



Polisvoorwaarden 2011

Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen

Aanvullende verzekeringen
Tandheelkundige verzekeringen
OZF Wereld Zorgpolis

Waar alles om u draait.



Inhoudsopgave

Deel A - Verzekeringsvoorwaarden

Artikel

1. Begripsomschrijvingen
2. Totstandkoming, ingangsdatum, duur en einde van de verzekering
3. Premie
4. Verrekening
5. Aansprakelijkheid van derden en samenloop van verzekeringen
6. Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico
7. Wijziging van premie en/of voorwaarden
8. Fraude
9. Geldend maken van zorgaanspraken

Deel B - Vergoedingsvoorwaarden aanvullende verzekeringen AV Compact, AV Royaal, AV Top

Artikel

10. Algemeen
11. Adoptie-kraamzorg of medische screening bij adoptie
12. Alternatieve geneeswijzen
13. Bevalling en kraamzorg
14. Brillen, lenzen en oogchirurgie
15. Buitenland
16. Farmaceutische zorg
17. Fysiotherapie
18. Herstellingsoord
19. Herstel en Balans
20. Hospice
21. Huidbehandeling
22. Hulpmiddelen
23. Paramedische zorg (overig)
24. Leefstijlinterventies
25. Preventieve onderzoeken
26. Psoriasis dagbehandeling
27. Psychische hulpverlening
28. Specialistische zorg
29. Stottertherapie
30. Sportmedisch onderzoek en Sportarts
31. Therapeutische vakantiekampen
32. Verblijf en vervoer van partner/gezinsleden
33. Vervoer van zieken
34. Ziekenhuisbezoek

Deel C - Vergoedingsvoorwaarden tandheelkundige verzekeringen Tand Compact, Tand Royaal en AV Top

Artikel

35. Tandheelkunde

DEEL D - Aanvullende voorwaarden OZF Wereld Zorgpolis

Artikel

36. Algemeen
37. Kring der verzekerden

Deel A: Verzekeringsvoorwaarden

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden artikelen 1 t/m 22, die gelden voor de OZF Zorgpolis zijn, met uitzondering van artikel 4.1 eerste zin, ook van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Deze zijn hieronder beschreven.

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Hospice

Een instelling die specifiek is ingericht voor tijdelijke opvang van ongeneeslijk zieke patiënten in de laatste fase van hun leven en voor tijdelijke opvang van hun naasten.

Podotherapeut

Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

Wij/ons

OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zorgverzekeraar

Voor de uitvoering van de aanvullende verzekering is dat OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Artikel 2 Totstandkoming, ingangsdatum, duur en einde van de verzekering

2.1 Totstandkoming van de verzekering

2.1.1 Iedereen die recht heeft op de OZF Zorgpolis kan, op eigen verzoek, een aanvullende verzekering aanvragen. Aanmelding geschiedt door inzending van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier.

2.1.2 Wij kunnen een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren wanneer:

- U (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten.
- U zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de OZF Zorgpolis.
- Uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft.

2.1.3 Het is voor kinderen jonger dan 18 jaar niet mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan de laagste dekking van de aanvullende verzekering van tenminste één premiebetalende ouder of voogd.

2.2 Ingangsdatum en duur van de aanvullende verzekering

U kunt een al bij ons lopende verzekering uitbreiden met een aanvullende verzekering. Uitbreiding vindt alleen plaats per 1 januari en gaat in na schriftelijke bevestiging van ons. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden.

2.3 Einde van de aanvullende verzekering

2.3.1 U (verzekeringnemer) kunt de aanvullende verzekering beëindigen:

- Bij tussentijdse premieverhoging.
- Door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane en geëffectueerde opzegging is onherroepelijk.
- Door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering opzegt.



Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

- Met ingang van de dag waarop u de OZF Zorgpolis beëindigt.

Indien u wenst kan de aanvullende verzekering bij beëindiging van de OZF Zorgpolis echter worden gecontinueerd. De voortzetting geschiedt alleen op individuele basis. Dit betekent dat uw eventuele collectieve premiekorting komt te vervallen.

2.3.2 De verzekering eindigt:

- Op een door ons te bepalen tijdstip gelegen in de toekomst wanneer de verschuldigde bedragen binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning van ons nog niet zijn betaald. Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van de verzekerde(n) die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd.
- Met onmiddellijke ingang:
 - Wanneer u niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering.
 - Wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld, of omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn.
 - Bij aangetoonde fraude zoals beschreven in artikel 20 van de OZF Zorgpolis in welk geval OZF niet gebonden is aan enige opzegtermijn.

Artikel 3 Premie

3.1 Premievaststelling

Voor alle verzekerden is de premie verschuldigd die door OZF wordt vastgesteld. Voor kinderen onder de 18 jaar is geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekeringen (dit geldt nadrukkelijk niet voor de OZF Wereldzorgpolis) mits tenminste één ouder of voogd een Zorgpolis bij OZF heeft afgesloten. De maandpremie wordt berekend aan de hand van de situatie per de eerste van de betreffende maand.

Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd per de eerste van de maand volgend op de maand waarin deze leeftijd bereikt wordt.

Indien de dekking van een verzekerde onder de 18 jaar uitgebreider is dan de dekking van de ouder of voogd met de hoogste dekking, betalen zij het tarief van de premie in de leeftijdsklasse van 18-29 jaar. Dit geldt ook indien geen ouder of voogd verzekerd is.

3.2 Hoogte premie

De hoogte van de premie is afhankelijk van uw leeftijd. Indien uw premie hoger wordt doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand volgend op de maand waarin de overschrijding plaatsvindt. Indien u deelneemt aan een collectiviteit met een doorsneepremie is bovengenoemde premieaanpassing alleen van toepassing bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd.

