

Deel A

Algemene Voorwaarden ONVZ Topfit Pakket

ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

- 1.1 **Verzekeraar:** ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., gevestigd De Molen 66, 3995 AX Houten, Nederland.
- 1.2 **Behandelaar:** een in Nederland gevestigde geneeskundige, paramedicus of psycholoog. De behandelaar dient ingeschreven te zijn in het officiële register bestemd voor desbetreffende beroepsgroep of bij een erkende beroepsorganisatie.
- 1.3 **Bijkomende kosten:** de medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische of kaakchirurgische behandeling.
- 1.4 **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.
- 1.5 **Tandarts:** een in Nederland gevestigde tandarts. De tandarts dient ingeschreven te zijn in het door de Nederlandse overheid gehanteerde register.
- 1.6 **Verzekerde:** degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is opgenomen.
- 1.7 **Verzekeringnemer:** degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
- 1.8 **Ziekenhuis:** een in Nederland gelegen en door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende inrichting, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.
- 1.9 **Ziekenvervoer:** vervoer binnen Nederland dat om medische redenen met een ander dan een openbaar vervoermiddel plaatsvindt. Dit vervoer vindt plaats vanwege een medisch onderzoek of een medische behandeling. De vergoeding bij gebruik van eigen auto is gelijk aan de belastingvrije forfaitaire kilometerprijs voor zakelijke autoritten.

ARTIKEL 2 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

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

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

ARTIKEL 3 VERPLICHTINGEN

- 3.1 De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:
1. ziekenhuisopname zo spoedig mogelijk te melden aan de verzekeraar en de behandelend huisarts of specialist te machtigen de reden van de opname bekend te maken aan de medisch adviseur van de verzekeraar;
 2. medewerking te verlenen aan de verzekeraar, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
 3. medewerking te verlenen aan de verzekeraar bij het zoeken van verhaal van de schade en geen regeling te treffen met een derde waarbij het verhaalsrecht van de verzekeraar aangetast zou kunnen worden.
 4. de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. De nota's dienen zo gespecificeerd te zijn dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. Zij dienen opgesteld te zijn in de Nederlandse, Engelse, Duitse, Franse of Spaanse taal. Computernota's moeten door de hulpverlener gewaarmerkt zijn.
- 3.2 Bij het niet nakomen van één of meer van de verplichtingen vermeld onder artikel 3.1.1 tot en met 3.1.4 hoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

ARTIKEL 4 BETALING EN SCHORSING

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

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

De dekking wordt weer van kracht op de dag volgende op die waarop de verzekeraar het totale verschuldigde bedrag heeft ontvangen, tenzij sprake is van een situatie zoals bedoeld in artikel 9.2 en de verzekeraar daar een beroep op doet.

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

ARTIKEL 5 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 6 NADERE REGELING VAN UITKERINGEN

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

ARTIKEL 7 GEEN AANSPRAAK OP VERGOEDING

Geen aanspraak op vergoeding bestaat:

- 7.1 van kosten ontstaan door of verband houdende met burgeroorlog, oorlog of daarmee in feite overeenkomende toestanden en de gevolgen van atoomkernreacties;
- 7.2 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;
- 7.3 van kosten, die gemaakt zijn voor behandelingen of voorzieningen die hebben plaatsgevonden vóór de ingangsdatum van deze verzekering en ná de datum van beëindiging van deze verzekering. Dit geldt ook wanneer die kosten voortvloeien uit een oorzaak die tijdens de duur van deze verzekering is opgekomen;
- 7.4 van door de verzekeringnemer of de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen ingevolge één van de wettelijke regelingen anders dan de eigen bijdragen voor hulp zoals verzekerd op grond van deel B (omvang dekking) van deze verzekering en de eigen bijdrage psychotherapie;
- 7.5 voor hulp en begeleiding door personen of instellingen die zich bewegen op sociaal, maatschappelijk of onderwijskundig terrein;
- 7.6 voor behandelingen of voorzieningen waarvoor faciliteiten van overheidswege of vanuit de overheid gesubsidieerde voorzieningen bestaan.
- 7.7 Indien de verzekerde geen recht heeft op AWBZ-verstrekking (zie polisblad) kan de verzekerde binnen de Topfitmodule geen aanspraak maken op deze AWBZ-verstrekkings.
- 7.8 De intentie van de ONVZ Topfit Pakket voor Ziekenfonds-(Studenten)Standaard Pakketverzekerden is om alle ziektekosten te vergoeden in aanvulling op de dekking uit hoofde van de Ziekenfonds- en (Studenten)Standaardpakket verzekering. Echter de (kosten van) behandelingen of voorzieningen die naar maatschappelijke opvattingen als excessief worden aangemerkt worden niet vergoed. Declaraties die niet thuishoren binnen een ziektekostenverzekering of waarvan in redelijkheid van een ziektekostenverzekeraar niet verlangd kan worden dat de verzekeraar deze vergoedt, komen niet voor vergoeding in aanmerking. De kosten van behandeling in een privé-kliniek komen niet voor vergoeding in aanmerking.

