

Polisvoorwaarden



OHRA Intens Goud

Inhoudsopgave

Pag.

OHRA Intens Goud		2
Artikel 1	Bijzondere voorwaarden	2
Artikel 2	Dekking	2
Algemene Voorwaarden		7
Artikel 3	Uitsluitingen en beperkingen	7
Artikel 4	Grondslag van de verzekering	7
Artikel 5	Algemeen	7
Artikel 6	Aanvang, duur en einde van de verzekering	8
Artikel 7	Voortzetting van de verzekering	8
Artikel 8	Begin en einde van de vergoedingen	9
Artikel 9	Verplichtingen van de verzekeringnemer	9
Artikel 10	Premie	9
Artikel 11	Wijziging van premie en/of voorwaarden	10
Artikel 12	Algemene bepalingen	10
Artikel 13	Belangrijke aanwijzingen	10
Aanvullende verzekeringen		11
Artikel 14	Verzekering 'Hogere klasseverpleging'	11
Artikel 15	Intens Tanden Gaaf Polis	11
Artikel 16	Begripsomschrijvingen	11

OHRA Intens Goud

Artikel 1

Bijzondere voorwaarden

In aanvulling op de Algemene voorwaarden geldt:

- 1 Indien de verzekering wordt aangevraagd tezamen met de hoofdverzekering zal de verzekering op dezelfde dag ingaan als de hoofdverzekering. In overige gevallen is de ingangsdatum de eerste van de volgende kalendermaand.
- 2 *Uitsluitingen*
Geen vergoeding wordt verleend van kosten die verband houden met:
 - psycho-analyse of hulp verleend door een psycholoog en/of psychotherapeut, niet zijnde eerstelijns psychologische hulp;
 - vervoer naar of van een zorgaanbieder voor consulten en/of behandelingen als vermeld in artikel 2.

Artikel 2

Dekking

De verzekeraar vergoedt de kosten die voor zijn verzekerden zijn ontstaan ten gevolge van medisch noodzakelijke hulp, tenzij anders aangegeven, voorzover het risico in de verzekering is begrepen, overeenkomstig de hierna genoemde dekking. Dekking wordt verleend op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen, vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het in dat geval door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde rechtsgeldige tarief, tenzij anders aangegeven.

- 1 *Alternatieve en bijzondere geneeswijzen*
Vergoeding van 75% met een maximum van € 545,00 per verzekerde per kalenderjaar van de kosten van alle consulten en/of behandelingen tezamen van:
 - 1 acupunctuur en/of;
 - 2 antroposofie, waaronder ook kunsttherapiën (beeldend, muziek en spraak) en/of;
 - 3 chiropractie en/of;
 - 4 enzymtherapie en/of;
 - 5 flebologie en/of;
 - 6 homeopathie en/of;
 - 7 Moermantherapie en/of;
 - 8 natuurgeneeskundige hulp en/of;
 - 9 (ortho)manuele therapie, niet zijnde manuele therapie vallend onder de hoofdverzekering en/of onder fysio- of oefentherapie als genoemd in deze verzekering en/of
 - 10 orthopedische geneeskunde en/of;
 - 11 podotherapie en podo-orthesiologie, met uitzondering van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen en/of;
 - 12 proctologie.
 Uitsluitend consulten en/of behandelingen toegepast door een arts of een therapeut die is aangesloten bij een beroeps-groep van de genoemde alternatieve geneeswijze, komen voor vergoeding in aanmerking.
Wij zijn u graag behulpzaam bij het vinden van een zorg-aanbieder; tel. 070-3100880.