3.3 Bedrag premie

De verschuldigde premie is de premie zoals deze op het polisblad staat vermeld.

3.4 Niet-tijdige betaling

In aanvulling op artikel 7.4.1 van de OZF Zorgpolis geldt dat de aanvullende verzekeringen beëindigd worden als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning van ons. De aanspraken vervallen dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand na het verstrijken van genoemde betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Wanneer de premieachterstand is voldaan, is het mogelijk dezelfde aanvullende verzekering(en) opnieuw af te sluiten. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan. Als de aanvraag akkoord is, wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten.

Artikel 4 Verrekening

De verzekerde is niet gerechtigd de verschuldigde premie of een andere schuld aan OZF te verrekenen met een van OZF te vorderen vergoeding, tenzij met vooraf verkregen schriftelijke toestemming van OZF.

OZF kan vorderingen en schulden van verzekerde voortvloeiend uit deze verzekering en de OZF Zorgpolis onderling verrekenen. Deze verrekening door OZF is ook van toepassing op incasso- en deurwaarderskosten.

Artikel 5 Aansprakelijkheid van derden en samenloop van verzekeringen

5.1 U kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op vergoedingen uit de aanvullende verzekering(en) die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt en die onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen.

Er volgt geen vergoeding vanuit de aanvullende verzekering ter compensatie van:

- Vanuit de OZF Zorgpolis verstrekte lagere vergoedingen in verband met het gebruik van niet gecontracteerde zorg.
- Kosten die met het eigen risico van de OZF Zorgpolis zijn verrekend.
- Wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij daar expliciet een dekking in de aanvullende verzekering voor is opgenomen.

5.2 Als u naast deze aanvullende verzekering(en) een reisverzekering heeft afgesloten en geneeskundige kosten maakt tijdens een reis waarvoor deze reisverzekering in beginsel dekking biedt, biedt de aanvullende verzekering voor die geneeskundige kosten geen vergoeding. De dekking van de aanvullende verzekering moet in geval van samenloop met de dekking van die andere verzekering geheel worden weggedacht. Deze vergoedingsuitsluiting is opgenomen in verband met een mogelijke excedentbepaling ter zake van geneeskundige kosten in de voorwaarden van de bedoelde reisverzekering. De vergoedingsuitsluiting geldt niet voor de geneeskundige kosten die bij deze reisverzekering niet zijn opgenomen in een lijst van geneeskundige kosten die vergoed worden.

De vergoedingsuitsluiting geldt ook niet wanneer vanwege toepassing van een eigen risico of een vergoedingsmaximum, geneeskundige kosten geheel of gedeeltelijk om die redenen niet onder de reisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Alleen in die situaties biedt de aanvullende verzekering vergoeding volgens de geldende polisvoorwaarden.

Artikel 6 Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

Het verplicht eigen risico en het vrijwillig gekozen eigen risico is alleen van toepassing op de OZF Zorgpolis en niet op de aanvullende verzekering.

Artikel 7 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 7.1** OZF heeft het recht de grondslag van de premie te wijzigen. Een dergelijke wijziging treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan u (verzekeringnemer) is meegedeeld.
- 7.2** De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop wij het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie hebben meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging.
- 7.3** De opzegging, bedoeld in artikel 7.2, gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
- 7.4** OZF heeft het recht de voorwaarden van de verzekering te wijzigen. Als een wijziging in de aanspraken c.q. vergoedingen ten nadele van u plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de verzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen (schriftelijk of per e-mail) met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U heeft hiervoor 30 dagen nadat de wijziging door ons is meegedeeld.
- 7.5** Wanneer een wijziging in de premie ontstaat door het overschrijden van een leeftijdsgrens kunt u deze wijziging niet weigeren.

Artikel 8 Fraude

Wij verrichten onderzoek naar de rechtmatigheid (is de prestatie door de zorgverlener daadwerkelijk geleverd) en doelmatigheid (is de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde) van ingediende declaraties overeenkomstig hetgeen daarover voor de OZF Zorgpolis is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 9 Geldend maken van zorgaanspraken

Artikel 22.2 van de OZF Zorgpolis is niet van toepassing op de aanvullende verzekering.

Deel B: Vergoedingsvoorwaarden

Aanvullende verzekeringen AV Compact, AV Royaal en AV Top

(alleen van toepassing indien deze dekking op uw polisblad is vermeld)

Artikel 10 Algemeen

- Deze verzekeringsovereenkomst omvat de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in geheel Nederland. Zie artikel 15 "Buitenland" voor aanspraken op zorg in het buitenland.
- Aanspraak bestaat op (gehele of gedeeltelijke vergoeding van kosten van) de noodzakelijke medische zorg zoals hierna omschreven.
- Bij een verwijzing dient de indicatie en zo mogelijk de voorgeschreven behandeling duidelijk te worden aangegeven.
- Op verzoek van OZF dient u de huisarts of specialist te machtigen de reden van opname aan OZF kenbaar te maken.

Artikel 11 Adoptie-kraamzorg of medische screening bij adoptie

Nadat één of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de zorgverzekering wettig zijn geadopteerd, bij ons zijn ingeschreven in de OZF Zorgpolis, vergoeden wij de kosten van:

- Adoptiekraamzorg door een hiervoor door ons gecontracteerd kraamcentrum of
- Medische screening (preventief onderzoek) bij een adoptiekind afkomstig uit het buitenland.

