

# 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 erfelijkheidsadvisering.
- 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.
- 2.3 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.

### ARTIKEL 3 VERPLICHTINGEN

- 3.1 De verzekeringnemer 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. de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
  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 premie wordt vastgesteld aan de hand van de tariefstructuur. De premies (inclusief de wettelijke bijdragen) dienen bij vooruitbetaling te worden voldaan.
- 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 binnen de door de verzekeraar aangegeven termijn terugbetalen.

De verplichting tot het terugbetalen van deze bedragen maakt onderdeel uit van deze overeenkomst. De bedragen worden verrekend zoals omschreven in artikel 7. Als verrekening niet mogelijk is, ontvangt de verzekeringnemer een nota.

- 4.3 Indien de verzekeringnemer niet binnen een termijn van 30 dagen na de vervaldatum voldoet aan de verplichting tot betaling van de in lid 4.1 en/of 4.2 genoemde bedragen, kan de verzekeraar schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen.

Bij de aanmaning tot betaling wordt meegedeeld dat bij het niet voldoen binnen deze termijn, de dekking die voortvloeit uit de verzekeringsovereenkomst niet geldt vanaf de vervaldatum.

De verzekeringnemer blijft verplicht de vordering te voldoen.

Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle hieraan verbonden gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten 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.

- 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 Eigen risico is het als eigen risico geldende bedrag dat per polis per kalenderjaar bij vergoeding van de in deel B (omvang dekking) omschreven verzekerde 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 is overeengekomen, telt ten hoogste dit maximumbedrag voor het eigen risico mee.
- 5.4 Bij schorsing of (tussentijdse) beëindiging van de verzekering vindt geen restitutie of vermindering van het eigen risico plaats.
- 5.5 Het eigen risico is niet van toepassing op farmaceutische zorg.

- 5.6 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 voorgesloten. 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 voorgesloten als gevolg van rechtstreekse betaling aan de zorgverlener.

#### **ARTIKEL 8 GEEN AANSPRAAK OP VERGOEDING**

Geen aanspraak op vergoeding bestaat:

- 8.1 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 voortvloeiën 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 met ingang van een datum die door de verzekeraar wordt bepaald.
- 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 schriftelijke kennisgeving van de herziening per aangetekend schrijven aan de verzekeraar meldt.

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 BEËINDIGING**

- 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 per aangetekend schrijven aan 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 per aangetekend schrijven aan 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 niet het recht de verzekering te beëindigen. Dit kan alleen op een door haar te bepalen tijdstip in gevallen als bedoeld in artikel 2.2 en 10.4 en als de schorsing wegens wanbetaling zoals bedoeld in artikel 4.3 langer dan een aaneengesloten periode van drie maanden van kracht is geweest.

- 10.4 Op basis van de Wet Toegang 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 BEREIKEN 27-JARIGE LEEFTIJD**

Voor kinderen, die tijdens de duur van de verzekering de 27-jarige leeftijd bereiken, is deze verzekering na 31 december van het jaar waarin de 27-jarige leeftijd wordt bereikt niet meer van kracht. Zij hebben het recht zich aansluitend zonder selectie zelfstandig te verzekeren op een afzonderlijke polis tegen de premie conform de bij de polis behorende premiestructuur.

#### **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**

- 13.1 Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 13.2 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
- en/of tot de volgende klachteninstanties:
- Ombudsman Zorgverzekeringen  
Postbus 93560  
2509 AN 's-Gravenhage;
  - Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf  
Postbus 93560  
2509 AN 's-Gravenhage.

#### **ARTIKEL 14 WET PERSOONSREGISTRATIES**

De verstrekte persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de persoonsregistratie van de verzekeraar. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing. Aanmelding van deze registratie bij de Registratiekamer heeft plaatsgevonden. Een afschrift van het formulier van aanmelding is ter inzage bij de verzekeraar.

#### **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.

## Deel B

# Omvang dekking

De polisvoorwaarden van de ONVZ Hockeyfit Polis gelden uitsluitend zolang sprake is van een geldig KNHB-lidmaatschap van een van de gezinsleden van de verzekeringnemer.