ARTIKEL 8 HERZIENING

- 8.1 De verzekeraar heeft het recht de premies, de voorwaarden van verzekering en het bedrag van het eigen risico en bloc of groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening treedt in werking op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip.
- 8.2 Een herziening door de verzekeraar als bedoeld in artikel 8.1 kan verband houden met een maatregel van overheidswege waarbij de van overheidswege bekostigde vergoedingen worden verminderd of beëindigd en waardoor meer kosten ingevolge deze polis ten laste van de verzekeraar komen. In een dergelijk geval treedt de herziening door de verzekeraar in werking met ingang van de datum van inwerkingtreding van genoemde maatregel.
- 8.3 In geval van herziening van premies, voorwaarden en/of het eigen risicobedrag ten nadele van de verzekeringnemer is hij gerechtigd de overeenkomst per de in artikel 8.1 bedoelde datum te beëindigen. Voorwaarde is dat hij dit binnen 30 dagen na de datum van schriftelijke kennisgeving van de herziening schriftelijk aan de verzekeraar mededeelt. De mogelijkheid tot beëindiging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van premies, voorwaarden, voorwaarden en/of eigen risico, die voortvloeit uit wettelijke bepalingen.

ARTIKEL 9 DUUR EN BEËINDIGING

- 9.1 De verzekering is aangegaan voor een periode van één jaar en wordt telkens stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd. Dit geldt niet als de verzekeringnemer ten minste drie maanden vóór het verstrijken van de periode de verzekering schriftelijk bij de verzekeraar heeft opgezegd of van zijn recht zoals bepaald in artikel 9 gebruik heeft gemaakt.
- 9.2 De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen op een door haar te bepalen tijdstip, indien:
- sprake is van de situatie als bedoeld in artikel 2.2;
 - de schorsing wegens wanbetaling zoals bedoeld in artikel 4.3 langer dan een aaneengesloten periode van drie maanden van kracht is geweest;
 - de verzekeringnemer en/of verzekerde door het verstrekken van onjuiste opgave en inlichtingen tracht de verzekeraar te bewegen tot het toekennen van vergoedingen waarop geen recht bestaat.
- 9.3 De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze ophoudt Nederlands ingezetene te zijn.

ARTIKEL 10 KINDEREN

- 10.1 Voor een kind dat wordt geboren tijdens de duur van deze verzekering, bestaat onmiddellijk na de geboorte recht op medeverzekering op deze polis. Het kind moet wel binnen drie maanden na de geboorte ter verzekering worden aangemeld. Er hoeft voor maximaal 2 kinderen onder de 18 jaar premie betaald te worden.
- 10.2 Voor kinderen in de leeftijd van 18 t/m 26 jaar, die op de polis van hun ouders zijn meeverzekerd en tevens onder de kinderbijslagregeling of studiefinanciering vallen, geldt nog de kinderpremie. Zodra zij de 27-jarige leeftijd hebben bereikt, is deze verzekering na 31 december van het jaar waarin de 27-jarige leeftijd wordt bereikt niet meer van kracht. Deze kinderen van 27 jaar hebben het recht zich aansluitend, zonder medische selectie, zelfstandig te verzekeren op een afzonderlijke polis, mits voor dezelfde dekking wordt gekozen.
- 10.3 Terugkeergarantie
Onder de volgende voorwaarden heeft de verzekerde bij overgang van een ONVZ ziekenfondsverzekering naar een ONVZ particuliere verzekering recht op de oorspronkelijke particuliere dekking tegen de actuele premie:
1. voor het ingaan van het ziekenfonds dient verzekerde verzekerd te zijn geweest onder een ONVZ particuliere verzekering, en
 2. de dekking dient tijdens de looptijd van de ziekenfondsverzekering gelijkwaardig te zijn geweest aan de oorspronkelijke particuliere ONVZ verzekering, en
 3. de overgang moet binnen drie jaar plaatsvinden.