Een lijst met gecontracteerde kraamcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Bij kraamzorg moet het adoptiekind op het moment van adoptie jonger zijn dan 12 maanden en niet reeds deel uitmaken van het desbetreffende gezin.
- De medische screening moet worden uitgevoerd door een kinderarts.
- De medische screening moet een verplicht onderdeel van het adoptieproces vormen.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van medische screening van het adoptiekind, nadat de adoptie heeft plaatsgevonden.

AV Compact

adoptiekraamzorg: maximaal 3 uur per dag gedurende 3 dagen
 óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

AV Royaal / AV Top

adoptiekraamzorg: maximaal 3 uur per dag gedurende 3 dagen
 óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

Artikel 12 Alternatieve geneeswijzen

Wij vergoeden de kosten van consulten van alternatieve genezers of therapeuten.

Voorwaarden

- De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze kwaliteitseisen maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is wordt door ons beoordeeld.
- Het consult wordt gegeven op individuele basis.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is.
- Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.
- Wij vergoeden niet de kosten van werk- of schoolgerelateerde coaching.
- Wij vergoeden niet de kosten van kuren of reizen.
- Wij vergoeden niet de kosten van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten van afslankkuren.

AV Compact

maximaal € 40,- per dag tot maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

AV Royaal / AV Top

maximaal € 50,- per dag tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 13 Bevalling en kraamzorg

13.1 Poliklinische bevalling zonder medische indicatie in een ziekenhuis

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van de OZF Zorgpolis in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie geleid door een verloskundige of huisarts.

AV Compact

50% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage

AV Royaal / AV Top

100% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage

13.2 Bevalling in een geboortecentrum

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van de OZF Zorgpolis in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage bij een bevalling in een door ons gecontracteerd geboortecentrum geleid door een verloskundige of huisarts. Een lijst met gecontracteerde geboortecentra kunt u downloaden of bij ons opvragen.

AV Compact

100% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage

AV Royaal / AV Top

100% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage

13.3 Verlengde kraamzorg/vervangende kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van verlengde kraamzorg.

Voorwaarde

In geval van medische noodzaak - dit dient te blijken uit een medische verklaring - wordt kraamzorg vergoed gedurende ten hoogste vijf dagen, te rekenen met ingang van de elfde dag na de dag waarop de bevalling plaatsvond.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximum vergoeding per dag

bij kraamzorg via kraamcentrum € 200,-

13.4 Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een hiervoor door ons gecontracteerd kraamcentrum.

Een lijst met gecontracteerde kraamcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het door ons gecontracteerde kraamcentrum de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk acht.
- U ontvangt slechts een vergoeding als u gedurende de eerste tien dagen gerekend vanaf de dag waarop de bevalling plaatsvond nog geen kraamzorg heeft genoten.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximum vergoeding

bij kraamzorg via kraamcentrum € 300,-

13.5 Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde

U moet het kraampakket minimaal twee maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

AV Compact

100%

AV Royaal / AV Top

100%

13.6 Lactatiekundige zorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met borstvoedingsproblemen de kosten van hulp en advies door een lactatiekundige.

Voorwaarde

De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de beroepsvereniging NVL of in dienst zijn van een door ons gecontracteerd kraamcentrum.

Een lijst met gecontracteerde kraamcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

100% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar



Artikel 14 Brillen, lenzen en oogchirurgie

14.1 Brillen en lenzen

Wij vergoeden de kosten van contactlenzen op sterkte en brillen met glazen op sterkte mits geleverd door een opticien of optiekbedrijf.

AV Compact

maximaal € 100,-

per persoon per 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen

AV Royaal / AV Top

maximaal € 200,-

per persoon per 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen

Naast bovengenoemde vergoeding kunnen verzekerden met een aanvullende verzekering op vertoon van hun zorgpas bij Pearle Opticiens, Eye Wish Groeneveld en Specsavers gebruik maken van een kortingsregeling.

Een overzicht van de kortingen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U dient bij aanschaf van de bril of lenzen in de winkel aan te geven dat u van deze kortingsregeling gebruik wenst te maken.
- De vergoeding wordt door Pearle Opticiens, Eye Wish Groeneveld en Specsavers rechtstreeks met ons verrekend. Indien achteraf bij de ontvangst van de declaratie blijkt dat u géén recht heeft op de vergoeding van de aangeschafte bril of lenzen dan worden de kosten bij u teruggevorderd.

14.2 Oogchirurgie

Wij vergoeden de kosten voor oogchirurgie (laserbehandeling of contactlensimplantatie) ter vervanging van een bril of contactlenzen.

Voorwaarden

- U mag in een periode van zes maanden voorafgaande aan de laserbehandeling of contactlensimplantatie géén vergoeding van ons hebben ontvangen betreffende de aanschaf van een bril of contactlenzen.
- De aanspraak op vergoeding voor brillen en lenzen vervalt voor de duur van tien jaar gerekend vanaf de datum waarop de oogchirurgische behandeling heeft plaatsgevonden.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 500,- per oog voor de totale duur van de verzekering

Artikel 15 Buitenland

15.1 Spoedeisende zorg

De vergoeding van kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland wordt in het algemeen geregeld in de OZF Zorgpolis. Voor zover de kosten voor noodzakelijke medische zorg in acute gevallen tijdens verblijf van zes maanden of korter buiten het woonland niet worden vergoed uit hoofde van de OZF Zorgpolis biedt deze polis aanspraak op volledige vergoeding van het meerdere tot maximaal € 35.000,- per verzekerde per kalenderjaar. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- Behandeling door een huisarts of medisch specialist.
- Ziekenhuisopname en operatie.
- Door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen.
- Medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis.
- Tandheelkundige behandelingen tot 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- De zorg is verleend door lokaal erkende zorgverleners.
- Het verblijf in en/of de reis naar het buitenland had niet ten doel het ondergaan van de medische behandeling.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via Eurocross Assistance.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Tand Compact, Tand Royaal of AV Top dekking heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

AV Compact

100% tot maximaal € 35.000,- per kalenderjaar

bij aaneengesloten verblijf van maximaal 6 maanden

AV Royaal / AV Top

100% tot maximaal € 35.000,- per kalenderjaar

bij aaneengesloten verblijf van maximaal 6 maanden

15.2 Vervoerskosten bij zorgbemiddeling naar het buitenland

Wij vergoeden de kosten van vervoer vanuit Nederland bij ziekenhuisopname via onze zorgbemiddeling in een zorginstelling in België of Duitsland en van hieruit terug naar Nederland. Wij vergoeden de kosten van door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus), vervoer per eigen auto en openbaar vervoer.