Beëindiging van het KNHB-lidmaatschap moet direct aan de verzekeraar worden gemeld. De verzekeringnemer kan in dat geval voor de op dat moment op de polis verzekerde personen, ongeacht hun gezondheidstoestand, tegen op dat moment geldende tarieven een nieuwe verzekering met een gelijkwaardige dekking bij de verzekeraar afsluiten.

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde medische behandelingen door zorgverleners en andere genoemde medische kosten volgens officieel goedgekeurde tarieven. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een medische noodzaak. Het eventueel door de verzekerde gekozen eigen risico wordt op de vergoeding in mindering gebracht.

### ARTIKEL 1 HUISARTS

Behandeling door de huisarts, te weten:

- het honorarium;
- de in verband met deze behandeling gemaakte kosten van laboratoriumonderzoeken en röntgenfoto's.

### ARTIKEL 2 ZIEKENHUIS

- 2.1 Opname van langer dan 24 uur in de verzekerde klasse van een ziekenhuis als er een medische noodzaak voor dit verblijf is in verband met specialistisch onderzoek of behandeling:
- de verpleegkosten gedurende onbeperkte tijd;
  - de honoraria van de specialisten;
  - de bijkomende kosten, zoals de kosten van gebruik van de operatiekamer, narcose- en verbandmiddelen, medicijnen, laboratoriumonderzoeken, röntgendoorlichting, röntgenfoto's, bestralingen en fysiotherapie.
- 2.2 Gezonde zuigeling  
Als de moeder voor behandeling in het ziekenhuis verblijft, bestaat recht op uitkering voor de opname van een gezonde zuigeling ten behoeve van de borstvoeding. Vergoeding vindt plaats zolang er voor de moeder recht op uitkering bestaat.
- 2.3 Besmettelijke ziekten  
Voor verpleging wegens een besmettelijke ziekte als genoemd in de 'Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken' bestaat recht op uitkering. Een medische noodzaak is hiervoor geen vereiste.

- 2.4 Compensatie klasseverzekerden  
Als de verzekerde wordt opgenomen op basis van klasse 3 in een ziekenhuis terwijl hij/zij voor een hogere klasse verzekerd is, vergoedt de verzekeraar een bedrag van f 50,- per verpleegdag.

### ARTIKEL 3 SPECIALISTISCHE HULP

- 3.1 Specialistische hulp zonder opname (niet-klinische specialistische hulp):
- het honorarium van een op advies van de huisarts geraadpleegde specialist, met inachtneming van een eigen bijdrage van f 100,- per polis per kalenderjaar;
  - de in verband met de specialistische hulp gemaakte kosten, zoals kosten van dagverpleging, gebruik van de behandelkamer of polikliniek, narcose, laboratoriumonderzoek, röntgenfoto's, röntgen-, radium- en andere radio-actieve bestralingen.
- 3.2 Second opinion  
De kosten voor het raadplegen van een andere specialist of tandarts (second opinion), na verwijzing door de huisarts, behandelend tandarts of specialist.

### ARTIKEL 4 SPECIFIEKE BEHANDELINGEN

- 4.1 Arts-fleboloog/proctoloog  
De kosten van behandeling door een arts-fleboloog/proctoloog.
- 4.2 Audiologische hulp  
De kosten van audiologische hulp, verleend door een audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.
- 4.3 Beenmergonderzoek  
De kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.
- 4.4 Dermatologische nachtbehandeling  
De kosten van dermatologische nachtbehandeling.
- 4.5 Erfelijkheidsonderzoek  
De kosten van erfelijkheidsonderzoek door een centrum voor klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.  
Hiervoor is een medische noodzaak vereist.

