

Deel A

Algemene Voorwaarden

ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

NB: het is mogelijk dat u in dit artikel begrippen aantreft, die in onderdeel B, de dekkingsvoorwaarden, niet voorkomen aangezien bepaalde behandelingen of voorzieningen niet onder de dekking van uw verzekering vallen.

- 1.1 **Verzekeraar:** ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., gevestigd De Molen 66, 3995 AX Houten, Nederland.
- 1.2 **Hoofdverzekering:** de volledige verzekering tegen ziektekosten die is afgesloten bij de verzekeraar. Dit kan zowel een ziekenfondsverzekering als een particuliere verzekering zijn.
- 1.3 **Aanvullende verzekering:** een aanvullende verzekering tegen ziektekosten of tandartskosten die kan worden gesloten in aanvulling op de hoofdverzekering.
- 1.4 **Audiologisch centrum:** een door de bevoegde overheidsinstantie erkend audiologisch centrum.
- 1.5 **Bijkomende kosten:** de medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische of kaakchirurgische behandeling.
- 1.6 **Centrum voor klinisch genetisch onderzoek:** een door de bevoegde overheidsinstantie erkend centrum voor klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
- 1.7 **Collectieve verzekeringsovereenkomst:** de overeenkomst tussen de verzekeraar enerzijds en de contractant anderzijds, waarbij de contractant zich verbindt de in de collectieve verzekeringsovereenkomst genoemde personen bij de verzekeraar te verzekeren en waarin wederzijdse rechten en plichten van partijen zijn vastgelegd.
- 1.8 **Contractant:** de rechtspersoon die de collectieve verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
- 1.9 **Homeopathische preparaten:** in het Koninklijk Besluit Homeopathische Farmaceutische Producten opgenomen preparaten, zowel complexpreparaten als enkelvoudige preparaten, die op recept van een (homeopathisch) arts door een apotheker, apotheekhoudend arts of drogist worden geleverd. Uitzondering hierop zijn individueel bereide preparaten (magistrale receptuur).
- 1.10 **Kraaminrichting:** een in Nederland gelegen en door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende zorginstelling.
- 1.11 **Medisch adviseur:** de door de verzekeraar aangewezen arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

- 1.12 **Medische noodzaak:** de situatie waarbij aanspraak op zorg bestaat voorzover 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.
- 1.13 **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.
- 1.14 **Revalidatiezorg:** onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze hulp wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie erkende instelling voor revalidatie.
- 1.15 **Verzekerde:** degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is opgenomen.
- 1.16 **Verzekeringnemer:** degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
- 1.17 **Ziekenhuis:** een in Nederland gelegen en door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende inrichting, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.
- 1.18 **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.
- 1.19 **Zorgverleners:** de in deel B genoemde zorgverleners dienen te zijn ingeschreven in de door de Nederlandse overheid gehanteerde registers. Indien er van overheidswege geen register is, dient de zorgverlener ingeschreven te staan in het register van een erkende beroepsgroep. De hulp die wordt verleend, dient in de beroepsgroep als gebruikelijk te worden aanvaard en dient te worden berekend volgens de officiële tarieven.

ARTIKEL 2 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

- 2.1 Als grondslag van 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,
 - alsmede indien de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve overeenkomst, de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- Zij maken deel uit van de onderhavige verzekeringsovereenkomst.

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

ARTIKEL 3 VERPLICHTINGEN

3.1 De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

1. ziekenhuisopname zo spoedig mogelijk te melden aan de verzekeraar en de behandelend huisarts of specialist te machtigen de reden van de opname bekend te maken aan de medisch adviseur van de verzekeraar;
2. medewerking te verlenen aan de verzekeraar, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
3. medewerking te verlenen aan de verzekeraar bij het zoeken van verhaal van de schade;
4. de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. De nota's dienen zo gespecificeerd te zijn dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. Zij dienen opgesteld te zijn in de Nederlandse, Engelse, Duitse, Franse of Spaanse taal. Computernota's moeten door de hulpverlener gewaarmerkt zijn;
5. een verwijzing van de behandelend arts te overleggen, indien de verzekeraar hierom vraagt.