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- Er moet sprake zijn van wachttijdverkorting.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak kunt maken. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 0900-2302340.

Informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure "Vervoer". Deze kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

AV Compact

gecontracteerd taxivervoer 100%

openbaar vervoer (laagste klasse) 100%

eigen vervoer € 0,27 per km

maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

AV Royaal / AV Top

gecontracteerd taxivervoer 100%

openbaar vervoer (laagste klasse) 100%

eigen vervoer € 0,27 per km

maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

15.3 Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden bij zorgbemiddeling naar het buitenland

Wanneer u vanuit Nederland voor zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling, vergoeden wij op grond van artikel 15.2 voor uw gezinsleden bij meer dan veertien verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de vijftiende verblijfsdag:

- De overnachtingskosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis.
- Een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- Uw gezinsleden dienen eveneens bij ons aanvullend verzekerd te zijn.

AV Compact

overnachtingskosten

maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen

vervoerskosten eigen auto

€ 0,27 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

AV Royaal / AV Top

overnachtingskosten

maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen

vervoerskosten eigen auto

€ 0,27 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

15.4 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de volgende ziekten bij een reis naar het buitenland:

- Malaria
- Difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP)
- Gele koorts
- Tyfus
- Cholera
- Rabiës (hondsdolheid)
- Früh Sommer Meningo Encephalitis (FSME)
- Hepatitis A/B

Bij een niet door ons gecontracteerde instelling geldt een eigen betaling. Een lijst met vestigingen van Meditel en de TravelClinics van Achmea Vitale kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Uitsluiting

Er is geen vergoeding indien de vaccinaties nodig zijn in verband met werk of stage in Nederland.

AV Compact

consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale 100%,
geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma 100%,
of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij andere zorgverleners 75%

AV Royaal / AV Top

consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale 100%,
geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma 100%,
of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij andere zorgverleners 75%

15.5 Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden de kosten van:

- Ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar een zorginstelling in Nederland.
- Vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland.

Voorwaarden

- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- De Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door Eurocross Assistance, moet vooraf toestemming hebben gegeven.

AV Compact

100%

AV Royaal / AV Top

100%

Zie artikel 16 van de OZF Zorgpolis voor overige beperkingen.

Artikel 16 Farmaceutische zorg

16.1 Alternatieve geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden

- De homeopathische geneesmiddelen en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een door ons gecontracteerde apotheekhoudende.

Een lijst met gecontracteerde apotheekhoudenden kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

AV Compact

maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

AV Royaal / AV Top

100%

16.2 Griepvaccinaties

Wij vergoeden de kosten van griepvaccinaties voor zover deze niet vallen onder het landelijke vaccinatieprogramma.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

100%

16.3 Eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

Wij vergoeden de eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van de OZF Zorgpolis.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar



16.4 Melatonine

Wij vergoeden melatonine tabletten.

Voorwaarde

De melatonine tabletten moeten zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts, of (kinder)neuroloog die verbonden is aan een door ons gecontracteerde instelling.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

100% bij levering via internetapotheek eFarma

óf maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar bij levering door overige gecontracteerde apotheekhoudende

16.5 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's).

Voorwaarden

- Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.
- Het anticonceptiemiddel moet worden afgeleverd door een door ons gecontracteerde apotheekhoudende.

Een lijst met gecontracteerde apotheekhoudenden kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

AV Compact

100%, geen vergoeding eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

AV Royaal / AV Top

100%, voor vergoeding eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS) zie artikel 16.3

Artikel 17 Fysiotherapie

17.1 Fysiotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfdrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde huidtherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde huidtherapeut. Een lijst met gecontracteerde huidtherapeuten kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Voor verzekerden die op grond van de OZF Zorgpolis aanspraak hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.

Op de aanspraak fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure "Paramedische Zorg" van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per zitting. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure "Paramedische Zorg".

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Bij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTF en DTO kan nooit aan huis plaatsvinden.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van individuele behandeling, indien u in aanmerking komt voor groepsbehandeling zoals omschreven in artikel 17.2.

AV Compact

tot 18 jaar: 100% bij behandeling door een door ons gecontracteerde zorgverlener. Maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener.

vanaf 18 jaar: maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar.

AV Royaal / AV Top

tot 18 jaar: 100% bij behandeling door een door ons gecontracteerde zorgverlener. Maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener.

vanaf 18 jaar: maximaal aantal behandelingen per persoon per kalenderjaar :
bij behandeling door een gecontracteerde zorgverlener 27
of bij behandeling door een niet gecontracteerde zorgverlener 12

17.2 Bewegprogramma's

Wij vergoeden de kosten van beweegprogramma's door een hiervoor door ons gecontracteerde fysiotherapeut en/of oefentherapeut. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. De vergoeding geldt voor verzekerden met obesitas (BMI >30), revaliderende verzekerden met voormalig hartfalen, patiënten met diabetes type 2, en patiënten met COPD in de stadia Gold 1 en 2 met een longwaarde van FEV1/VC > 60%.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

AV Compact

maximaal € 175,- per persoon per kalenderjaar

AV Royaal / AV Top

maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 18 Herstellingsoord

Wij vergoeden de kosten van opname in een door ons gecontracteerd herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg.