- 4.6 In vitro fertilisatie  
De kosten van maximaal 3 in vitro fertilisatiebehandelingen in een vergunninghoudend ziekenhuis gedurende de gehele looptijd van de verzekering onder de volgende voorwaarden:
- er dient sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie;
  - de verzekeraar moet vooraf toestemming hebben gegeven. Bij het verlenen van deze toestemming kunnen door de verzekeraar nadere voorwaarden worden gesteld.
- 4.7 Nierdialyse  
De kosten van behandeling met een kunstnier, zowel klinisch, poliklinisch als bij de verzekerde thuis.
- 4.8 Orgaantransplantatie
1. De kosten van orgaantransplantatie onder de volgende voorwaarden:
    - de behandeling vindt plaats in een door de overheid voor deze verrichtingen erkende instelling en;
    - voor de behandeling zijn officieel goedgekeurde tarieven vastgesteld.
  2. De kosten van de donor in verband met orgaantransplantatie, te weten:
    - de kosten van opname in een ziekenhuis op basis van de klasse, zoals hij/zij elders verzekerd is;
    - de kosten van medische behandeling gedurende maximaal 3 maanden na ontslag uit het ziekenhuis. Deze behandeling moet verband houden met de orgaantransplantatie. Op de uitkering wordt geen eigen risicobedrag in mindering gebracht.
  3. Verblijf Prinses Margriethuis  
Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar wordt vergoeding verleend voor de kosten van verblijf in het Prinses Margriethuis te Groningen als het verblijf aansluit op een levertransplantatie in het Academisch Ziekenhuis Groningen.  
De verzekerde en een verzorger ontvangen een vergoeding tot een maximum van f 72,- per dag gedurende maximaal 28 dagen.
- 4.9 Sterilisatie, Abortus  
De medische kosten, verbonden aan deze ingrepen. De kosten, verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.
- 4.10 Weefseltyperingen  
De kosten van weefseltyperingen, zoals die door Euro-transplant in rekening worden gebracht.

## ARTIKEL 5 BEVALLING EN KRAAMZORG

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

- 5.1 Bij bevalling in een ziekenhuis, indien en zolang een medische noodzaak aanwezig is:
- de verpleegkosten;
  - de kosten van verloskundige en andere medische hulp, alsmede de bijkomende kosten.

Verlaat de moeder het ziekenhuis binnen 8 dagen, te rekenen met ingang van de dag van bevalling, dan bestaat voor elke dag dat zij minder dan 8 dagen in het ziekenhuis verblijft recht op een uitkering van f 187,50 (maximaal f 1500,-).

Uitgangspunt voor de vergoeding is het aantal door het ziekenhuis in rekening gebrachte dagen.

- 5.2 Bij bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis:
- het honorarium voor verloskundige hulp in rekening gebracht door specialist, huisarts of verloskundige;
  - de kosten van gebruik polikliniek.
- Als tegemoetkoming in de kosten voor kraamzorg ontvangt de moeder f 187,50 per dag gedurende maximaal 8 dagen (maximaal f 1500,-).
- 5.3 Indien na een bevalling, als genoemd onder lid 2, binnen 8 dagen alsnog een medische noodzaak voor ziekenhuisopname ontstaat, dan bestaat vanaf dat tijdstip recht op vergoeding zoals vermeld in lid 1.
- 5.4 In plaats van de uitkering van maximaal f 1500,- voor kraamzorg of het bedrag dat overblijft na ziekenhuisopname, kan gekozen worden voor de kraamzorg in natura.
- De aanvraagprocedure voor deze kraamzorg wordt omschreven in deel C (diensten).
- 5.5 Tevens heeft de aanstaande moeder recht op een kraampakket. Zie deel C voor de aanvraag van dit kraampakket.

## ARTIKEL 6 PARAMEDISCHE HULP

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

- 6.1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie  
De kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen moeten zijn voorgeschreven door de huisarts of specialist, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie is geïndiceerd. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar op voorschrift van huisarts of specialist.  
Indien en voorzover geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen oefentherapie Mensendieck/oefentherapie Cesar of 9 behandelingen kinderfysiotherapie. Hiervoor is voorafgaande toestemming van de verzekeraar noodzakelijk.

De verzekerde heeft recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen wanneer een indicatie voor fysiotherapie of oefentherapie Mensendieck/Cesar bestaat in verband met een chronische aandoening. De chronische aandoening moet voorkomen op de uniforme lijst van aandoeningen, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Voor deze behandelingen is vooraf toestemming vereist van de verzekeraar.