3.2 Niet nakomen van verplichtingen:

bij het niet nakomen van één of meer van de verplichtingen vermeld in artikel 3.1.1 tot en met 3.1.5 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 10.3 en de verzekeraar daar een beroep op doet.

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

ARTIKEL 5 EIGEN RISICO

NB: Voor zover uw polis geen eigen risico bevat, is deze bepaling niet van toepassing.

- 5.1 Het eigen risico is het voor rekening van de verzekeringnemer blijvende bedrag dat per polis per kalenderjaar bij vergoeding van de in deel B (omvang dekking) omschreven kosten voor rekening van de verzekeringnemer blijft. Indien de hoogte van het eigen risico afhankelijk is van het aantal op de polis verzekerde personen, dan is de stand van het aantal op de polis verzekerde personen per 1 januari van een kalenderjaar bepalend voor het eigen risico van het betreffende kalenderjaar.
- 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 geldt niet voor medisch noodzakelijke kosten als direct gevolg van een ongeval indien en voor zover de volgens deel B verzekerde kosten door de verzekeraar kunnen worden verhaald op een aansprakelijke derde.

ARTIKEL 6 ONDERVERZEKERING

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

ARTIKEL 7 NADERE REGELING VAN UITKERINGEN

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

ARTIKEL 8 GEEN AANSPRAAK OP VERGOEDING

- De (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.
- 8.1 Voorts bestaat geen aanspraak op vergoeding: van kosten ontstaan door of verband houdende met burgeroorlog, oorlog of daarmee in feite overeenkomende toestanden en de gevolgen van atoomkernreacties;
- 8.2 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;
- 8.3 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;
- 8.4 van kosten, die gemaakt zijn vóór de ingangsdatum van deze verzekering en van kosten gemaakt ná de datum van beëindiging van deze verzekering. Dit geldt ook wanneer die kosten voortvloeien uit een oorzaak die tijdens de duur van de verzekering is opgekomen.

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 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.
- De mogelijkheid tot beëindiging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van premies, voorwaarden en/of eigen risico, die voortvloeit uit wettelijke bepalingen.

ARTIKEL 10 DUUR EN BEÏNDIGING

- 10.1 De verzekering is aangegaan voor een periode als op het polisblad omschreven en wordt telkens stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd. Dit geldt niet als de verzekeringnemer ten minste 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.
- 10.2 Indien de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve verzekeringsovereenkomst, is de verzekering aangegaan voor een periode en onder de voorwaarden, zoals in de collectieve verzekeringsovereenkomst omschreven en wordt telkens stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd. Dit geldt niet als de contractant ten minste drie maanden vóór het verstrijken van de periode de verzekering schriftelijk bij de verzekeraar heeft opgezegd.
- Behoudens ingeval van een collectieve verzekeringsovereenkomst of een aanvullende verzekering treedt, met het aangaan van de verzekeringsovereenkomst tussen de verzekeringnemer en de verzekeraar, 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. Elke vorm van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst geldt als beëindiging van het lidmaatschap van de Vereniging.
- 10.3 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.

- 10.4 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.
- 10.5 De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet langer Nederlands ingezetene is.
- 10.6 Een aanvullende verzekering kan worden voortgezet door de verzekerde op het moment waarop de hoofdverzekering bij de verzekeraar wordt beëindigd.

