

Deel A

Algemene Voorwaarden

ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

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

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

- 1.12 **Medische noodzaak:** de situatie waarbij aanspraak op zorg bestaat voorzover de verzekerde gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. Bij twijfel over de medische noodzaak wordt het oordeel gevraagd van de medisch adviseur van de verzekeraar.
- 1.13 **Ongeval:** een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel is veroorzaakt.
- 1.14 **Revalidatiezorg:** onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze hulp wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie erkende instelling voor revalidatie.
- 1.15 **Verzekerde:** degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is opgenomen.
- 1.16 **Verzekeringnemer:** degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
- 1.17 **Ziekenhuis:** een in Nederland gelegen en door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende inrichting, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.
- 1.18 **Ziekenvervoer:** vervoer binnen Nederland dat om medische redenen met een ander dan een openbaar vervoermiddel plaatsvindt. Dit vervoer vindt plaats vanwege een medisch onderzoek of een medische behandeling.
- 1.19 **Zorgverleners:** de in deel B genoemde zorgverleners dienen te zijn ingeschreven in de door de Nederlandse overheid gehanteerde registers. Indien er van overheidswege geen register is, dient de zorgverlener ingeschreven te staan in het register van een erkende beroepsgroep. De hulp die wordt verleend, dient in de beroepsgroep als gebruikelijk te worden aanvaard en dient te worden berekend volgens de officiële tarieven.

ARTIKEL 2 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

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

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

ARTIKEL 3 VERPLICHTINGEN

3.1 De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

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

3.2 Niet nakomen van verplichtingen:

bij het niet nakomen van één of meer van de verplichtingen vermeld in artikel 3.1.1 tot en met 3.1.5 hoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

ARTIKEL 4 BETALING EN SCHORSING

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

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

De dekking wordt weer van kracht op de dag volgende op die waarop de verzekeraar het totale verschuldigde bedrag heeft ontvangen, tenzij sprake is van een situatie zoals bedoeld in artikel 10.3 en de verzekeraar daar een beroep op doet.

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

ARTIKEL 5 EIGEN RISICO

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

- 5.1 Het eigen risico is het voor rekening van de verzekeringnemer blijvende bedrag dat per polis per kalenderjaar bij vergoeding van de in deel B (omvang dekking) omschreven kosten voor rekening van de verzekeringnemer blijft. Indien de hoogte van het eigen risico afhankelijk is van het aantal op de polis verzekerde personen, dan is de stand van het aantal op de polis verzekerde personen per 1 januari van een kalenderjaar bepalend voor het eigen risico van het betreffende kalenderjaar.
- 5.2 Indien de eerste verzekeringsperiode niet gelijk is aan een kalenderjaar, wordt het bedrag van het eigen risico voor die periode verminderd met 1/12 deel voor iedere vóór de ingangsdatum reeds verstreken maand van dat kalenderjaar.
- 5.3 Voor zover voor een onderdeel van deze verzekering een maximumbedrag geldt, telt ten hoogste dit maximumbedrag voor het eigen risico mee.
- 5.4 Bij schorsing of (tussentijdse) beëindiging van de verzekering vindt geen restitutie of vermindering van het eigen risico plaats.
- 5.5 Het eigen risico geldt niet voor medisch noodzakelijke kosten als direct gevolg van een ongeval indien en voor zover de volgens deel B verzekerde kosten door de verzekeraar kunnen worden verhaald op een aansprakelijke derde.

ARTIKEL 6 ONDERVERZEKERING

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

ARTIKEL 7 NADERE REGELING VAN UITKERINGEN

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

ARTIKEL 8 GEEN AANSPRAAK OP VERGOEDING

De (kosten van) behandelingen of voorzieningen die naar maatschappelijke opvattingen als excessief worden aangemerkt worden niet vergoed. Declaraties die niet thuishoren binnen een ziektekostenverzekering of waarvan in redelijkheid van een ziektekostenverzekeraar niet verlangd kan worden dat de verzekeraar deze vergoedt, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

- 8.1 Voorts bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten ontstaan door of verband houdende met burgeroorlog, oorlog of daarmee in feite overeenkomende toestanden en de gevolgen van atoomkernreacties;
- 8.2 indien, zo deze verzekering niet bestond, door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging en/of behandeling op grond van een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum, of op grond van één der wettelijke regelingen;
- 8.3 van door de verzekeringnemer of de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen ingevolge één van de wettelijke regelingen anders dan de eigen bijdragen voor hulp zoals verzekerd op grond van deel B (omvang dekking) van deze verzekering;
- 8.4 van kosten, die gemaakt zijn vóór de ingangsdatum van deze verzekering en van kosten gemaakt ná de datum van beëindiging van deze verzekering. Dit geldt ook wanneer die kosten voortvloeien uit een oorzaak die tijdens de duur van de verzekering is opgekomen.