ARTIKEL 11 GEZINS- EN ADRESWIJZIGINGEN

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

ARTIKEL 12 KLACHTENREGELING

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

- De directie van ONVZ Ziekttekostenverzekeraar N.V.
Postbus 392
3990 GD Houten

U kunt zich ook wenden tot:

- De Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 93560
2509 AN 's-Gravenhage
telefoon: 070-333 89 99.

ARTIKEL 13 REGISTRATIE PERSOONLIJKE GEGEVENS

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

ARTIKEL 14 TOEPASSELIJK RECHT

Op deze verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Deel B

Omvang Dekking ONVZ Topfit Pakket

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

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde medische behandelingen door zorgverleners en andere genoemde medische kosten volgens officieel goedgekeurde en gangbare tarieven.

ARTIKEL 1 ALGEMENE DEKKING

De kosten van geneeskundige, paramedische, psychologische en/of preventieve hulp door een behandelaar en de normaliter met de hulp samenhangende bijkomende kosten.

ARTIKEL 2 BEVALLING EN KRAAMZORG

Vrouwelijke verzekerden hebben na bevalling recht op een uitkering ten behoeve van kraamzorg van € 454,-. Bij een bevalling in een ziekenhuis (ook zonder medische noodzaak) in een kraaminrichting of polikliniek worden de kosten van gebruik van de polikliniek vergoed.

Naast deze verzekerde kosten heeft de aanstaande moeder recht op een kraampakket (zie deel C).

ARTIKEL 3 THUISSHULP

Huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis
Bij ontslag uit een algemeen ziekenhuis na een opnameduur van langer dan 5 dagen bestaat voor elke verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp tot een maximum van € 454,-. De hulp wordt geleverd door thuiszorgorganisaties die zijn gecontracteerd door de verzekeraar. De hulp moet direct aansluiten op de ziekenhuisopname en strekt zich uit over een periode van maximaal 6 weken.

Om in aanmerking te komen voor de huishoudelijke hulp moet zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk op de dag van ontslag, een aanvraag worden gedaan bij het ONVZ ZorgServicebureau.

Nadere informatie over huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis wordt omschreven in deel C (diensten).

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

ARTIKEL 4 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Vergoed wordt de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage voor de AWBZ-verstrekking niet-klinische psychiatrische hulp (psychotherapie).

ARTIKEL 5 HULPMIDDELEN

Volledige vergoeding van de kosten van hulpmiddelen en de eigen bijdragen die zijn opgenomen in de Regeling Hulpmiddelen vindt plaats voor zover de vergoeding aanvullend is op de dekking van de aanwezige Ziekenfonds/WTZ- verzekering. De hulpmiddelen moeten zijn opgenomen in de Regeling Hulpmiddelen van de verzekeraar. De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

Volledige vergoeding van de kosten van versterkende brillenglazen of contactlenzen.

ARTIKEL 6 ZIEKENVERVOER

In aanvulling op de vergoeding uit hoofde van de Ziekenfondswet worden de kosten van ziekenvervoer en de eigen bijdragen verband houdende met ziekenvervoer, vergoed. Bij gebruik van eigen auto zal in aanvulling op de vergoeding uit hoofde van de Ziekenfondswet een vergoeding worden verleend tot maximaal de belastingvrije forfaitaire kilometerprijs voor zakelijke autoritten.

ARTIKEL 7 TANDHEELKUNDIGE HULP

Volledige vergoeding van de kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts voor verzekerden tot 18 jaar.

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder vergoedt de verzekeraar volgens officieel goedgekeurde tarieven de in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts.

Vergoed worden deze kosten tot maximaal € 1361,- per verzekerde per kalenderjaar.

De kosten van orthodontie worden volledig vergoed.