- 6.2 Chiropractie  
De hulp verleend door een chiropractor. De hulp moet in de betreffende beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.
- 6.3 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.
- 6.4 Logopedische behandeling en orthoptische hulp  
Logopedische hulp en orthoptische hulp verleend door een logopedist respectievelijk orthoptist.

#### ARTIKEL 7 FARMACEUTISCHE ZORG

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

- 7.1 Farmaceutische zorg omvat de navolgende middelen:
- geregistreerde geneesmiddelen die overeenkomstig de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland afgeleverd mogen worden;
  - andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd. Hieronder worden niet begrepen geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
  - bloedproducten die krachtens de Wet inzake Bloedtransfusie zijn toegelaten;
  - dieetpreparaten bestemd voor medische toepassing, zoals omschreven in de Regeling Dieetpreparaten die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Hiervoor is vooraf toestemming van de verzekeraar vereist. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden. De Regeling Dieetpreparaten maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar;
  - verbandmiddelen voorzover nodig bij de medische behandeling van ernstige aandoeningen waarbij langdurige behandeling noodzakelijk is.

- 7.2 Vergoed worden de kosten van farmaceutische zorg, zoals omschreven in de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde Regeling Farmaceutische Zorg. De zorg moet worden geleverd op voorschrift van een (huis)arts, specialist, tandarts of verloskundige door een in Nederland gevestigde apotheek, apotheekhoudend huisarts of drogisterij. Op grond van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem worden de kosten tot de vastgestelde limietprijs vergoed. De Regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

#### ARTIKEL 8 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 per behandeling het officieel goedgekeurde basisconsulttarief voor een huisarts met een maximum van 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

#### ARTIKEL 9 PREVENTIEVE HULP

- 9.1 De kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten, maximaal 1 keer per 2 jaar.
- 9.2 De kosten van baarmoederhals- en borstkankeronderzoek.

#### ARTIKEL 10 EXTRA PREVENTIEVE HULP

- 10.1 Naast de vergoeding voor algemene tandheelkundige hulp zoals omschreven in artikel 15 kan de verzekerde eenmalig gedurende de looptijd van de verzekering aanspraak maken op een gebitsbeschermer. Deze gebitsbeschermer is aan te vragen bij het ONVZ ZorgServicebureau of bij de tandarts.
- 10.2 De verzekerde ontvangt op aanvraag, eenmalig gedurende de looptijd van de verzekering, een set scheenbeschermers.

Voor meer informatie en voor het aanvragen van de gebitsbeschermer en/of de scheenbeschermers kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

Op deze vergoedingen is het eventueel gekozen eigen risico niet van toepassing.

## ARTIKEL 11 REVALIDATIEZORG

- 11.1 De kosten van medisch noodzakelijke vormen van revalidatiezorg in een instelling die door de daarvoor bevoegde overheidsinstantie erkend is. Op voorschrift van de behandelend arts komen de volgende vormen van revalidatie voor vergoeding in aanmerking:
- revalidatiezorg in een klinische situatie (opneming);
  - revalidatiezorg in een poliklinische situatie (deeltijd of dagbehandeling).
- 11.2 De kosten van hart- en longrevalidatie.

## ARTIKEL 12 THUISZORG

### Thuisverpleging

Ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijke opname in een ziekenhuis bestaat recht op vergoeding van de kosten (volgens gangbare tarieven) van verpleging door een verpleegkundige bij de verzekerde thuis:

- voor maximaal 10 uur per etmaal gedurende maximaal 100 etmalen per kalenderjaar per verzekerde;
- na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.

Thuisverpleging kan geregeld worden door het ONVZ ZorgServicebureau. Nadere informatie over deze dienstverlening 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 13 HULPMIDDELEN

De kosten van aanschaf of bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen onder de volgende voorwaarden:

- het betreffende hulpmiddel is voorgeschreven door de behandelend arts;
- het betreffende hulpmiddel is opgenomen in de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde Regeling Hulpmiddelen;

Vergoed worden de kosten tot de in de Regeling Hulpmiddelen vastgestelde maximumbedragen. De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

## ARTIKEL 14 ZIEKENVERVOER

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer naar en van het dichtstbijzijnde ziekenhuis of kraaminrichting, alsmede naar en van de instelling waar een behandeling plaatsvindt. Onder medisch noodzakelijk ziekenvervoer wordt verstaan:

1. ambulance;
2. taxi;

3. eigen vervoer per auto, waarbij de hoogte van de vergoeding is gebaseerd op een bedrag van f 0,40 per gereden kilometer.