ARTIKEL 9 HERZIENING

- 9.1 De verzekeraar heeft het recht de premies, de voorwaarden van verzekering en het bedrag van het eigen risico en bloc of groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening treedt in werking op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip.
- 9.2 In geval van herziening van premies, voorwaarden en/of het eigen risicobedrag ten nadele van de verzekeringnemer, is hij gerechtigd de overeenkomst per de in artikel 9.1 bedoelde datum te beëindigen. Voorwaarde is dat hij dit binnen 30 dagen na de datum van kennisgeving van de herziening schriftelijk aan de verzekeraar mededeelt.
- De mogelijkheid tot beëindiging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van premies, voorwaarden en/of eigen risico, die voortvloeit uit wettelijke bepalingen.

ARTIKEL 10 DUUR EN 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 schriftelijk bij de verzekeraar heeft opgezegd of van zijn recht zoals bepaald in artikel 9 gebruik heeft gemaakt.
- 10.2 Indien de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve verzekeringsovereenkomst, is de verzekering aangegaan voor een periode en onder de voorwaarden, zoals in de collectieve verzekeringsovereenkomst omschreven en wordt telkens stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd. Dit geldt niet als de contractant ten minste drie maanden vóór het verstrijken van de periode de verzekering schriftelijk bij de verzekeraar heeft opgezegd.
- Behoudens ingeval van een collectieve verzekeringsovereenkomst of een aanvullende verzekering treedt, met het aangaan van de verzekeringsovereenkomst tussen de verzekeringnemer en de verzekeraar, de verzekeringnemer tevens toe als lid van de Vereniging ONVZ. Dit geldt niet als de aspirant-verzekeringnemer bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst heeft verklaard niet te willen toetreden als lid van de Vereniging. Elke vorm van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst geldt als beëindiging van het lidmaatschap van de Vereniging.
- 10.3 De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen op een door haar te bepalen tijdstip, indien:
- sprake is van de situatie als bedoeld in artikel 2.2;
 - de schorsing wegens wanbetaling zoals bedoeld in artikel 4.3 langer dan een aaneengesloten periode van drie maanden van kracht is geweest;
 - de verzekeringnemer en/of verzekerde door het verstrekken van onjuiste opgave en inlichtingen tracht de verzekeraar te bewegen tot het toekennen van vergoedingen waarop geen recht bestaat.

- 10.4 Op basis van de Wtz 1998 (Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen) kan recht ontstaan op een Standaard Pakket Polis. In dit geval is de verzekeraar gerechtigd, met ingang van de datum waarop dit recht ontstaat, de hoofdverzekering bij de verzekeraar voor de betreffende verzekerde te beëindigen en een Standaard Pakket Polis aan te bieden tegen de door de Minister van VWS vastgestelde premie en voorwaarden.
- 10.5 De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet langer Nederlands ingezetene is.
- 10.6 Een aanvullende verzekering kan worden voortgezet door de verzekerde op het moment waarop de hoofdverzekering bij de verzekeraar wordt beëindigd.

ARTIKEL 11 KINDEREN

- 11.1 Voor een kind dat wordt geboren tijdens de duur van deze verzekering, bestaat onmiddellijk na de geboorte recht op medeverzekering op deze polis. Het kind moet wel binnen drie maanden na de geboorte ter verzekering worden aangemeld.
- 11.2 Voor kinderen in de leeftijd van 18 t/m 26 jaar, die op de polis van hun ouders zijn meeverzekerd en tevens onder de kinderbijslageregeling of studiefinanciering vallen, geldt nog de kinderpremie. Zodra zij de 27-jarige leeftijd hebben bereikt, is deze verzekering na 31 december van het jaar waarin de 27-jarige leeftijd wordt bereikt niet meer van kracht. Deze kinderen van 27 jaar hebben het recht zich aansluitend, zonder medische selectie, zelfstandig te verzekeren op een afzonderlijke polis, mits voor dezelfde dekking wordt gekozen.

