederlandse richtlijnen beschikbaar zijn, volgens in Nederland gebruikelijke richtlijnen. Daarbij blijven het beroep of de werkzaamheden van de verzekerde buiten beschouwing.

#### lid 5

##### *Vaststelling uitkeringspercentage*

###### sub 1

Het uitkeringspercentage zal worden vastgesteld op basis van de als definitief erkende toestand van de getroffen verzekerde, voor zover mogelijk binnen 2 jaar na het ongeval.

###### sub 2

Het is mogelijk dat na de beëindiging van de geneeskundige behandeling nog geen definitieve medische eindtoestand is ingetreden. In dat geval wordt de wettelijke rente over het uiteindelijk te betalen bedrag vergoed vanaf de dag waarop de geneeskundige behandeling wordt beëindigd tot de dag waarop de uitkering plaatsvindt. Blijkt er in opdracht van de verzekeraar uitgevoerde medische onderzoek nog geen definitieve medische eindtoestand is, dan zal uiterlijk binnen 5 jaar na de ongevaldatum in onze opdracht een nieuw medisch onderzoek plaatsvinden. De invaliditeit die bij dat onderzoek wordt vastgesteld zal dan gelden als definitieve medische eindtoestand, ook al vermeldt de betreffende arts dat er nog geen definitieve medische eindtoestand is ingetreden.

## lid 6

### *Bestaande gezondheidstoestand*

#### sub 1

Indien de gevolgen van een ongeval worden vergroot door een ziekelijke toestand of door lichamelijke en/of geestelijke afwijkingen van de verzekerde die reeds voor het ongeval bestonden, wordt niet meer uitgekeerd dan er zou zijn uitgekeerd indien eenzelfde ongeval een persoon zonder een zodanige ziekte of afwijking zou zijn overkomen.

#### sub 2

Het in lid 6 sub 1 bepaalde is niet van toepassing indien bedoelde omstandigheden uitsluitend en rechtstreeks een gevolg zijn van een eerder ongeval dat de verzekerde is overkomen tijdens de geldigheidsduur van deze verzekering.

## lid 7

### *Medische expertise*

Indien de verzekeraar een medische expertise noodzakelijk acht om het uitkeringspercentage te kunnen vaststellen, is de verzekerde verplicht hieraan zijn medewerking te verlenen. De verzekerde dient zich daartoe door een door de verzekeraar aan te wijzen arts te laten onderzoeken of voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar nader aan te wijzen instelling of inrichting. De medische expertise dient in Nederland plaats te vinden. De kosten hiervan komen voor rekening van de verzekeraar.

## lid 8

### *Wat te doen na een ongeval*

#### sub 1

##### Melding van een ongeval

- a. De verzekerde of de begunstigde is verplicht de verzekeraar zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 dagen in kennis te stellen van een ongeval dat tot uitkering kan leiden. Daarbij dient een nauwkeurige omschrijving van het ongeval te worden overgelegd, met zo mogelijk vermelding van de oorzaak en de gevolgen;
- b. Is de verzekerde door een ongeval overleden dan dient de melding te gebeuren binnen 48 uur, bij voorkeur telefonisch of via de fax.

#### sub 2

##### Verplichtingen na een ongeval

- a. De verzekerde is verplicht zich na een ongeval zo spoedig mogelijk onder geneeskundige behandeling te stellen en volledig aan zijn herstel mee te werken.
- b. De verzekerde is verplicht aan de verzekeraar of aan een door haar aangewezen arts alle gewenste inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken.
- c. De begunstigde(n) is/zijn verplicht toestemming te verlenen tot, en medewerking te verlenen aan alle maatregelen die de verzekeraar nodig acht voor de vaststelling van de doodsoorzaak (sectie).

#### sub 3

De verzekeraar heeft het recht uitkering te weigeren indien de verplichtingen vermeld in lid 7 en/of lid 8 sub 1 en/of sub 2 niet zijn of worden nagekomen. Indien de aangifte later plaatsvindt dan bedoeld onder lid 8 sub 1 a en b, behoudt de verzekerde recht op uitkering indien hij kan aantonen dat:

- het (functie)verlies of de onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens uitsluitend het gevolg is van een ongeval;
- de gevolgen van een ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid vergroot zijn;
- de verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd;
- de aangifte achterwege is gebleven ten gevolge van buitengewone omstandigheden.

# Deel C Zorgdiensten

## ONVZ Vrije Keuze Superfit

### 153081

#### **ONVZ ZorgServicebureau: van preventie tot nazorg**

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van ONVZ. Dat houdt in dat ONVZ meer doet dan het uitbetalen van nota's. De verzekerde kan terecht bij het ONVZ ZorgServicebureau voor bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, hulp in natura en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg. De verzekerde kan voor informatie en het aanvragen van onderstaande diensten contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau via het gratis telefoonnummer: 0800 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 kindergevallen. 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 onder het telefoonnummer 0900 333 33 30.

#### **Kraamzorg**

##### *Kraamzorg in natura*

Voor informatie over de kraamzorg en aanvraag van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met ONVZ Kraamzorg Service. Indien de verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt ONVZ Kraamzorg Service de kraamzorg in natura bij een erkende gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste drie maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd. ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar via telefoonnummer 079 343 04 64.