Een lijst met gecontracteerde herstellingsoorden kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

Wij moeten u schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 65,- per dag tot maximaal 60 dagen per kalenderjaar

Artikel 19 Herstel en Balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten uitgevoerd door instellingen onder de licentie van de Stichting Herstel en Balans.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

AV Compact

maximaal € 800,- per persoon per kalenderjaar

AV Royaal / AV Top

maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 20 Hospice

Wij vergoeden de kosten voor verblijf in een hospice in Nederland.

Voorwaarde

Wij moeten u schriftelijk toestemming hebben gegeven.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 1.050,- per persoon

Artikel 21 Huidbehandeling

21.1 Acnébehandeling

Wij vergoeden de kosten van een acnébehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist moet met de specialisatie 'Acné' geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).

Uitsluiting

Bij dezelfde indicatie kan geen aanspraak op vergoeding camouflagetherapie worden verkregen.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 350,- per persoon voor de totale duur van de verzekering

21.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden de kosten van camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

- De schoonheidsspecialist moet met de specialisatie 'Camouflage' geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).

Uitsluiting

Bij dezelfde indicatie kan geen aanspraak op vergoeding acnétherapie worden verkregen.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 350,- per persoon voor de totale duur van de verzekering

21.3 Epilatie behandeling

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden waarbij sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehandling de kosten van elektrische epilatie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut of laserepilatie door een huidtherapeut of erkende laserkliniek.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist moet met de specialisatie 'Elektrisch epilieren' geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 545,- per persoon voor de totale duur van de verzekering

Artikel 22 Hulpmiddelen

22.1 Eigen Bijdragen

22.1.1 Eigen bijdrage hoortoestellen

Wij vergoeden de eigen bijdrage van een hoortoestel.

Voorwaarden

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 53, hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 230,- per apparaat

22.1.2 Eigen bijdrage pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage van een pruik.

Voorwaarde

U moet recht hebben op vergoeding vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 53, hulpmiddelen).

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 200,-

22.2 Hoofdbedekking

Bij oncologische behandelingen kan ook voor een andere vorm van hoofdbedekking gekozen worden dan een pruik. Het gaat om een sjaal, mutsje, petje of bandana.

Voorwaarde

De hoofdbedekking dient te worden aangeschaft bij een door ons erkende specialzaak.

**AV Compact**

geen vergoeding

AV Royaal / AV Top

maximaal € 75,- per kalenderjaar

22.3 Plaswekker

Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van een plaswekker. Tevens vergoeden wij het bijbehorende broekje.

Voorwaarden

- Uitsluitend voor kinderen van 7 jaar of ouder.
- Wij moeten u schriftelijk toestemming hebben gegeven.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 90,- per persoon voor de totale duur van de verzekering

22.4 GeboorteTENS

Wij vergoeden de kosten van bruikleen van een GeboorteTENS voor pijnbestrijding tijdens de bevalling door een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts.

Voorwaarden

- De aanvraag van de apparatuur dient door uw verloskundige of als verloskundige actieve huisarts te worden ingediend bij de gecontracteerde leverancier.
- De apparatuur moet worden geleverd door een hiervoor door ons gecontracteerde leverancier en wordt tijdelijk aan u ter beschikking gesteld.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

100%

22.5 Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van een paar steunzolen.

Voorwaarde

De steunzolen moeten zijn geleverd door een leverancier die aangesloten is bij een Nederlandse beroepsvereniging van steunzolenleveranciers of voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

75% van één paar steunzolen per kalenderjaar tot maximaal € 150,-

22.6 Personenalarmering op medische indicatie**22.6.1 Alarmeringssysteem via Eurocross Assistance**

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via Eurocross Assistance.

Voorwaarde

U moet recht hebben op vergoeding van het persoonsalarmeringskastje vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 53, hulpmiddelen).

AV Compact

100%

AV Royaal / AV Top

100%

22.6.2 Alarmeringssysteem via een niet door ons gecontracteerde alarmcentrale

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via een niet door ons gecontracteerde alarmcentrale.

Voorwaarden

- U moet op grond van een medische indicatie recht hebben op vergoeding van de kosten van alarmeringsapparatuur vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 53, hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

AV Compact

maximaal € 35,- per kalenderjaar

AV Royaal / AV Top

maximaal € 35,- per kalenderjaar

22.7 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood**22.7.1 Bewakingsmonitor**

Wij vergoeden de kosten van huur van een bewakingsmonitor voor maximaal 12 maanden.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een kinderarts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

AV Compact

100%

AV Royaal / AV Top

100%

22.7.2 Sensormatje

Wij vergoeden de volledige aanschafkosten van het sensormatje van Nanny Care in eigendom.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een arts.
- U kunt hiervoor direct contact opnemen met Nanny Care.

AV Compact

100%

AV Royaal / AV Top

100%

22.8 Trans-therapie door neuromodulator (BioStim) en biofeedbackapparatuur (FemiScan)

Wij vergoeden de kosten van huur van de neuromodulator en van de biofeedbackapparatuur voor behandeling van incontinentie.

AV Compact

100%

AV Royaal / AV Top

100%

22.9 Plakstrips mamaprothese

Wij vergoeden de kosten van plakstrips voor de bevestiging van uitwendig te dragen mammaprothesen na borstamputatie.