ARTIKEL 8 VERBLIJFKOSTEN

- De verzekeraar vergoedt de verschuldigde eigen bijdrage voor verblijf in een Ronald McDonaldhuis of soortgelijk logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis, bij opname van een meeverzekerd kind.
- De verzekeraar vergoedt de kosten van verblijf in het Prinses Margriethuis te Groningen aansluitend op een levertransplantatie in het Academische Ziekenhuis Groningen voor de verzekerde en een verzorger.
- De verzekeraar vergoedt de verblijfkosten in het zusterhuis van het Academisch Ziekenhuis Groningen van een gezinslid van de verzekerde gedurende het verblijf van de verzekerde in het Academisch Ziekenhuis Groningen vanwege een levertransplantatie. Tevens worden vergoed de vervoerskosten naar het zusterhuis op basis van openbaar vervoer, tweede klasse. De vergoeding bij gebruik van eigen auto is gelijk aan de belastingvrije forfaitaire kilometerprijs voor zakelijke autoritten.

ARTIKEL 9 KUURREIZEN

De kosten van kuurreizen bij een door de verzekeraar gecontracteerde organisatie worden uitsluitend na voorafgaande toestemming door de verzekeraar vergoed (zie deel C).

ARTIKEL 10 BUITENLAND

Bij tijdelijk verblijf van maximaal 6 maanden aaneengesloten buiten Nederland van een verzekerde met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland, worden de kosten zoals genoemd in de onderdelen algemene dekking en tandheelkundige hulp (in aanvulling op de aanspraken uit hoofde van de Ziekenfondswet/ WTZ-verzekering) vergoed. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een acute ziekte of een ongeval. Vergoed worden maximaal de in het desbetreffende land officieel goedgekeurde en gangbare tarieven.

Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.

ARTIKEL 11 SOS INTERNATIONAL

11.1 In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval en/of hierna omschreven repatriëring is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met SOS International. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige 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.

11.2 Extra dienstverlening bij tijdelijk verblijf buiten Nederland, van een verzekerde met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland door of door bemiddeling van SOS International:

- a. bij acute ziekte/ongeval van de verzekerde:
 - verstrekking van een garantie op een rechtstreekse betaling van de verpleeg- en/of behandelkosten aan de zorginstelling waarin de verzekerde is opgenomen;
 - noodzakelijke voorschotbetalingen;
 - toezending van noodzakelijke medicijnen als deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn;
 - repatriëring: in geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding;
 - vergoeding van de noodzakelijke extra verblijfkosten van de verzekerde als repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan;
 - vergoeding van de reiskosten van een eenmalig bezoek aan een gezinslid bij opname van de verzekerde en indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan.
- b. bij overlijden van de verzekerde vergoeding van de kosten van:
 - vervoer van het stoffelijk overschot óf;
 - begrafenis of crematie in het buitenland en de kosten van overkomst van gezinsleden tot maximaal het bedrag dat gepaard zou zijn gegaan met repatriëring van het stoffelijke overschot.
- c. vergoeding van de kosten van opsporing en/of redding van de verzekerde tot een maximumbedrag van € 11345,-. Dat geldt indien de verzekerde tijdens het verblijf in het buitenland in een noodsituatie belandt, waardoor kosten moeten worden gemaakt vanwege opsporing en/of redding die voor rekening van de verzekerde komen.

11.3 De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van SOS International bepaalde gegevens te verschaffen aan de medische adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname en/of de repatriëring.

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.

Preventief Gezondheidsonderzoek

Het ONVZ ZorgServicebureau verzorgt informatie over preventief gezondheidsonderzoek dat de verzekerde wordt aangeboden door ONVZ. Het ONVZ ZorgServicebureau regelt het preventief gezondheidsonderzoek op verzoek van de verzekerde.

Preventie-cursussen

Het ONVZ ZorgServicebureau biedt aan verzekerden de mogelijkheid om bepaalde preventie-cursussen te volgen. Bij preventie-cursussen kan onder meer worden gedacht aan: een cursus stoppen met roken; omgaan met hyperventilatie; geheugentraining; babymassage of een cursus eerste hulp bij kindergevallen. Voor informatie over het volgen van een cursus en voor een vergoeding ervan moet de verzekerde vooraf contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

Lidmaatschap patiëntenvereniging

Vergoed worden de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.

Thuiszorg in natura

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

Kraampakket

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

Wachtlijstbemiddeling

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

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 € 11345,-. Verzoeken moeten binnen 1 jaar na de ongevalsdatum worden ingediend. 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.

Kuurreizen

Het ONVZ ZorgServicebureau regelt de kuurreizen zoals bedoeld in deel B (omvang dekking) van de polisvoorwaarden bij een door de verzekeraar gecontracteerde organisatie.

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

0800-0221450