- 2 *Bevalling en kraamzorg*
 - 1 *Eigen bijdrage bevalling*
Volledige vergoeding van de verschuldigde wettelijke eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie in een ziekenhuis.
 - 2 *Eigen bijdrage kraamzorg*
Volledige vergoeding van de verschuldigde wettelijke eigen bijdrage van kraamzorg of kraamverpleging.
 - 3 *Uitgestelde of verlengde kraamzorg*
In geval er sprake is van complicaties bij de bevalling en/of kraamperiode heeft de verzekerde, aansluitend op de reeds verleende kraamzorg of het verblijf van moeder en/of kind in het ziekenhuis, recht op vergoeding van maximaal 5 extra dagen kraamzorg met een maximum van 6 uren per dag.
De vergoeding wordt uitsluitend verleend, indien door de verzekerde vooraf de medische indicatie van de behandelend specialist is overgelegd, op basis waarvan de verzekeraar het aantal te vergoeden extra dagen heeft vastgesteld en de toezegging tot vergoeding schriftelijk aan verzekerde heeft kenbaar gemaakt.
 - 4 *Kraampakket*
Voor een bevalling ontvangt een op deze polis verzekerde vrouw een kraampakket.
Voorwaarde is dat uiterlijk in de vijfde maand van de zwangerschap aanmelding plaatsvindt bij de verzekeraar. De verzekerde ontvangt het kraampakket uiterlijk zes weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum thuis.
Het recht op vergoeding van de in dit artikel genoemde hulp bestaat, indien de moeder op deze polis verzekerd is.
- 3 *Buitenland*
 - 1 *Behandeling in het buitenland wegens een onvoorzien ziektegeval*
 - a Vergoeding van de kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp tot ten hoogste de in Nederland geldende tarieven wegens een onvoorzien ziektegeval ontstaan tijdens de eerste 6 maanden van een tijdelijk verblijf in het buitenland. Geen vergoeding wordt verleend indien er sprake is van verblijf in het buitenland in verband met beroepswerkzaamheden, studie en stage.
De hulp omvat de kosten van:
 - medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis gepaard gaande met opname gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval;
 - medisch-specialistische zorg zonder opname;
 - behandeling door een huisarts;
 - farmaceutische hulp op voorschrift van een huisarts of een medisch specialist.
 - b Volledige vergoeding van de kosten van organisatie van hulpverlening door de Alarmcentrale Omnicare, alsmede de kosten van telefoon, telegram enz., gemaakt om contact op te nemen met de Alarmcentrale Omnicare. In geval van een acute ziekenhuisopname in het buitenland dient direct contact te worden opgenomen met de Alarmcentrale Omnicare. De Alarmcentrale Omnicare is dag en nacht bereikbaar, ook in het weekend, onder telefoonnummer: +3120 618 1186.
 - c Volledige vergoeding van de kosten van repatriëring per ambulance en/of per vliegtuig inclusief de rekening gebrachte kosten voor begeleiding.
Vergoeding wordt verleend indien voor de repatriëring een medische indicatie aanwezig is. Ter beoordeling



Direct verzekeren. Direct resultaat.