ARTIKEL 12 GEZINS- EN ADRESWIJZIGINGEN

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

ARTIKEL 13 KLACHTENREGELING

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

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

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

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

ARTIKEL 14 REGISTRATIE PERSOONLIJKE GEGEVENS

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

ARTIKEL 15 VOORRANG COLLECTIEVE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

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

ARTIKEL 16 TOEPASSELIJK RECHT

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Deel B

Omvang Dekking ONVZ Benfit Module Polis

Deel B (omvang dekking) bevat de omschrijving van alle te verzekeren modules van de ONVZ Benfit Module Polis. Dit betreffen de volgende modules:

- Module 1 Basis
- Module 2 Huisarts
- Module 3 Tandheelkunde voor kinderen
- Module 4 Paramedische hulp
- Module 5 Alternatief en Psychologische hulp
- Module 6 Buitenland
- Module 7 Aanvullend

Deze verzekering omvat in elk geval de Basismodule (Module 1). De modules 2 t/m 7 kunnen naar eigen keuze, naast de Basismodule worden meeverzekerd. Op het polisblad staat aangegeven welke modules voor welke verzekerde zijn afgesloten. Al hetgeen gedekt wordt door de modules 2 t/m 7, valt niet onder module 1.

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande modules 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.

MODULE 1 BASIS

ZIEKENHUIS

Opname

Opname 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 onbepaalde 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.

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.

Besmettelijke ziekten

Voor verpleging wegens een besmettelijke ziekte als genoemd in de 'Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken' bestaat recht op uitkering.

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.

(vervolg module 1)

SPECIALISTISCHE HULP

Specialistische hulp zonder opname (niet-klinische specialistische hulp):

- het honorarium van een op advies van de huisarts geraadpleegde specialist;
- 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.

Second opinion

De kosten voor het raadplegen van een andere specialist of tandarts (second opinion), na verwijzing door de huisarts, behandelend tandarts of specialist.

REVALIDATIEZORG

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 (opname);
- revalidatiezorg in een poliklinische situatie (deeltijd of dagbehandeling).

FARMACEUTISCHE ZORG

Farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een (huis)arts, specialist, tandarts of verloskundige en moet zijn geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek, apotheekhoudend huisarts of drogisterij. Farmaceutische zorg omvat de hierna genoemde middelen:

- a. geneesmiddelen die overeenkomstig de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland afgeleverd mogen worden;
- b. homeopathische preparaten;
- c. bloedproducten die krachtens de Wet inzake Bloedtransfusie zijn toegelaten;
- d. 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;
- e. verbandmiddelen voorzover nodig bij de medische behandeling van ernstige aandoeningen waarbij langdurige behandeling noodzakelijk is, alsmede de kosten van verbandmiddelen die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende hulp.

(vervolg module 1)

De volgende kosten worden vergoed:

- de kosten van farmaceutische zorg, zoals omschreven in de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde Regeling Farmaceutische Zorg.
- de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van de ZN-regeling Farmaceutische Zorg;
- de kosten van medicijnen, welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van de Regeling Farmaceutische Zorg tot een maximum van f 10.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

De Regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

SPECIFIEKE BEHANDELINGEN

Audiologische hulp

De kosten van audiologische hulp, verleend door een audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Beenmergonderzoek

De kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.

Dermatologische nachtbehandeling

De kosten van dermatologische nachtbehandeling.

Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van erfelijkheidsonderzoek door een centrum voor klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Hiervoor is een medische noodzaak vereist.

In vitro fertilisatie

De kosten van in vitro fertilisatiebehandelingen in een vergunninghoudend ziekenhuis 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.

Nierdialyse

De kosten van behandeling met een kunstnier, zowel klinisch, poliklinisch als bij de verzekerde thuis.

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;

(vervolg module 1)

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.

Plastische chirurgie

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.

Sterilisatie, Abortus

De medische kosten, verbonden aan deze ingrepen. De kosten, verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.

Weefseltyperingen

De kosten van weefseltyperingen, zoals die door Euro-transplant in rekening worden gebracht.