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.
- 11.2 Voor kinderen in de leeftijd van 18 t/m 26 jaar, die op de polis van hun ouders zijn meeverzekerd en tevens onder de kinderbijslagregeling of studiefinanciering vallen, geldt nog de kinderpremie. Zodra zij de 27-jarige leeftijd hebben bereikt, is deze verzekering na 31 december van het jaar waarin de 27-jarige leeftijd wordt bereikt niet meer van kracht. Deze kinderen van 27 jaar hebben het recht zich aansluitend, zonder medische selectie, zelfstandig te verzekeren op een afzonderlijke polis, mits voor dezelfde dekking wordt gekozen.

ARTIKEL 12 GEZINS- EN ADRESWIJZIGINGEN

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

ARTIKEL 13 KLACHTENREGELING

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

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

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

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

ARTIKEL 14 REGISTRATIE PERSOONLIJKE GEGEVENS

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

ARTIKEL 15 VOORRANG COLLECTIEVE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

Bij strijdigheid tussen bepalingen van een eventuele aanwezige collectieve verzekeringsovereenkomst en deze overeenkomst is de bepaling van de collectieve verzekeringsovereenkomst van doorslaggevende betekenis.

ARTIKEL 16 TOEPASSELIJK RECHT

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Deel B

Omvang Dekking ONVZ Optifit Pakket

De dekking van het Optifit Pakket voor ziekenfonds-len (Studenten-)Standaardpakketverzekerden betreft een aanvulling op de dekking uit hoofde van de Ziekenfondswet/WTZ.

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

ARTIKEL 1 BEVALLING EN KRAAMZORG

Voor vrouwelijke verzekerden geldt de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- 1.1 Bij bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak:
 - een uitkering ten behoeve van kraamzorg van f 500,-.
- 1.2 Bij bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis:
 - de kosten van gebruik polikliniek;
 - een uitkering ten behoeve van kraamzorg van f 500,-;
 - de kosten van ziekenvervoer. Bij gebruik van eigen auto wordt in aanvulling op de vergoeding van de Ziekenfondswet een vergoeding van de kosten verleend tot maximaal f 0,45 per gereden kilometer.
- 1.3 Tevens heeft de aanstaande moeder recht op een kraampakket (zie deel C).

ARTIKEL 2 ARTS-FLEBOLOOG/PROCTOLOOG

De kosten van behandeling door een arts-fleboloog/proctoloog.

ARTIKEL 3 PARAMEDISCHE HULP

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

- 3.1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie
De kosten van hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut, heilgymnastmasseur of oefentherapeut Mensendieck/Cesar. De hulp moet in de beroepsgroep algemeen aanvaard zijn. Als aanspraak gemaakt kan worden op deze hulp op grond van de Regeling fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar zoals opgenomen in de Ziekenfondswet of het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particuliere verzekering wordt vergoed, kan geen aanspraak gemaakt worden op de hieromschreven dekking. Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist.

Vergoeding van de kosten van vervolggconsulten nadat het aantal van 24 consulten per indicatie (inclusief de consulten ten laste van de hoofdverzekering) is bereikt, vindt uitsluitend plaats na overlegging van een schriftelijke verklaring waaruit de medische noodzaak tot voortzetting van de behandeling blijkt. Dit staat ter beoordeling van de verzekeraar.

- 3.2 Chiropractie
De hulp verleend door een chiropractor. Deze hulp moet in de betreffende beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.
- 3.3 Acupunctuur
Acupunctuurbehandelingen uitgevoerd door een arts of fysiotherapeut, die als acupuncturist gediplomeerd is, of door een acupuncturist die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur.
- 3.4 Orthoptische hulp
Orthoptische hulp verleend door een orthoptist.

ARTIKEL 4 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Vergoed wordt de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage voor de AWBZ-verstrekking niet-klinische psychiatrische hulp (psychotherapie) tot een maximum van f 900,- per behandelreeks.

ARTIKEL 5 PSYCHOLOGISCHE HULP

50% van de kosten van psychologische hulp tot een maximale vergoeding van f 1000,- per verzekerde per kalenderjaar. Gedurende de gehele looptijd van de verzekering worden maximaal 75 behandelingen vergoed.