- van de medische indicatie dient een voorgenomen repatriëring vooraf te worden gemeld bij de Alarmcentrale Omnicare als genoemd onder b.
- d Vergoeding van de kosten bij overlijden van de verzekerde van:
- het vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland óf;
 - begrafenis of crematie in het buitenland en de kosten verbonden aan de overkomst van gezinsleden tot een maximumbedrag dat gepaard zou zijn gegaan met repatriëring van het stoffelijk overschot.
- e Volledige vergoeding van de kosten in verband met bemiddeling bij overmaken van benodigd geld.
- f Volledige vergoeding van de kosten van de organisatie van toezending van medicijnen en noodzakelijke hulpmiddelen;
- g Tandheelkundige kosten
Vergoeding tot een maximum van € 345,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van spoedeisende tandheelkundige hulp.
- 2 *Behandeling binnen Europa wegens een voorzien ziektegeval*
Vergoeding van de kosten van medische hulp binnen Europa tot ten hoogste de in Nederland geldende tarieven. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:
- de hulp ook in Nederland onder de dekking van deze aanvullende verzekering valt;
 - voorafgaande schriftelijke toestemming van de verzekeraar aanwezig is, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.
- De in de polisdekking genoemde geldende maximale vergoedingen zijn van toepassing.
Geen recht op vergoeding bestaat van de kosten van vervoer naar, in en van het buitenland.
- 3 De kosten ontstaan als gevolg van het uitoefenen van wedstrijdsport in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 4 Geen aanspraak op vergoeding bestaat van de kosten verband houdend met medische hulp, die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf in een van de landen buiten Europa.
- 5 Voor vergoeding komen uitsluitend nota's in aanmerking die zijn gesteld in de Nederlandse, Franse, Duitse, Engelse of Spaanse taal. De vergoeding geschiedt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel op basis van de dagkoers in Nederland ten tijde van de datum van de medische behandeling.
- 6 Alleen in geval van een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname is rechtstreekse betaling aan een buitenlandse instelling mogelijk.
- 4 *Diëtistische voedingsadviezen*
Vergoeding van de kosten van voedingsadviezen door een diëtist na schriftelijke verwijzing door de huisarts of de behandelend specialist tot een maximum van € 230,00 per verzekerde per kalenderjaar.
- 5 *Eerstelijns psychologische hulp*
Eenmaal in de twee kalenderjaren een vergoeding van 75% van de kosten van 'intake' en behandeling door een eerstelijns psycholoog tot een maximum van € 545,00 per verzekerde per indicatie.
Het recht op vergoeding van de kosten bestaat als:
- de aanvraag vergezeld is van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie en duur van de behandeling is vermeld;
 - de verzekeraar vooraf schriftelijke toestemming heeft verleend
 - de eerstelijns psycholoog aangesloten is bij de LVE, ROEP, NIP of Cenzo.
- Geen vergoeding wordt verleend van kosten van behandelingen gerelateerd aan onderwijs en scholing.
- 6 *Eigen bijdrage gezinshulp*
Vergoeding van 75% tot een maximum van € 680,00 per kalenderjaar van de kosten van de eigen bijdrage in aanvulling op de dekking die wordt geboden door de AWBZ. De vergoeding wordt alleen verleend aan verzekerden die verzekerd zijn krachtens de AWBZ en als is voldaan aan de in of krachtens deze wet gestelde voorwaarden en regels.
Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien:
- de persoon die voor gezinshulp in aanmerking komt op deze polis verzekerd is en;
 - de gezinshulp verkregen wordt door bemiddeling van of verleend door een van overheidswege erkende instelling.
- Geen vergoeding wordt verleend van de eigen bijdrage van alphahulpverlening.
- 7 *Eigen bijdrage ziekenvervoer*
Volledige vergoeding van de verschuldigde wettelijke eigen bijdrage voor ziekenvervoer.
- 8 *Farmaceutische hulp*
- 1 Vergoeding van de kosten van geregistreerde homeopatische en antroposofische geneesmiddelen. De geneesmiddelen dienen voorgeschreven te zijn door een (huis)arts en geleverd door een apotheek of apotheekhoudend (huis)arts.
 - 2 Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing verklaard. De eigen bijdrage die verschuldigd is boven de in het GVS gemaximeerde vergoeding komt overeenkomstig artikel 2.8.3 voor vergoeding in aanmerking.
 - 3 Farmaceutische hulp die niet overeenkomstig de in hoofdverzekering genoemde regelingen farmaceutische hulp is verleend, doch die geneesmiddelen betreft die overeenkomstig de WOG geleverd mogen worden en die op voorschrift van een in Nederland gevestigde (huis)arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige zijn geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende (huis)arts, komt overeenkomstig artikel 2.8.3 voor vergoeding in aanmerking.
 - 4 Vergoeding wordt verleend tot een maximum van € 230,00 per verzekerde per kalenderjaar van de in artikel 2.8.1 t/m artikel 2.8.3 genoemde kosten tezamen.
 - 5 Geen vergoeding wordt verleend voor:
 - vaccinaties, ook als deze worden gegeven ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland, met uitzondering van de vaccinatie als genoemd in artikel 2.21;
 - versterkende middelen, voedings- en vermageringsmiddelen;
 - tonica, medicinale wijnen en/of traanproducten;
 - zepen, shampoos, badoliën, balsems, lotions en/of haargroei middelen;
 - laxemiddelen;
 - steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige hulp;
 - verbandmiddelen;

- middelen die voor andere indicaties worden toegepast dan waarvoor WOG-registratie is afgegeven;
- middelen die niet geregistreerd zijn als homeopatisch en/of antroposofisch geneesmiddel;
- middelen ter behandeling van nicotineafhankelijkheid die niet voldoen aan de regeling Farmaceutische hulp;
- vitaminepreparaten die niet voldoen aan de regeling Farmaceutische hulp;
- middelen genoemd in bijlage 2 van de regeling Farmaceutische hulp die worden toegepast voor andere indicaties dan genoemd in die regeling;
- zelfzorgmiddelen en identieke receptgeneesmiddelen voor kortdurend dan wel chronisch gebruik gedurende de eerste 15 dagen.

