

Deel B

Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Superfit 2009

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 bedragen. 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 Deel C 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 kosten van zorg verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar.

De kosten van de onderstaande 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 zorg
De zorg verleend door een orthoptist.
- lid 3 Chiropractie
De zorg verleend door een chiropractor.
- lid 4 Osteopathie
De zorg 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, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist, 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 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. 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. 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 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. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op 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 van bewakingsapparatuur.
- lid 3 Rolstoelen/Invalidenwagens
De kosten van in bruikleening 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 € 0,28 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 zorg (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen kan de zorg ook worden verleend door een erkend tandprotheticus).
- lid 3 Vergoed worden de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) voor verzekerden van 18 jaar en ouder verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen kan de zorg 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.
- lid 5 De kosten van het bleken van elementen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 11 Bijzondere behandelingen

- lid 1 Acné-behandeling
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 of laserbehandeling, 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/Refertilisatie
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 worden volledig vergoed.
- 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.
- het revalidatieprogramma Herstel & Balans, gericht op het verminderen van en het leren omgaan met (rest)klachten voor mensen met kanker, mits uitgevoerd door een instelling met een licentie van de stichting Herstel & Balans en 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. Uitsluitend zijn echter de kosten van een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever.
- lid 12 Pedicure bij diabetes mellitus
Vergoed worden de kosten van voetverzorging voor diabetici door een pedicure.
- lid 13 IVF
Vergoed worden de kosten van in vitro fertilisatiebehandelingen in een ziekenhuis.
- lid 14 Overgangsconsulent(e)
Vergoed worden de kosten van voorlichting, advies en zorg 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
Vergoed wordt de verschuldigde eigen bijdrage voor verblijf in een Ronald McDonalddhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeershuis, in geval van een behandeling van een meeverzekerd kind.
- lid 2 Verblijf gezinslid
De verzekeraar vergoedt de kosten van verblijf van een gezinslid van de verzekerde in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis gedurende de periode van opname van de verzekerde in het ziekenhuis vanwege een behandeling.
- lid 3 Verblijf in een hospice
De verzekeraar vergoedt de kosten van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis. Het verblijf moet geïndiceerd zijn door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist.
- 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 Huishoudelijke hulp in natura

Bij ontslag uit een ziekenhuis, na een opnameduur van minimaal 6 dagen, bestaat voor de verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp gedurende maximaal 6 weken. Deze hulp wordt geleverd door een door de verzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie, onder voorbehoud van beschikbaarheid. De hulp moet direct aansluiten op de ziekenhuisopname. Om in aanmerking te komen voor de huishoudelijke hulp moet zo spoedig mogelijk, 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 Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Superfit.

De huishoudelijke hulp 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 Vervangende mantelzorg

De kosten van vervangende mantelzorg bij vakantie van de mantelzorger(s) van een gehandicapte of chronisch zieke verzekerde gedurende maximaal 24 dagen per verzekerde per kalenderjaar. Deze zorg moet worden geleverd door Stichting Mantelzorgvervanging Nederland "Handen-in-Huis".

Artikel 15 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 de hier omschreven vergoeding kan onder bepaalde voorwaarden worden gekozen voor kinderopvang in natura (zie daarvoor Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Superfit).

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

Artikel 16 Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige zorg 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 bedrag; 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 bedragen.

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 bedrag; 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 bedragen.
- 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.

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 bedragen.

lid 3 Gedecclareerde 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 17 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 zorg voor rekening van de verzekeraar. ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer: 0031 (0)88 668 97 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 om 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 18 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:
- a. er een medische noodzaak voor de opname is in verband met specialistisch onderzoek of behandeling;
 - b. het één van de volgende specialismen betreft: chirurgie, gynaecologie, KNO, kaakchirurgie, orthopedie, oogheelkunde, urologie of plastische chirurgie;
 - c. 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.

- 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.
- 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 19 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 20 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 opnameopname 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;
 - begeleidt de Zorg Assistent de verzekerde bij ontslag;
 - 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:
- bij gebruik van de auto tot maximaal € 0,28 per gereden kilometer;
 - bij taxivervoer volledig, indien gebruik wordt gemaakt van een door de verzekeraar gecontracteerd taxibedrijf (zie Deel C 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 21 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, warmtestuwing, bevriezing, verbranding (tenzij als gevolg van de inwerking van stralen), veretsing en elektrische ontlading;
- f. uitputting, verhongering, verdorsting en zonnebrand als gevolg van een natuurramp;
- g. verstuijing, 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 nuclei pulposi).

- lid 2 Wat is verzekerd?
- sub 1 Verzekerde bedragen
Per ongeval keert de verzekeraar in geval van overlijden of bij 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:
- een ziekelijke toestand waarin de verzekerde verkeerde of van een geestelijke of lichamelijke afwijking;
 - een ziekelijke toestand die is veroorzaakt door besmetting met ziekteverwekkers, met uitzondering van hetgeen genoemd is in lid 1 sub 3 onder b.;
 - het (mede)plegen van een misdrijf door de verzekerde;
 - roekeloosheid, tenzij het een ongeval betrof bij een poging tot redding van een mens of dier;
 - misbruik van alcohol of gebruik van geneesmiddelen of van bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift;
 - zelfdoding of een poging daartoe;
 - een vechtpartij waaraan de verzekerde deelnam, tenzij hij kan aantonen dat het ongeval het gevolg is van rechtmatige zelfverdediging;
 - 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:
 - door een particuliere onderneming of staatsinstelling die bevoegd is tot exploitatie van een luchtvaartbedrijf;
 - door een onderneming ten behoeve van haar eigen bedrijf binnen Europa en Noord-Amerika;
 - het jagen op groot wild;
 - sportbeoefening waarvoor betaling wordt ontvangen;
 - de beoefening van sporten met een verhoogd ongevalrisico, zoals boksen, worstelen, ijshockey, rugby, bergsport, bobsleeën, parasailing, hanggliding, parachutespringen, ijszeilen, skispringen, skivliegen en figuurspringen;
 - voorbereidingen van en deelneming aan snelheidswedstrijden of recordritten, bijvoorbeeld met motorrijtuigen, skelters, te paard, per rijwiel of per motorboot;
 - het beroepsmatig werken met houtbewerkingmachines;
 - allergische reacties, anders dan door een gebeurtenis genoemd in lid 1 sub 3 onder b.;
 - 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 functieverlies 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.