BEVALLING EN KRAAMZORG

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

Bevalling met medische noodzaak

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 218,75 (maximaal f 1750,-). Uitgangspunt voor de vergoeding is het aantal door het ziekenhuis in rekening gebrachte dagen.

Bevalling zonder medische noodzaak

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 218,75 per dag gedurende maximaal 8 dagen (maximaal f 1750,-).

Indien na de bevalling, binnen 8 dagen alsnog een medische noodzaak voor ziekenhuisopname ontstaat, dan bestaat vanaf dat tijdstip recht op vergoeding zoals vermeld onder het kopje 'Bevalling met medische noodzaak'.

(vervolg module 1)

Kraamzorg in natura

In plaats van de uitkering van maximaal f 1750,- 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).

Kraampakket

Tevens heeft de aanstaande moeder recht op een kraampakket. Zie deel C voor de aanvraag van dit kraampakket.

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;
- b. niet-klinische specialistische hulp;
- c. nierdialyse;
- d. behandeling kraaminrichting;
- e. revalidatiezorg.

MODULE 2 HUISARTS

Behandeling door de huisarts, te weten:

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

MODULE 3 TANDHEELKUNDE VOOR KINDEREN

Kaakchirurgie

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

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;

(vervolg module 3)

- 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.

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.

Algemene tandheelkunde tot 18 jaar

- 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 jeugdandverzorgingsdienst. Vergoed wordt 75 % van deze kosten, tezamen tot een maximum van f 750,- per verzekerde per kalenderjaar.
- b. 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 behandlingsplan, vooraf toestemming heeft gegeven.

De verzekeraar kan hierbij nadere voorwaarden stellen.

MODULE 4 PARAMEDISCHE HULP

Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie

De kosten van hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut, heilgymnastmasseur of oefentherapeut Mensendieck/Cesar. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van kinderysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar op voorschrift van huisarts of specialist. De hulp moet in de beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.

Chiropractie

De hulp verleend door een chiropractor. De hulp moet in de betreffende beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.

Logopedische behandeling en orthoptische hulp

Logopedische hulp en orthoptische hulp verleend door een logopedist respectievelijk orthoptist.

Preventieve hulp

- de kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten;
- de kosten van baarmoederhals- en borstkankeronderzoek.

Ergotherapie

Vergeod worden de kosten van enkelvoudige extramuraal ergotherapie door een ergotherapeut.

MODULE 5 ALTERNATIEF EN PSYCHOLOGISCHE HULP

Alternatieve geneeswijzen

De kosten van het consulteren van een arts of behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, zoals bijvoorbeeld homeopathie, natuurgeneeswijzen, antroposofie, Moermantherapie en enzymtherapie. Vergoed wordt tot maximaal f 60,- per consult met een maximum van 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Arts-fleboloog/proctoloog

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

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.

Psychologische hulp

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

MODULE 6 BUITENLAND

Bij tijdelijk verblijf van maximaal 6 maanden aaneengesloten buiten Nederland, van een verzekerde met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland, worden de onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed. De vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een acute ziekte of een ongeval.

Binnen Europa en de landen die grenzen aan het Middellandse-Zeegebied

- bij opname in een algemeen ziekenhuis:
 - de kosten van verpleging en behandeling in de verzekerde klasse tot maximaal 365 dagen per geval;
 - de kosten van ziekenvervoer per ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- de kosten van niet-klinische specialistische hulp (inclusief ziekenvervoer per ambulance);
- huisartsenhulp.

Buiten Europa

De dekking is gelijk aan het vermelde onder het kopje 'Binnen Europa en de landen die grenzen aan het Middellandsezeengebied'. Vergoeding vindt plaats tot ten hoogste 2x het bedrag van de kosten van een overeenkomstige behandeling in Nederland (bij ziekenhuisopname geldt als maatstaf de kosten welke het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein in rekening zou hebben gebracht voor de betreffende behandeling).

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 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.

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 cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

Verschaffen gegevens

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.

(vervolg module 6)

VACCINATIES

50 % van de kosten van de navolgende vaccinaties wegens verblijf in het buitenland: Hepatitis A en B; DTP; Gele koorts; Typhus; Cholera; Meningococci.

MODULE 7 AANVULLEND

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.

OVERIGE HULPMIDDELEN

Brillenglazen/Contactlenzen

De kosten van de glazen van een bril of een stel contactlenzen bij versterkende glazen/lenzen tot een maximum van f 300,-, maximaal 1 keer per 3 jaar.