AV Compact

100%

AV Royaal / AV Top

100%

22.10 Loophulpmiddelen

Wij vergoeden de volgende loophulpmiddelen: elleboogkrukken, loophulpen met 3 of 4 poten en looprekken.

Voorwaarden

- De loophulpmiddelen moeten worden geleverd door een hiervoor door ons gecontracteerde leverancier.

- De leverancier bepaalt of het loophulpmiddel definitief uw eigendom wordt of dat het hulpmiddel in bruikleen wordt gegeven. Bij bruikleen bent u een borgsom verschuldigd.

Een lijst met gecontracteerde leveranciers kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten die verband houden met het thuisbezorgen van een hulpmiddel.
- Wij vergoeden niet de kosten van normaal gebruik zoals bijvoorbeeld doppen bij krukken.

AV Compact

100%

AV Royaal / AV Top

100%

Artikel 23 Paramedische zorg (overig)

23.1 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De behandelend podoloog moet als Register-Podoloog B geregistreerd staan bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- De behandelend podoposturaal therapeut moet zijn aangesloten bij de beroepsvereniging Omni Podo Genootschap.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van schoenen en schoenaanpassingen.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

75% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

23.2 Pedicurezorg

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met reuma of diabetes.

Voorwaarden

- De pedicure moet in het bezit zijn van het certificaat 'Diabetische voet' en/of 'Reumatische voet'.
- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met diabetes of reuma.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

75% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

23.3 Bewegen in extra verwarmd water

Wij vergoeden voor verzekerden met reuma de kosten van oefentherapie in een zwembad met extra verwarmd water.

Voorwaarden

- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen, waaruit blijkt dat oefentherapie in extra verwarmd water nodig is in verband met reuma.
- De oefentherapie moet in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

23.4 Osteopathie

Wij vergoeden de kosten van osteopathie door een fysiotherapeut.

Voorwaarden

- In de periode waarin de behandelingen osteopathie worden verkregen, wordt geen vergoeding gegeven voor fysiotherapie met betrekking tot dezelfde indicatie.
- De fysiotherapeut moet zijn aangesloten bij een door ons erkende vereniging (NOF of NRO/NVO).

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar

maximaal € 40,- per dag

23.5 Chiropractie

Wij vergoeden de kosten van chiropractie.

Voorwaarde

De behandelaar moet aangesloten zijn bij een door ons erkende vereniging (NCA, DCF of SCN).

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal 24 behandelingen per kalenderjaar

maximaal € 35,- per dag

23.6 Shockwavetherapie

Wij vergoeden de kosten van shockwavetherapie.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van shockwavetherapie alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 24 Leefstijlinterventies

24.1 Dieetadviesing/voedingsvoorlichting

Wij vergoeden de kosten van:

- Dieetadviesing door een door ons gecontracteerde diëtist. Dieetadviesing omvat de voorlichting en adviesing op het gebied van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Voor verzekerden die op grond van de OZF Zorgpolis aanspraak hebben op dieetadviesing geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.



- Voedingsvoorlichting door een door ons gecontracteerde gewichtsconsulent of een door ons gecontracteerde diëtist. Voedingsvoorlichting omvat voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten zonder medisch doel.

Een lijst met gecontracteerde diëtisten en gewichtsconsulenten kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

24.2 (Preventieve) cursussen

Wij geven een tegemoetkoming in de kosten van de volgende preventieve cursussen:

- Afvallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling, één van de schriftelijke- en online programma's georganiseerd door Happy Weight of het programma "Slim Healthy Sportief Afslanken" georganiseerd door onze health Centers.
- Hartproblemen, cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling.
- Lymfoedeem, bewustwordings- en/of zelfmanagementcursus die ten doel heeft zelf een actieve bijdrage te leveren aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. De cursus moet worden georganiseerd door een daartoe bevoegde docent die de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) heeft gevolgd. Een lijst met bevoegde docenten kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, I quit smoking of een thuiszorginstelling, hiervoor door ons gecontracteerde lasertherapeuten bij Prostop Lasertherapie, Lasercentrum SMOKE FREE en Lasercentra Noord-Oost Nederland. Voor verzekerden die op grond van de OZF Zorgpolis aanspraak hebben op een stoppen met rokenprogramma geldt deze vergoeding niet.
- De 'Vrij van alcohol' training, georganiseerd door De Helderheid.
- Eerste hulp bij kinderongevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging of de internetcursus EHBO bij kinderen van Iedereen EHBO.
- EHBO, die opleidt tot het diploma 'Eerste Hulp' van het Rode Kruis of het certificaat 'Eerste Hulp' van het Rode Kruis georganiseerd door:
 - De plaatselijke EHBO-vereniging
 - Iedereen EHBO (internetcursus)
 - Het Rode Kruis
- Reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew, cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hun ziekte, georganiseerd door de reuma patiëntenbond of een thuiszorginstelling.
- Diabetes type 2 patiënten, basis of vervolg educatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling.
- Basis Reanimatiecursus via de Nederlandse Hartstichting.
- Slaaptherapie, georganiseerd door Somnio. Deze online slaapcursus biedt online professioneel advies en praktische oplossingen om beter te slapen.

Wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

Voorwaarde

U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

AV Compact

75% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

AV Royaal / AV Top

75% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 25 Preventieve onderzoeken

Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of medisch specialist ten behoeve van de vroege opsporing van:

- Baarmoederhalskanker (uitstrijkje)
- Borstkanker
- Hart- en vaatziekten
- Prostaatkanker

Voorwaarden

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een door ons gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkzaam is. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van bevolkingsonderzoek, waarvoor niet de noodzakelijke vergunning is afgegeven. Een dergelijke vergunning is noodzakelijk bij bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en prostaatkanker.

