

Deel A

Algemene Voorwaarden Interfit Polis

ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

- 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 betreffen.
- 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 in het land waar de verzekerde zijn vaste woon- en verblijfplaats heeft, gelegen audiologisch centrum, dat is erkend door de bevoegde overheidsinstantie van dit land.
- 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 in het land waar de verzekerde zijn vaste woon- en verblijfplaats heeft, gelegen centrum voor klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing, dat als zodanige inrichting is erkend door de bevoegde overheidsinstantie van dit land.
- 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 **Dekkingsgebied:** het land waar de verzekerde zijn vaste woon- en verblijfplaats heeft. Voor de buitenlanddekking, zoals omschreven in deel B (omvang dekking), geldt als dekkingsgebied de gehele wereld.
- 1.10 **Kraaminrichting:** een in het land waar de verzekerde zijn vaste woon- en verblijfplaats heeft, gelegen zorginstelling, die als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie van dit land.
- 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, in het land waar de verzekerde zijn vaste woon- en verblijfplaats heeft, gelegen en 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 het land waar de verzekerde zijn vaste woon- en verblijfplaats heeft, gelegen en door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende inrichting.
- 1.18 **Ziekenvervoer:** vervoer binnen het land waar de verzekerde zijn vaste woon- en verblijfplaats heeft, dat op voorschrift van de behandelend huisarts of specialist 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 overheid van het land, waar de verzekerde zijn vaste woon- en verblijfplaats heeft, gehanteerde registers. Indien er van overheidswege geen register is, dient de zorgverlener ingeschreven te staan in het register van de in dit land erkende beroepsgroep. De hulp die wordt verleend, dient in de beroepsgroep als gebruikelijk te worden aanvaard en dient te worden berekend volgens de in dit land geldende 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;
 6. ten behoeve van het door de verzekeraar doen van uitkeringen krachtens deze verzekering een Nederlandse bank- of girorekening in stand te houden.

- 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 3.1.6 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

- 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.
- 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 is niet van toepassing op farmaceutische zorg.

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 Nederlandse 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. De uit te keren vergoeding wordt omgerekend in Nederlandse guldens. Voor de omrekening wordt uitgegaan van de datum waarop de afhandeling van de nota door de verzekeraar een aanvang neemt.
- 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

Geen aanspraak op vergoeding bestaat:

- 8.1 van kosten ontstaan door of verband houdende met gewapend conflict, 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 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;
- 8.4 van door de verzekeringnemer of de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen ingevolge één van de wettelijke regelingen;
- 8.5 indien en voorzolang de verzekerde niet beschikt over een vaste woon- en verblijfplaats in het land van vestiging.

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 zoals 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.

- 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 De verzekering eindigt op de dag van definitieve terugkeer van de verzekerde in Nederland, met dien verstande dat de dekking zoals omschreven in artikel 15 van deel B, omvang dekking (overbrugging AWBZ) van kracht blijft gedurende de periode dat de regeling van kracht is, doch gedurende maximaal één jaar na de datum van terugkeer in Nederland. Voorts eindigt de verzekering op het moment dat de verzekerde geen vaste woon- en verblijfplaats meer heeft in het land van vestiging.

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. Er hoeft voor maximaal 2 kinderen onder de 18 jaar premie betaald te worden.
- 11.2 Voor kinderen in de leeftijd van 18 t/m 26 jaar, die op de polis van hun ouders zijn meeverzekerd en tevens onder de kinderbijslagregeling of studiefinanciering vallen, geldt nog de kinderpremie. Zodra zij de 27-jarige leeftijd hebben bereikt, is deze verzekering na 31 december van het jaar waarin de 27-jarige leeftijd wordt bereikt niet meer van kracht. Deze kinderen van 27 jaar hebben het recht zich aansluitend, zonder medische selectie, zelfstandig te verzekeren op een afzonderlijke polis, mits voor dezelfde dekking wordt gekozen.

ARTIKEL 12 GEZINS- EN ADRESWIJZIGINGEN

De verzekeringnemer moet ervoor zorgen dat veranderingen van het land van vestiging, adres, huwelijk, geboorte, eventuele verplichte ziektekostenverzekering in het land van vestiging, 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 rechts-geldig 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 Nederlands recht van toepassing. Alle geschillen die voortvloeien uit deze overeenkomst dienen te worden onderworpen aan het oordeel van de bevoegde rechter te 's-Gravenhage.

Deel B

Omvang Dekking ONVZ Interfit Polis

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.

- 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.

In de landen buiten Europa geldt als maximumvergoeding tweemaal het Nederlands tarief (St. Antoniusziekenhuis te Nieuwegein).

ARTIKEL 1 HUISARTS

De kosten van behandeling door de huisarts, te weten:

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

In de landen buiten Europa geldt als maximumvergoeding tweemaal het Nederlands tarief.