De kosten van het vervoer dienen verband te houden met de volgende medische behandelingen, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen:

- a. opname ziekenhuis (art. 2.1);
- b. niet-klinische specialistische hulp (art. 3.1);
- c. nierdialyse (art. 4.7);
- d. behandeling kraaminrichting (art. 5.1/5.2);
- e. revalidatiezorg (art. 11).

## ARTIKEL 15 TANDHEELKUNDIGE HULP

### 15.1 Kaakchirurgie

Kaakchirurgische behandeling door een tandarts-specialist voor mondziekten en kaakchirurgie.

### 15.2 Tandheelkundige implantaten

Tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdende met het inbrengen daarvan in de kaak, onder de volgende voorwaarden:

- de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg;
- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandenloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese;
- de voorgestelde behandeling is doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd;
- na voorafgaande toestemming van de verzekeraar. Vergoed worden uitsluitend het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de suprastructuur op implantaten en de (overkappings)prothese.

### 15.3 Kaakorthopedie

- a. Gebitsregulatie (orthodontie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Vergoed wordt tot maximaal f 3000,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de verzekering.
- b. Kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts in de volgende gevallen:
  - een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis);
  - een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) behoort te worden gecorrigeerd en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is;
  - een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lichamelijke ontwikkelingsstoornis (dysostosis cleido cranialis), waarbij één van de symptomen een teveel aan gebitselementen met vertraagde of verstoorde doorbraak is.



- 15.4 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 wordt 75 % van 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, verleend door een tandarts:
- Vergoed wordt 75% van de kosten van algemene tandheelkunde tot een maximum van f 500,- per verzekerde per kalenderjaar.
- c. Tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening of een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend indien:
- de behandeling plaatsvindt in een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum en
  - de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
  - de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelingsplan, te voren toestemming heeft gegeven.
- De verzekeraar kan hierbij nadere voorwaarden stellen.

#### ARTIKEL 16 GEEN AANSPRAAK OP VERGOEDING

Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor de volgende kosten:

- 16.1 de kosten van psychologische hulp, keuringen, afgeven van attesten, celtherapie en van vaccinaties in het algemeen;
- 16.2 de kosten van plastische of reconstructieve chirurgie. In geval van verminkingen ontstaan door een ongeval of ziekte of bij direct bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijkingen bestaat wel recht op vergoeding van bovengenoemde chirurgie.

#### ARTIKEL 17 BUITENLAND

Bij tijdelijk verblijf in het buitenland worden de onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed. De vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een acute ziekte of een ongeval.

- 17.1 Binnen Europa:
- a. bij opnemering 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;
- b. de kosten van niet-klinische specialistische hulp (inclusief ziekenvervoer per ambulance);
- c. 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 opnemering: het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein).
- 17.3 SOS International
- In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met SOS International. Hij/zij moet daarbij het polisnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.
- Voor advies over geneeskundige hulp in 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 de hulp van SOS International in te roepen. Hij/zij moet daarbij het polisnummer 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 medisch adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname en/of de repatriëring.

## **EXTRA DEKKING TANDARTSKOSTEN voor volwassen verzekerden**

In plaats van de tandartskostendekking, zoals omschreven in artikel 15.4.b van deze verzekering (algemene tandheelkundige hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder) kan de verzekerde ook pakket B of C voor tandartskosten afsluiten. De dekking van de pakketten B en C wordt in het onderstaande omschreven.

De kosten worden vergoed volgens officieel goedgekeurde en gangbare tarieven.

Afhankelijk van de gekozen dekking gelden de volgende uitkeringen:

### **PAKKET B**

- 1.1 De in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts tot maximaal f 750,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 1.2 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 rechtstreekse gevolg van het ongeval;
  - het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden binnen de looptijd van de verzekering;
  - het ongeval en de behandeling moeten binnen één maand 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.