AV Compact

100%

AV Royaal / AV Top

100%

Artikel 26 Psoriasis dagbehandeling

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis in een door ons gecontracteerd psoriasisdagbehandelingscentrum. Een lijst met gecontracteerde psoriasisdagbehandelingscentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasisdagbehandelingscentrum overleggen.
- Het psoriasisdagbehandelingscentrum moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

AV Compact

maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar

AV Royaal / AV Top

maximaal € 1.250,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 27 Psychische hulpverlening

27.1 Hoogduin, Schaap en Kladler

Wij vergoeden de kosten van een aantal trajecten zoals die zijn overeengekomen met Hoogduin, Schaap en Kladler, een landelijk opererende organisatie, gespecialiseerd in onderzoek en behandeling van psychische problematiek.

Voorwaarde

Er kan binnen een algemeen aanvaardbare termijn door de reguliere zorg geen passende zorg worden verleend.

Uitsluiting

Arbeidsgerelateerde aandoeningen van werknemers die zijn aangesloten bij een collectief contract vallen niet onder de dekking van deze polisvoorwaarden.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

gecontracteerd: 100%

27.2 Aanvullende eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden, als aanvulling op de vergoeding op grond van artikel 34 van de OZF Zorgpolis, de kosten van extra zittingen eerstelijnspsychologische zorg. Er geldt een eigen bijdrage van € 10,- per zitting.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog of orthopedagoog-generalist vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

AV Compact

4 zittingen per persoon per kalenderjaar

AV Royaal / AV Top

8 zittingen per persoon per kalenderjaar

Artikel 28 Specialistische zorg**28.1 Sterilisatie**

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in:

- De praktijk van een huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde.
- Een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling).

De behandeling moet worden uitgevoerd door een hiertoe bevoegde huisarts of een hiervoor door ons gecontracteerde medisch specialist.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

100%

28.2 Plastische chirurgie/Cosmetische chirurgie**28.2.1 Correctie van bovenoogleden (met medische indicatie)**

Wij vergoeden de kosten van plastisch chirurgische correctie van bovenoogleden wanneer er sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde zorgverlener.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

AV Compact

100%

AV Royaal / AV Top

100%

28.2.2 Correctie van de oorstand (zonder medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Voorwaarden

Een correctie van de oorstand moet worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

AV Compact

100% voor kinderen tot 18 jaar

AV Royaal / AV Top

100% voor kinderen tot 18 jaar

Artikel 29 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- Volgens de methode van het Del Ferro instituut te Amsterdam.
- Volgens de Hausdörfermethode van het Instituut Natuurlijk Spreken te Barchem.
- Volgens de BOMA-methode in het instituut 'De Pauw' te Harlingen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of tandarts.

AV Compact

maximaal € 225,- per persoon voor de totale duur van de verzekering

AV Royaal / AV Top

maximaal € 500,- per persoon voor de totale duur van de verzekering

Artikel 30 Sportmedisch onderzoek en Sportarts**30.1 Sportmedisch onderzoek**

Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek in een Sport Medische Instelling.

Voorwaarde

De Sport Medische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek die wordt uitgevoerd door een sportarts ter beoordeling van de individuele gezondheid en geschiktheid van de verzekerde om een specifieke sport uit te oefenen of om toegelaten te worden tot een sportopleiding.

AV Compact

Sportmedisch onderzoek, per persoon 1x per 2 kalenderjaren:

Basis: maximaal € 85,-

Basis Plus: maximaal € 100,-

Groot: maximaal € 135,-

AV Royaal / AV Top

Sportmedisch onderzoek, per persoon 1x per 2 kalenderjaren:

Basis: maximaal € 85,-

Basis Plus: maximaal € 100,-

Groot: maximaal € 135,-



30.2 Sportarts

Wij vergoeden de kosten van een blessure- of herhalingsconsult door een sportarts in een Sport Medische Instelling.

Voorwaarde

De Sport Medische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

AV Compact

100% maximaal 2x per persoon per kalenderjaar

AV Royaal / AV Top

100% maximaal 2x per persoon per kalenderjaar

Artikel 31 Therapeutische vakantiecampen

31.1 Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen

Wij vergoeden voor kinderen tot 18 jaar de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door:

- Stichting Gezond Gewicht (Dikke Vrienden kamp)
- Stichting de Luchtballon
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp)
- Nederlandse Hartstichting (Hartenark)

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

31.2 Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 32 Verblijf en vervoer van partner/gezinsleden

32.1 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Wij vergoeden de kosten van overnachting in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis, wanneer u een poliklinische behandelcyclus ondergaat.

AV Compact

maximaal € 35,- per dag

AV Royaal / AV Top

maximaal € 35,- per dag

32.2 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

Wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt, vergoeden wij bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- De kosten van overnachting van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis.
- Een kilometervergoeding van € 0,27 per kilometer voor de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis.
- De kosten van openbaar vervoer (laagste klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis.

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- Uw gezinsleden dienen eveneens bij ons aanvullend verzekerd te zijn.