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 2 ZIEKENHUIS

- 2.1 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 tot een maximum van 365 dagen per ziektegeval;
 - 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, fysiotherapie

In de landen buiten Europa geldt als maximumvergoeding tweemaal het Nederlands tarief (St. Antoniusziekenhuis te Nieuwegein).

- 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.

ARTIKEL 3 SPECIALISTISCHE HULP

- 3.1 Specialistische hulp zonder opneming (niet-klinische specialistische hulp):
- het honorarium van een op advies van de huisarts geraadpleegde specialist;

ARTIKEL 4 SPECIFIEKE BEHANDELINGEN

- 4.1 Audiologische hulp
De kosten van audiologische hulp, verleend door een audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.
- 4.2 Beenmergonderzoek
De kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie, gedeclareerd door een organisatie die erkend is door de daarvoor bevoegde instanties in het land waar de verzekerde zijn vaste woon- en verblijfplaats heeft.
- 4.3 Erfelijkheidsonderzoek
De kosten van erfelijkheidsonderzoek door een centrum voor klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
Hiervoor is een medische noodzaak vereist.
- 4.4 Nierdialyse
De kosten van behandeling met een kunstnier, zowel klinisch, poliklinisch als bij de verzekerde thuis.
- 4.5 Orgaantransplantatie
1. De kosten van orgaantransplantatie onder de volgende voorwaarden:
 - de behandeling is toegestaan in Nederland en
 - de behandeling vindt plaats in een door de bevoegde overheidsinstantie voor deze verrichtingen erkende instelling en
 - voor de behandeling zijn officieel goedgekeurde tarieven vastgesteld.
 Vergoeding vindt plaats tot maximaal het Nederlands tarief voor de betreffende behandeling.
 2. De kosten van de donor in verband met orgaantransplantatie, te weten:
 - de kosten van opneming in een ziekenhuis op basis van de klasse, zoals hij/zij elders verzekerd is;
 - de kosten van medische behandeling gedurende ten hoogste 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.

- 4.6 Sterilisatie, Abortus
De medische kosten, verbonden aan deze ingrepen. De kosten, verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.
- 4.7 Weefseltyperingen
De kosten van weefseltyperingen, zoals die in rekening worden gebracht door een organisatie die erkend is door de daarvoor bevoegde overheidsinstanties in het land waar de verzekerde zijn vaste woon- en verblijfplaats heeft.

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 325,- per dag (maximaal f 2600,-).
- 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 van kraamzorg ontvangt de moeder f 325,- per dag gedurende maximaal 8 dagen. Dit bedrag mag naar eigen keuze worden besteed (maximaal f 2600,-).
- 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.

ARTIKEL 6 PSYCHIATRISCHE HULP

Vergoed worden de kosten van niet-klinische psychiatrische hulp (psychotherapie) tot een maximale vergoeding van f 1500,- per verzekerde per kalenderjaar.

ARTIKEL 7 PARAMEDISCHE HULP

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

- 7.1 Fysiotherapie/chiropractie
Fysiotherapeutische hulp verleend door een fysiotherapeut of chiropractor. Deze hulp moet in de betreffende beroepsgroepen algemeen aanvaard zijn.
- 7.2 Logopedie
Logopedische hulp verleend door een logopedist, voor zover behandeling plaatsvindt vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

ARTIKEL 8 FARMACEUTISCHE ZORG

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

- 8.1 Farmaceutische zorg omvat de navolgende middelen:
a. geregistreerde geneesmiddelen die overeenkomstig de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland afgeleverd mogen worden;
b. 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;
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 (ZN) 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.
- 8.2 Vergoed worden de kosten van farmaceutische zorg, zoals omschreven in de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde Regeling Farmaceutische Zorg. De hulp moet op voorschrift van een (huis)arts, specialist, tandarts of verloskundige worden geleverd door een in het land waar de verzekerde zijn vaste woon- en verblijfplaats heeft, gevestigde apotheek, apotheekhoudend huisarts of drogisterij. De Regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

ARTIKEL 9 PREVENTIEVE HULP

De kosten van baarmoederhals- en borstkankeronderzoek, als deze worden uitgevoerd in een ziekenhuis.

ARTIKEL 10 REVALIDATIEZORG

- 10.1 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 de volgende vormen komen voor vergoeding in aanmerking:
- revalidatiezorg in een klinische situatie (opname) tot een maximum van 365 dagen per ziektegeval;
 - revalidatiezorg in een poliklinische situatie (deeltijd of dagbehandeling).
- 10.2 De kosten van hart- en longrevalidatie.

- 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 is een teveel aan gebitselementen met vertraagde of verstoorde doorbraak.

ARTIKEL 11 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.

12.4 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 jeugdandverzorgingsdienst. Vergoed worden de 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 behandelingsplan, te voren toestemming heeft gegeven.
- De verzekeraar kan hierbij nadere voorwaarden stellen.