### **PAKKET C**

- 2.1 De in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts tot maximaal f 2500,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 2.2 Dezelfde dekking zoals omschreven bij Pakket B, artikel 1.2.

### **TANDHEELKUNDIGE KOSTEN GEMAAKT IN HET BUITENLAND**

Voor de kosten van tandheelkundige hulp gemaakt in het buitenland zal vergoeding plaatsvinden tot het in de Pakketten B en C genoemde maximale bedrag. 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.

### Kraamzorg in natura

Voor informatie over de kraamzorg en aanmelding van kraamzorg in natura, zoals beschreven in deel B (omvang dekking), kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau. Indien de verzekerde een keuze maakt voor kraamzorg in natura, regelt het ONVZ ZorgServicebureau de kraamzorg in natura bij een erkende, door de verzekeraar gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste vier maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd.

### Kraampakket

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

### Thuiszorg in natura

#### Thuisverpleging

De verzekerde kan, onder dezelfde voorwaarden als voor thuisverpleging zoals genoemd in deel B (omvang dekking), terecht bij het ONVZ ZorgServicebureau voor ziekenhuis verkortende of vervangende thuiszorg in natura. Het ONVZ ZorgServicebureau regelt deze thuiszorg bij een erkende, door de verzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie.

Voor informatie en aanmelding 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 bij 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**

**Maandpremietabel 2000**

ONVZ HOCKEYFIT POLIS Leeftijd van de oudste verzekerde op 1 januari van het betreffende kalenderjaar	KLASSE 3 Eigen risico per polis per kalenderjaar					
	f 0,-	f 250,-	f 500,-	f 1.000,-	f 1.500,-	f 2.000,-
t/m 27 jaar	139,-	129,-	119,-	106,-	94,-	88,-
28 t/m 34	148,-	141,-	131,-	118,-	106,-	99,-
35 t/m 39	158,-	151,-	143,-	131,-	119,-	111,-
40 t/m 44	173,-	165,-	157,-	147,-	136,-	128,-
45 jaar en ouder	191,-	182,-	175,-	164,-	156,-	148,-
Kinderen (max 2) *	64,-	64,-	64,-	64,-	64,-	64,-

Klassetoeslag per verzekerde per maand:	- klasse 2b	f 51,-
	- klasse 2a	f 65,-
Toeslag bij aanvullende tandarts-pakketten: (per verzekerde per maand)	- Pakket B	f 9,-
	- Pakket C	f 18,-
Premietoeslag bij toetreding met een leeftijd van: (geldt alleen voor de betreffende verzekerde)	- 45 t/m 49 jaar	10 %
	- 50 jaar of ouder	25 %
Betalingstermijnkorting:	- maand	0 %
	- kwartaal	2 %
	- halfjaar	4 %
	- jaar	6 %
Korting indien verzekeringnemer woonachtig is in één van de volgende regio's (eerste 2 cijfers postcode): 16-18, 59-64, 74-99:		5 %

De premies zijn gebaseerd op de per 1 januari van het betreffende kalenderjaar bereikte leeftijd van de oudste verzekerde. Indien een tabel-leeftijdsgrens is overschreden, dan wordt de premie aangepast aan het niveau dat bij die leeftijdscategorie hoort.

Indien slechts één persoon op de polis verzekerd is, geldt 50 % van het eigen risico per polis. Voor de bepaling van de hoogte van het eigen risico is het aantal op de polis aanwezige personen, zoals door verzekeraar geadmistreerd, bij aanvang van de verzekering en vervolgens het aantal per 1 januari van enig jaar bepalend.

De hierboven genoemde premies zijn exclusief de wettelijke bijdragen. Zie voor deze bedragen uw polisblad.

- \* Er behoeft voor maximaal 2 kinderen onder de 18 jaar premie betaald te worden. Voor kinderen van 18 t/m 26 jaar die onder de kinderbijslagregeling of studiefinanciering vallen geldt de kinderpremie, indien zij op de polis van de ouders zijn meeverzekerd.