ARTIKEL 6 FARMACEUTISCHE ZORG

Het eigen risico is niet van toepassing op de kosten van farmaceutische zorg.

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

- a. de kosten van medicijnen, welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van de Ziekenfondswet of de Regeling farmaceutische zorg zoals vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Vergoeding vindt plaats tot een maximum van f 10.000,- per verzekerde per kalenderjaar;
- b. de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen, die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van de Regeling Farmaceutische Zorg ingevolge de Ziekenfondswet of de ZN-regeling Farmaceutische Zorg;
- c. de kosten van homeopathische preparaten;
- d. 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.

ARTIKEL 7 ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

De kosten van het consulteren van een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, zoals bijvoorbeeld een homeopathisch arts, een natuurarts, een antroposofisch arts, een arts Moermantherapie en een arts enzymtherapie. Vergoed wordt tot maximaal f 60,- per behandeling met een maximum van 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

ARTIKEL 8 VACCINATIES

50 % van de kosten van de navolgende vaccinaties wegens verblijf in het buitenland, tot een maximum van f 200,- per verzekerde per kalenderjaar, tegen: Hepatitis A en B; DTP; Gele koorts; Typhus; Cholera; Meningococcon.

ARTIKEL 9 THUISZORG

Huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis
Bij ontslag uit een algemeen ziekenhuis na een opnameduur van langer dan 5 dagen bestaat voor elke verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp tot een maximum van f 450,-. De hulp wordt geleverd door thuiszorgorganisaties die zijn gecontracteerd door de verzekeraar.

De hulp 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 deel C (diensten).

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

ARTIKEL 10 EIGEN BIJDRAGEN HULPMIDDELEN

10.1 Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde is verschuldigd ingevolge de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet of de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde Regeling Hulpmiddelen tot een gezamenlijk maximum van f 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Voor pruiken geldt de regeling als genoemd in lid 2. De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

10.2 De vergoeding voor de eigen bijdrage pruiken bedraagt maximaal f 250,-.

ARTIKEL 11 OVERIGE HULPMIDDELEN

11.1 Brillenglazen/Contactlenzen
De kosten van de glazen van een bril of een stel contactlenzen tot een maximum van f 40,- per glas/lens per kalenderjaar indien sprake is van 4,25 of meer dioptrieën enkelfocus en f 70,- per glas/lens indien sprake is van 4,25 of meer dioptrieën dubbelfocus.

11.2 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. De verzekeraar moet vooraf toestemming hebben verleend.

11.3 Rolstoelen/Invalidenwagens
De kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens als het gebruik medisch noodzakelijk is. Op deze vergoeding kan geen aanspraak gemaakt worden als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is. Dit staat eveneens ter beoordeling van de verzekeraar.

11.4 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.

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

11.6 Wekapparaten
De kosten van huur van plaswekkers (inclusief bandages) voor een periode van drie maanden per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering op voorschrift van de behandelend arts.

ARTIKEL 12 BIJZONDERE BEHANDELINGEN/THERAPIEËN

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

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

- 12.3 Elektrische epilatie
De kosten van elektrische epilatie, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. De verzekeraar moet vooraf toestemming hebben verleend.
- 12.4 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. De verzekeraar moet vooraf toestemming hebben verleend.
- 12.5 Podotherapie
De kosten van behandeling door een podotherapeut. Behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthonyxie.
- 12.6 Psoriasis-dagbehandeling
1. De kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra tot een maximum van f 1100,- per verzekerde per kalenderjaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. De verzekeraar moet vooraf toestemming hebben verleend;
 2. de reiskosten naar het psoriasisdagbehandelingscentrum tot een maximum van f 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Vergoeding van de reiskosten duurt, zolang de behandeling op grond van deze verzekering wordt vergoed. Vergoeding vindt plaats op basis van tarieven openbaar vervoer, 2e klasse.
- 12.7 Stottertherapie
1. Del Ferro-instituut: de kosten van behandeling in het Del Ferro-instituut tot een maximum van f 750,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering, De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. De verzekeraar moet vooraf toestemming hebben verleend;
 2. verblijfkosten Doetinchemse methode: de kosten van verblijf in het instituut, waar volgens de Doetinchemse methode stottertherapie wordt gegeven, tot een maximum van f 30,- per dag. Vergoeding van de verblijfkosten vindt plaats, zolang de kosten van behandeling krachtens deze verzekering worden vergoed.
- 12.8 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren
De verschuldigde eigen bijdrage van f 12,50 per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde. Het verblijf moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts.