ARTIKEL 12 TANDHEELKUNDIGE HULP

- 12.1 Kaakchirurgie
Kaakchirurgische behandeling door een tandarts-specialist voor mondziekten en kaakchirurgie.
- 12.2 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 door 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.
- 12.3 Kaakorthopedie
- a. Gebitsregulatie (orthodontie) door een tandarts of orthodontist tot een maximum van f 3000,- gedurende de gehele duur van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd
 - b. Kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts in de volgende gevallen:

ARTIKEL 13 ZIEKENVERVOER

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer naar en van het dichtstbijzijnde ziekenhuis in geval van opname in een ziekenhuis zoals bedoeld in artikel 2.1. Onder medische 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 0,45 per gereden kilometer;
4. vervoer per helikopter vindt uitsluitend plaats indien en voorzover er een medische noodzaak is voor vervoer per helikopter.

ARTIKEL 14 BUITENLAND

Bij tijdelijk verblijf in een ander land dan het land waar de verzekerde zijn vaste woon- en verblijfplaats heeft, worden kosten van geneeskundige hulp vergoed. De vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een acute ziekte of een ongeval.

- 14.1 Binnen Europa en de landen die grenzen aan het Middellandse-Zeegebied:
- bij opname in een algemeen ziekenhuis:
 - de kosten van verpleging en behandeling in de verzekerde klasse tot maximaal 365 dagen per geval;
 - de kosten van ziekenvervoer per ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
 - de kosten van niet-klinische specialistische hulp (inclusief ziekenvervoer per ambulance);
 - huisartsenhulp.
- 14.2 Buiten Europa:
De dekking is gelijk aan het vermelde onder lid 1. Vergoeding vindt plaats tot ten hoogste 2x het bedrag van de kosten van een overeenkomstige behandeling in Nederland (bij ziekenhuisopname geldt als maatstaf de kosten welke het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein in rekening zou hebben gebracht voor de betreffende behandeling).
- 14.3 SOS International
In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval en/of de 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.
- 14.4 Extra dienstverlening door, of door bemiddeling van SOS International:
- bij acute ziekte/ongeval van de verzekerde:
 - verstrekking van een garantie op een rechtstreekse betaling van de verpleeg- en behandelkosten aan de zorginstelling waarin de verzekerde is opgenomen;
 - de noodzakelijke voorschotbetalingen;
 - toezending van noodzakelijke medicijnen, indien deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn;
 - repatriëring: in geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat tevens dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar het land waar de verzekerde zijn vaste woon- en verblijfplaats heeft of -indien de behandeling niet in het land van vestiging kan plaatsvinden- naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding;
 - vergoeding van de noodzakelijke extra verblijfskosten van de verzekerde, indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan;

- vergoeding van de reiskosten van een eenmalig bezoek van één gezinslid bij opname van de verzekerde en indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan;

- vergoeding van de kosten van crematie/begrafenis bij overlijden van de verzekerde tot een maximum bedrag van f 7.500,-;
- vergoeding van de kosten van opsporing en/of redding van de verzekerden: tot een maximum bedrag van f 25.000,- indien de verzekerde tijdens het verblijf in een ander land dan het land van vestiging in een noodsituatie belandt, waardoor kosten moeten worden gemaakt voor opsporing en/of redding die voor rekening van de verzekerde komen.

- 14.5 De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van SOS International de van belang zijnde gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond in geval van ziekenhuisopname en/of repatriëring, te verschaffen aan de medisch adviseur van de verzekeraar.

ARTIKEL 15 OVERBRUGGING AWBZ

Onder de verzekering is begrepen vergoeding van de kosten van de volgende AWBZ-verstrekingen, die door de verzekerde worden genoten na terugkeer uit het buitenland naar Nederland indien en voor voorzover deze voor rekening komen van de verzekerde uit hoofde van het Besluit Wachtijd bijzondere ziektekostenverzekering (Staatsblad 275, 1991). Het gaat hierbij om opname in:

- verpleeginrichtingen;
- zwakzinnigeninrichtingen;
- instellingen voor zintuiglijk gehandicapten;
- "Het Dorp" (woonvoorziening voor gehandicapten);
- dagverblijven voor gehandicapten;
- gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten, alsmede;
- dagbehandeling in verpleeginrichtingen.

Op de vergoeding wordt in mindering gebracht de betreffende eigen bijdrage zoals is vastgelegd in de Bijdrageregeling intramurale zorg AWBZ, Stcrt. 1993, 251.

ARTIKEL 16 GEEN AANSPRAAK OP VERGOEDING

Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor de kosten van:

- van kosten van keuringen, afgeven van attesten, celtherapie en van vaccinaties in het algemeen;
- van 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.

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 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 telefoonnummer 030 639 62 24

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

De verzekerde kan 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.

Het ONVZ ZorgServicebureau is te bereiken tijdens kantooruren via telefoonnummer:

030 639 62 24