Uitsluiting

Wij vergoeden deze kosten niet bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

AV Compact

maximaal € 35,- per dag

tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen

AV Royaal / AV Top

maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen

Artikel 33 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van zittend ziekenvervoer wanneer en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is. De vergoeding geldt voor verzekerden die geen recht hebben op vergoeding van vervoer vanuit de OZF Zorgpolis. Wij vergoeden de kosten van taxivervoer of eigen vervoer per auto zowel naar als van:

- Een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname en ontslag.
- Een orthopedische instrumentmakerij voor het aanpassen van een prothese.
- Een inrichting waarin u ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Bij taxivervoer door een niet door ons gecontracteerde vervoerder ontvangt u slechts een gedeeltelijke vergoeding. Wilt u weten welke taxivervoerders wij gecontracteerd hebben, neemt u dan contact op met onze Vervoerslijn, telefoonnummer 0900-2302340.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak kunt maken.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die vanuit de OZF Zorgpolis, de AWBZ of de aanvullende verzekering wordt vergoed.
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer per rit bedragen, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

Informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure "Vervoer". Deze kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

AV Compact

geen vergoeding

AV Royaal / AV Top

eigen vervoer € 0,27 per km

taxivervoer gecontracteerd 100%, niet gecontracteerd maximaal € 0,70 per km openbaar vervoer (2e klasse) 100%

Eigen bijdrage € 92,- per persoon per kalenderjaar. Deze betaling is niet verschuldigd indien het maximum van de wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer op basis van de OZF Zorgpolis is bereikt.

Maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

**Artikel 34 Ziekenhuisbezoek**

Wij vergoeden maximaal 3 bezoeken per kalenderweek aan een tot het gezin behorende OZF-verzekerde die is opgenomen in een in Nederland gelegen ziekenhuis of erkende revalidatie-instelling. De eerste 80 km per bezoek blijven voor eigen rekening van de verzekerde.

Voorwaarde

Uw gezinsleden dienen eveneens bij ons aanvullend verzekerd te zijn.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal / AV Top

vergoeding € 0,27 per km ongeacht de wijze van vervoer

Uitsluiting

Geen vergoeding voor de eigen bijdrage voor prothesen op implantaten (zie art. 63.2 OZF Zorgpolis).

Tand Compact

geen dekking

Tand Royaal / AV Top

100%

35.3 Tandheelkundige zorg - kronen, bruggen, inlays en implantaten

Wij vergoeden aan verzekerden de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief de techniekkosten.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of een kaakchirurg.

Uitsluiting

De kosten voor een kroon, brug, enz. mogen niet over meerdere nota's worden verdeeld.

Tand Compact

geen dekking

Tand Royaal / AV Top

80% tot maximaal € 725,- per persoon per kalenderjaar (ongeacht leeftijd)

Deel C: Vergoedingsvoorwaarden**Tandheelkundige verzekeringen Tand Compact, Tand Royaal en AV Top**

(alleen van toepassing indien deze dekking op uw polisblad is vermeld en mits er sprake is van een gesaneerd gebit)

Artikel 35 Tandheeskunde**35.1 Mondhygiëne en gewone tandheelkundige hulp**

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of een door ons gecontracteerde tandprotheticus. De zorgaanbieder moet bevoegd zijn voor het uitvoeren van de behandeling en gebruik maken van de landelijke codering binnen de Mondzorg ongeacht de wijze van declareren.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde tandprotheticus vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde tandprotheticus. Een lijst met gecontracteerde tandprotheticici en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde tandprotheticici kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende codes:

- C70 en C75 (keuringsrapporten) en C90 (niet nagekomen afspraak).
- E97, E98 en E00 (uitwendig bleken van tanden en kiezen).
- G71, G72 en G73 (Mandibulair Repositie Apparaat (MRA)).
- D-codes (orthodontie m.u.v. artikel 35.4).
- M60 (mondbeschermer).
- Tandheelkundige behandelingen uitgevoerd door een tandtechnicus.
- Z-codes (abonnementen).

Tand Compact

C-codes, M-codes, V-codes en H-codes 100%

overige codes 75%

totale vergoeding is maximaal € 225,- per persoon per kalenderjaar

Tand Royaal / AV Top

C-codes, M-codes, V-codes en H-codes 100%

overige codes 80%

geen maximum vergoeding per persoon per kalenderjaar

35.2 Tandheelkundige zorg - prothesen

Wij vergoeden de kosten van de op basis van de OZF Zorgpolis in rekening gebrachte eigen bijdrage bij tandheelkundige prothesen.

35.4 Orthodontie

Wij vergoeden aan verzekerden tot 22 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een orthodontist of door een tandarts.

Uitsluitingen

- In geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid, vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging van die voorziening.
- Wij vergoeden niet de kosten van een mondbeschermer.

Tand Compact

geen dekking

Tand Royaal / AV Top

80% tot maximaal € 2.000,-

voor de totale duur van de verzekering tot de 22 jarige leeftijd

Deel D: Aanvullende voorwaarden OZF Wereld Zorgpolis

(alleen van toepassing indien deze dekking op uw polisblad is vermeld)

Artikel 36 Algemeen

De voorwaarden van de OZF Zorgpolis zijn van toepassing op verzekerden met de OZF Wereld Zorgpolis, met dien verstande dat er geen sprake is van een wettelijke polis. Verwijzingen naar wetteksten, besluiten en regelingen kennen derhalve geen wettelijk kader.

Artikel 37 Kring der verzekerden

Waar in de OZF Zorgpolis sprake is van een verzekeringsplicht geldt deze niet voor de OZF Wereld Zorgpolis. De kring der verzekerden bestaat uit een ieder die door OZF wordt geaccepteerd voor de OZF Wereld Zorgpolis. OZF behoudt zich het recht voor verzekerden op grond van (medische) selectie te weigeren.

□ P L

D E A C +

T P R F U E C

E Z F D L + U O E

P E D Z L O N E E L + M

L O P E E F O T A D + M E U O W

O L G A P F E T R O K U N H C F E R N C O H

H Y A C S I E T C H E N E A P P E K A T I P E

W E R T E R E N D I J K T O N E D E L

U N D E R



Voor vragen
T (074) 789 0 789
www.ozf.nl