##### *Kraampakket*

Aanstaande moeders hebben recht op een kraampakket. Het kraampakket kan bij de ONVZ Kraamzorg Service 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**

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

#### **Kinderopvang**

Bij opname in een ziekenhuis van de verzekerde ouder bestaat recht op vergoeding van de kosten van kinderopvang onder de voorwaarden zoals omschreven in de omvang dekking ONVZ Vrije Keuze Superfit.

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

- 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.

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

**0800 022 14 50**





# ONVZ Tandfit

# Inhoudsopgave

## Deel B Omvang dekking 114081

Tandfit A	91
Tandfit B	91
Tandfit C	91
Tandfit D	91
Tandheekkundige kosten buiten het woonland	91

# Deel B Omvang Dekking ONVZ Tandfit 114081

De verzekeraar vergoedt de kosten van behandeling zoals hieronder omschreven. Op het polisblad is vermeld welke dekking (Tandfit) van toepassing is.

Vergoed worden de kosten van behandeling door een tandarts of mondhygiënist volgens wettelijke of marktconforme tarieven. Uitgezonderd zijn de kosten van orthodontie en het bleken van elementen.

## Tandfit A

### Artikel 1

De gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten). Vergoed wordt 75% van deze kosten tot maximaal € 250,- 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 € 250,- per verzekerde. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:

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

Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.

## Tandfit B

### Artikel 1

De gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten). Vergoed wordt 75% van deze kosten tot maximaal € 750,- 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:

1. de noodzaak van de behandeling is het rechtstreekse gevolg is van het ongeval;
2. het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden binnen de looptijd van de verzekering;
3. het ongeval en de behandeling moeten binnen een maand zijn gemeld;
4. de kosten moeten zijn gemaakt binnen een jaar na het ongeval;
5. 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). Vergoed wordt 75% van deze kosten tot maximaal € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar.

### Artikel 2

Dezelfde dekking zoals omschreven onder Tandfit B artikel 2.

## Tandfit D

### Artikel 1

De gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) 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 het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag van een overeenkomstige behandeling in Nederland tot het in de Tandfit A, B, C en D genoemde maximale bedrag.

### Artikel 2

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.



# ONVZ ZorgConsulent

# Inhoudsopgave

## Deel B Omvang dekking 118081

Artikel 1	De ONVZ ZorgConsulent	95
Artikel 2	(Second) opinion van ervaren specialisten	95
Artikel 3	Gezond zijn en blijven	95
Aansprakelijkheid		95

# Deel B Omvang dekking ONVZ ZorgConsulent 118081

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.

### lid 1

Via de ONVZ ZorgConsulent kan verzekerde een beroep doen op een (second) opinion bij één van deze specialisten. Per speci-

alime 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.

## Aansprakelijkheid

De ONVZ ZorgConsulent zal de uitvoering van zijn werkzaamheden naar beste inzicht en vermogen uitvoeren. De ONVZ ZorgConsulent is geen zorgverlener als bedoel 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

## Deel B Omvang dekking 149081

Artikel 1	Privé Kamer	99
Artikel 2	Zorg Luxe	99
Artikel 3	Zorg Assistent	99
Artikel 4	Zorg Totaal	100
Artikel 5	Buitenland	100
Artikel 6	Diensten	100

# Deel B Omvang Dekking ONVZ Privé Zorgpakket 149081

Deel B (omvang dekking) bevat de omschrijving van de 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 wettelijke of geldende marktconforme tarief en in het buitenland tot ten hoogste 2 keer het in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarief.

## Artikel 1 Privé Kamer

### lid 1

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

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

Informatie over ziekenhuizen waarmee verzekeraar garantieovereenkomsten heeft afgesloten, is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op [www.onvz.nl](http://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 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. Een overzicht van deze specifieke arrangementen is op aanvraag verkrijgbaar of is terug te vinden op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl).

### lid 4

Indien in een ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum in Nederland een éénpersoonskamer voor het betreffende specialisme, zoals bedoeld in artikel 1 lid 1 sub b of artikel 1 lid 2, aanwezig is maar voor de verzekerde niet beschikbaar, kan verzekerde kiezen voor opname in een tweepersoonskamer of kiezen voor 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 thuiszorg, kinderopvang en/of hulpmiddelen. De kosten van 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 lid 1, met uitzondering van sub a t/m sub c.

#### lid 3

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

- a. bij gebruik van de auto tot maximaal € 0,25 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 niet volledig ter beschikking is gekomen uit de elders lopende (aanvullende) (zorg)verzekering.

#### Artikel 4

##### Zorg Totaal

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 of tweepersoonskamer 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 ZorgSer-

vicebureau kan bij deze opnames niet bemiddelen. Verzekerde dient aan verzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de éénpersoonskamer of tweepersoonskamer 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 of tweepersoonskamer 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 of tweepersoonskamer te overleggen. Indien de opname in een ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum in Nederland plaatsvindt, bestaat 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 Zorgverzekeraar  
De Molen 66, Postbus 392  
3990 GD Houten

Telefoon 030 639 62 22  
Internet [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl)

**Verzeker je kostbaarste bezit bij ONVZ Zorgverzekeraar**