

Deel A

Algemene Voorwaarden ONVZ Topfit Polis

ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

- 1.1 **Verzekeraar:** ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., gevestigd De Molen 66, 3995 AX Houten, Nederland.
- 1.2 **Behandelaar:** een in Nederland gevestigde geneeskundige, paramedicus of psycholoog. De behandelaar dient ingeschreven te zijn in het officiële register bestemd voor desbetreffende beroepsgroep of bij een erkende beroepsorganisatie.
- 1.3 **Bijkomende kosten:** de medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische of kaakchirurgische behandeling.
- 1.4 **Medische noodzaak:** de situatie waarbij aanspraak op zorg bestaat voor zover de verzekerde gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. Bij twijfel over de medische noodzaak wordt het oordeel gevraagd van de medisch adviseur van de verzekeraar.
- 1.5 **Ongeval:** een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel is veroorzaakt.
- 1.6 **Tandarts:** een in Nederland gevestigde tandarts. De tandarts dient ingeschreven te zijn in het door de Nederlandse overheid gehanteerde register.
- 1.7 **Verzekerde:** degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is opgenomen.
- 1.8 **Verzekeringnemer:** degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
- 1.9 **Ziekenhuis:** een in Nederland gelegen en door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende inrichting alsmede een zelfstandig behandelcentrum en het Nederlands Astmacentrum te Davos.
- 1.10 **Ziekenvervoer:** vervoer binnen Nederland dat om medische redenen met een ander dan een openbaar vervoermiddel plaatsvindt. Dit vervoer vindt plaats vanwege een medisch onderzoek of een medische behandeling. De vergoeding bij gebruik van eigen auto is maximaal € 0,28 per gereden kilometer.

ARTIKEL 2 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

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

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

ARTIKEL 3 VERPLICHTINGEN

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

ARTIKEL 4 BETALING EN SCHORSING

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

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

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

- 4.4 Voor de kosten waarvan de noodzaak of de verwachting om ze te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de verzekering was geschorst, is geen vergoeding verschuldigd.
- 4.5 Indien in het land waarin verzekerde woonachtig is een heffing of belasting wordt opgelegd, brengt de verzekeraar een toeslag in rekening op de premie ter hoogte van bedoelde heffing of belasting.

ARTIKEL 5 EIGEN RISICO

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

ARTIKEL 6 ONDERVERZEKERING

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

ARTIKEL 7 NADERE REGELING VAN UITKERINGEN

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

ARTIKEL 8 GEEN AANSPRAAK OP VERGOEDING

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

Voorts bestaat geen aanspraak op vergoeding:

- voor de kosten van plastische of reconstructie chirurgie, tenzij sprake is van een medische noodzaak of een ernstige verminking;
- voor de kosten van een laserbehandeling van de ogen ter correctie van bij- of verziendheid, tenzij sprake is van een medische noodzaak;
- van kosten ontstaan door of verband houdende met burgeroorlog, oorlog of daarmee in feite overeenkomende toestanden en de gevolgen van atoomkernreacties;

- voor de schade ten gevolge van het terrorisme risico geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar is beperkt. Van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding door een Nederlands ingezetene verzekerde, tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorisme risico. De uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten die direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van terrorisme risico zijn in herverzekering ondergebracht bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hierna genoemde aanspraken tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dat bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen.

Onder terrorisme risico wordt verstaan:

- kwaadwillige besmetting;
 - preventieve maatregelen;
 - handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme en kwaadwillige besmetting.
- indien, zo deze verzekering niet bestond, door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging en/of behandeling op grond van een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum, of op grond van één der wettelijke regelingen;
 - van door de verzekeringnemer of de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen ingevolge één van de wettelijke regelingen anders dan de eigen bijdragen voor hulp zoals verzekerd op grond van deel B (omvang dekking) van deze verzekering en de eigen bijdrage voor de verstrekking niet-klinische psychiatrische hulp (psychotherapie) zoals bepaald in de AWBZ;
 - van kosten, die gemaakt zijn voor behandelingen of voorzieningen die hebben plaatsgevonden vóór de ingangsdatum van deze verzekering en ná de datum van beëindiging van deze verzekering. Dit geldt ook wanneer die kosten voortvloeien uit een oorzaak die tijdens de duur van deze verzekering is opgekomen;
 - voor hulp en begeleiding door personen of instellingen die zich bewegen op sociaal, maatschappelijk of onderwijskundig terrein;
 - voor behandelingen of voorzieningen waarvoor faciliteiten van overheidswege of vanuit de overheid gesubsidieerde voorzieningen bestaan;
 - indien de verzekerde geen recht heeft op AWBZ-verstrekking (zie polisblad) kan de verzekerde binnen de Topfit Polis geen aanspraak maken op deze AWBZ verstrekkingen;
- bij onjuiste of onvolledige verstrekking van informatie, met het doel de verzekeraar te misleiden teneinde een prestatie te verkrijgen waarop geen recht bestaat vervalt het recht op uitkering terzake volledig.

ARTIKEL 9 HERZIENING

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

ARTIKEL 10 DUUR EN BEËINDIGING

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

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

- 10.2 De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen op een door haar te bepalen tijdstip, indien:
- sprake is van de situatie als bedoeld in artikel 2.2;
 - de schorsing wegens wanbetaling zoals bedoeld in artikel 4.3 langer dan een aaneengesloten periode van drie maanden van kracht is geweest;
 - de verzekeringnemer en/of verzekerde door het verstrekken van onjuiste opgave en inlichtingen tracht de verzekeraar te bewegen tot het toekennen van vergoedingen waarop geen recht bestaat.

- 10.3 Op basis van de Wtz 1998 (Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen) kan recht ontstaan op een Standaard Pakket Polis. In dit geval is de verzekeraar gerechtigd, met ingang van de datum waarop dit recht ontstaat, de hoofdverzekering bij de verzekeraar voor de betreffende verzekerde te beëindigen en een Standaard Pakket Polis aan te bieden tegen de door de Minister van VWS vastgestelde premie en voorwaarden.
- 10.4 De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet langer Nederlands ingezetene is.
- 10.5 **Terugkeergarantie**
Onder de volgende voorwaarden heeft de verzekerde bij de overgang van een ONVZ ziekenfondsverzekering naar een ONVZ particuliere verzekering recht op nagenoeg dezelfde particuliere dekking tegen de actuele premie:
1. voor het ingaan van het ziekenfonds dient de verzekerde verzekerd te zijn geweest onder een ONVZ particuliere verzekering, en
 2. de dekking dient tijdens de looptijd van de ziekenfondsverzekering nagenoeg gelijkwaardig te zijn geweest aan de oorspronkelijke particuliere ONVZ verzekering, en
 3. de overgang moet binnen drie jaar, na beëindiging van de eerder genoemde particuliere verzekering plaatsvinden.
- In sommige gevallen is het invullen van een aanvraagformulier verplicht.

ARTIKEL 11 KINDEREN

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

ARTIKEL 12 GEZINS- EN ADRESWIJZIGINGEN

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

ARTIKEL 13 KLACHTENREGELING

Voor klachten of geschillen over deze verzekering kan men zich wenden tot:

- De directie van ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.
Postbus 392
3990 GD Houten
- U kunt zich ook wenden tot:
- De Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 93560
2509 AN 's-Gravenhage
telefoon: 070-333 89 99.

ARTIKEL 14 REGISTRATIE PERSOONLIJKE GEGEVENS

De persoonsgegevens ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van fraudebestrijding en activiteiten gericht op vergroting van het klantenbestand, worden verwerkt conform de Wet bescherming persoonsgegevens. De registratie is aangemeld uit hoofde van deze wet. De Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf is van toepassing.

ARTIKEL 15 TOEPASSELIJK RECHT

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.