Bewakingsapparatuur wiegendood

De kosten van huur c.q. in bruikleengeving van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, mits op aanvraag van de behandelend arts. Vooraf moet de verzekeraar toestemming hebben verleend.

Rolstoelen/Invalidenwagens

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

Steunzolen

De kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering dient te geschieden door een orthopedisch schoentechnicus, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici.

Verpleegartikelen

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

(vervolg module 7)

Wekapparaten

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

EIGEN BIJDAGEN HULPMIDDELEN

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde is verschuldigd ingevolge de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet of de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde Regeling Hulpmiddelen tot een gezamenlijk maximum van f 500,- per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding voor de eigen bijdrage pruiken bedraagt maximaal f 250,-. De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

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

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 thuisverpleging 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.

BIJZONDERE BEHANDELINGEN/THERAPIËN

Acné-behandeling

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

Camouflagetherapie

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

Elektrische epilatie

De kosten van elektrische epilatie, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. De verzekeraar moet vooraf toestemming hebben verleend.

(vervolg module 7)

Lymfedrainage

De kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem en de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. De verzekeraar moet vooraf toestemming hebben verleend.

Podotherapie

De kosten van behandeling door een podotherapeut. Behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen en orthonyxie.

Psoriasis-dagbehandeling

1) De kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra tot een maximum van f 1100,-. De behandeling moet zijn voorgeschreven door behandelend arts.

De verzekeraar moet vooraf toestemming hebben verleend;

2) De reiskosten naar het psoriasisdagbehandelingscentrum tot een maximum van f 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Vergoeding van de reiskosten vindt plaats, zolang de behandeling op grond van deze verzekering wordt vergoed. Vergoeding vindt plaats op basis van tarieven openbaar vervoer, 2e klasse.

Stottertherapie

1) Del Ferro-instituut: de kosten van behandeling in het Del Ferro-instituut tot een maximum van f 750,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. De verzekeraar moet vooraf toestemming hebben verleend.

2) Verblijfkosten Doetinchemse methode: de kosten van verblijf in het instituut, waar volgens de Doetinchemse methode stottertherapie wordt gegeven, tot een maximum van f 30,- per dag. Vergoeding van de verblijfkosten vindt plaats, zolang de kosten van behandeling krachtens deze verzekering worden vergoed.

Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren

De verschuldigde eigen bijdrage tot een maximum van f 12,50 per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde. Het verblijf moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts.

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.

(vervolg module 7)

RONALD McDONALD- of FAMILIEHUIS

Vergoed wordt f 25,- per dag van de verschuldigde eigen bijdrage met een maximum van f 500,- per kalenderjaar voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeershuis, in geval van ziekenhuisopname van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

VERBLIJF GEZINSLID BIJ LEVERTRANSPLANTATIE

De verzekeraar vergoedt de verblijfkosten in het zusterhuis van het Academisch Ziekenhuis Groningen van een gezinlid van de verzekerde gedurende het verblijf van de verzekerde in het Academische Ziekenhuis Groningen vanwege een levertransplantatie. De verzekeraar moet vooraf toestemming hebben verleend.

Maximaal worden de volgende kosten vergoed:

- verblijf in het zusterhuis tot een maximum van f 55,- per dag gedurende de periode van opname van de getransplanteerde;
- de kosten van vervoer naar het zusterhuis op basis van openbaar vervoer, tweede klasse of vervoer per eigen auto tot maximaal de in de basismodule onder ziekenvervoer geldende kilometervergoeding.

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 van de zorg worden gewaarborgd.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

De verzekerde kan onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van verhaalsbijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan ziektekosten die niet door de verzekeraar worden betaald, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld, inkomensschade en kledingschade. De totale kosten inclusief de kosten van het voeren van een procedure worden vergoed tot maximaal f 25.000,-. Het vaststellen en verhalen van schade aan voer- en vaartuigen of schade als gevolg van medische behandeling vormen geen onderdeel van deze service. Een geschillenregeling maakt tevens onderdeel uit van de voorwaarden. Een reglement met daarin alle voorwaarden voor het recht op verhaalsbijstand is op aanvraag verkrijgbaar bij het ONVZ ZorgServicebureau. Voor het regelen en aanvragen van deze verhaalsbijstand kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

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

0800-0221450