ARTIKEL 13 RONALD McDONALD- OF FAMILIEHUIS

Vergoed wordt f 25,- per dag van de verschuldigde eigen bijdrage met een maximum van f 500,- 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 14 VERBLIJF GEZINSLID BIJ LEVERTRANSPLANTATIE

De verzekeraar vergoedt de verblijfkosten in het zusterhuis van het Academisch ziekenhuis Groningen van een gezinlid van de verzekerde gedurende het verblijf van de verzekerde in het Academische Ziekenhuis Groningen vanwege een levertransplantatie. De verzekeraar moet vooraf toestemming hebben verleend. Maximaal worden de volgende kosten vergoed:

- verblijf in het zusterhuis tot een maximum van f 55,- per dag gedurende de periode van opname van de getransplanteerde;
- de kosten van vervoer naar het zusterhuis op basis van openbaar vervoer, tweede klasse of vervoer per eigen auto tot een maximum van f 0,45 per kilometer.

ARTIKEL 15 ZIEKENVERVOER

Vergoed worden de volgende kosten welke verband houden met ziekenvervoer:

1. vergoeding van de eigen bijdragen;
2. bij gebruik van eigen auto wordt in aanvulling op de vergoeding uit hoofde van de Ziekenfondswet, een vergoeding van de kosten verleend tot maximaal f 0,45 per gereden kilometer;
3. vergoeding van vervoer per helikopter uitsluitend indien en voor zover er een medische noodzaak is voor vervoer per helikopter.

ARTIKEL 16 TANDHEELKUNDIGE HULP

- 16.1 Kaakorthopedie
Gebitsregulatie (orthodontie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd.
- 16.2 Algemene tandheelkunde
- a. Algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar:
 - verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen mag de hulp ook worden verleend door een erkend tandprotheticus);
 - de bijdrage aan een jeugdtandverzorgingsdienst.
 Vergoed worden deze kosten tezamen tot een maximum van f 750,- per verzekerde per kalenderjaar.

- b. Algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) voor verzekerden van 18 jaar en ouder:
de standaardtandartsdekking voor de Optifit-module is Tandplusmodule A. Indien de verzekerde een andere Tandplusmodule gekozen heeft, geldt de dekking van de gekozen module. De dekking van de verschillende Tandplusmodulen is weergegeven in Module Tandplus A/B/C, zoals opgenomen als bijlage bij deel B (omvang dekking).
Op het polisblad is aangegeven welke module is verzekerd.

ARTIKEL 17 BUITENLAND

Bij tijdelijk verblijf van maximaal 6 maanden aaneengesloten buiten Nederland van een verzekerde met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland, worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp (in aanvulling op de aanspraken uit hoofde van de Ziekenfondswet/WTZ-verzekering) vergoed. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een acute ziekte of een ongeval:

- 17.1 Binnen Europa en de landen die grenzen aan het Middellandse-Zeegebied:
- bij opname in een algemeen ziekenhuis:
 - de kosten van verpleging en behandeling in de verzekerde klasse tot maximaal 365 dagen per geval;
 - de kosten van ziekenvervoer per ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
 - de kosten van niet-klinische specialistische hulp (inclusief ziekenvervoer per ambulance);
 - huisartsenhulp.
- 17.2 Buiten Europa:
De dekking is gelijk aan het vermelde onder lid 1. Vergoeding vindt plaats tot ten hoogste 2x het bedrag van de kosten van een overeenkomstige behandeling in Nederland (bij ziekenhuisopname geldt als maatstaf de kosten welke het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein in rekening zou hebben gebracht voor de betreffende behandeling).
- 17.3 SOS International
In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met SOS International. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met SOS International.
- SOS International is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar onder telefoonnummer:
31-(0)20-6515151.

- 17.4 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 SOS International.

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

- 17.5 De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van SOS International 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.

MODULE TANDPLUS A/B/C

DEKKING TANDARTSKOSTEN voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Als de verzekerde in aanvulling op de vergoeding uit hoofde van zijn hoofdverzekering deze uitgebreide dekking op tandartskosten heeft afgesloten bestaat recht op de volgende vergoedingen. De algemene voorwaarden van verzekering zijn van toepassing op deze dekking. De kosten worden vergoed volgens officieel goedgekeurde en gangbare tarieven.

MODULE A

(Deze module behoort tot de standaarddekking van het Optifit-Pakket).

75% van de in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts, voor verzekerden van 18 jaar en ouder tot maximaal f 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

MODULE B

- 2.1 De in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts, voor verzekerden van 18 jaar en ouder tot maximaal f 750,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 2.2 Wanneer sprake is van een ongeval als omschreven in artikel 1.13 van deel A (Algemene voorwaarden) zijn bovendien nog verzekerd de extra tandarts- en techniekkosten inclusief de eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen tot een maximum van f 1000,- per verzekerde.
Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:
- de noodzaak van de behandeling is het rechtstreeks gevolg van het ongeval;
 - het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden binnen de looptijd van de verzekering;
 - het ongeval en de behandeling moeten binnen één maand na het ongeval zijn gemeld;
 - de kosten moeten zijn gemaakt binnen een jaar na het ongeval;
 - de verzekeraar moet vooraf goedkeuring verlenen.
- Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.

MODULE C

- 3.1 De in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts tot maximaal f 3000,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 3.2 Dezelfde dekking zoals omschreven bij Module B, artikel 2.2.

TANDHEELKUNDIGE KOSTEN GEMAAKT IN HET BUITENLAND

Voor de kosten van tandheelkundige hulp gemaakt in het buitenland zal vergoeding plaatsvinden binnen de in de Modulen A, B en C genoemde maximale bedragen. Hierbij geldt dat de kosten het gevolg moeten zijn van acute klachten ontstaan tijdens vakantie en/of zakenreizen en deze behandelingen om medische redenen niet uitgesteld konden worden.

Deel C Diensten

ONVZ ZorgServicebureau: van preventie tot nazorg

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

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

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

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

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

Preventie-cursussen

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

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

Vergoed worden de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, tot een maximum van f 50,- gedurende de looptijd van de verzekering. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.

Thuiszorg in natura

Huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis
De huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis zoals omschreven in deel B (omvang dekking) wordt geregeld door het ONVZ ZorgServicebureau. Voor informatie en aanmelding kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

Kraampakket

Aanstaande moeders hebben recht op een kraampakket. Met vragen over het kraampakket en de aanvraag van het pakket kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

Wachtlijstbemiddeling

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

Verhaalsbijstand bij letselschade 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 f 25.000,-. Het vaststellen en verhalen van schade aan voer- en vaartuigen of schade als gevolg van medische behandeling vormen geen onderdeel van deze service. Een geschillenregeling maakt tevens onderdeel uit van de voorwaarden. Een reglement met daarin alle voorwaarden voor het recht op verhaalsbijstand is op aanvraag verkrijgbaar bij het ONVZ ZorgServicebureau. Voor het regelen en aanvragen van deze verhaalsbijstand kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

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

0800-0221450