9 *Fysiotherapie en oefentherapie*

Vergoeding van 75% van de kosten van 12 behandelingen door een fysiotherapeut per indicatie per kalenderjaar vanaf het moment dat geen vergoeding meer plaatsvindt vanuit de hoofdverzekering.

Volledige vergoeding van de kosten van 12 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/Cesar vanaf het moment dat geen vergoeding meer plaatsvindt vanuit de hoofdverzekering.

Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat de behandeling medisch noodzakelijk is.

Geen vergoeding wordt verleend van de kosten van o.a.:

- zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek;
- sportmassage;
- arbeids- en bezigheidstherapie en
- therapie die alleen gegeven wordt om de conditie door middel van training te bevorderen.

10 *Groepstherapie voor reumapatiënten*

Vergoeding tot een maximum van € 140,00 per verzekerde per kalenderjaar van de kosten van groepstherapie onder leiding van een fysiotherapeut voor verzekerden die lid zijn van de reumapatiëntenvereniging.

11 *Herstellingsoord*

Vergoeding van ten hoogste € 35,00 per dag tot een maximum van € 545,00 per verzekerde per kalenderjaar van de kosten van verblijf in een gecontracteerd herstellingsoord, na voorafgaande schriftelijke toestemming van verzekeraar.

12 *Huidtherapie*

1 *Camouflagetherapie*

Vergoeding van de kosten van camouflagelessen door een huidtherapeut en de aanschafkosten van de voor die lessen benodigde middelen tot een maximum van € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar.

2 *Epilatie in het gelaat*

Vergoeding van de kosten van epilatie in het gelaat door een huidtherapeut tot een maximum van € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar.

3 *Acné-behandeling*

Vergoeding van de kosten van peeling door een huidtherapeut in geval van ernstige acné tot een maximum van € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar.

4 *Oedeemtherapie*

Vergoeding van de kosten van behandeling door een huidtherapeut tot een maximum van € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar.

Het recht op vergoeding van de in dit artikel genoemde kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelend huidtherapeut. Hieruit moet de noodzaak van de behandeling blijken. Deze verklaring is nodig bij aanvang van de behandeling.

13 *Hulpmiddelen*

1 Vergoeding van 75% tot een maximum van € 455,00 per verzekerde per kalenderjaar van de eigen bijdrage die verzekerde is verschuldigd boven de uit de regeling Hulpmiddelen verleende gemaximeerde vergoeding.

2 Vergoeding van de huurkosten van de hierna genoemde hulpmiddelen (in eenvoudige uitvoering) verstrekt door de thuiszorgorganisatie, nadat de uitleentermijn is verstrekt. De termijn waarover vergoeding plaatsvindt, is gemaximeerd tot zes maanden per hulpmiddel. Met betrekking tot de door de verzekeraar te verlenen vergoeding wordt aansluiting gezocht bij de tarieven zoals vastgesteld door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.

Het betreft de volgende hulpmiddelen:

- hoog ledikant;
- gelkussen;
- mechanisch hoog-laagbed;
- flotationpad;
- elektrisch hoog-laagbed;
- astronautenkussen;
- papegaai vast aan bed;
- watermatras;
- papegaai op standaard;
- luchtmatras;
- onrusthekken;
- vezelmatras;
- elektrische bedcarrier;
- matras;
- hydraulische bedcarrier;
- infuusstandaard;
- uitzuigapparatuur.

Het recht op vergoeding van de huurkosten van deze hulpmiddelen bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat het gebruik van het hulpmiddel medisch noodzakelijk is.

3 *Steunpessarium*

Volledige vergoeding van de kosten van een steunpessarium.

4 *Hyperfree*

Volledige vergoeding van de kosten van een hyperfree. Het recht op vergoeding van kosten bestaat indien de hyperfree is voorgeschreven door de huisarts.

5 *NUTS regeling hulpmiddelen*

De NUTS regeling hulpmiddelen maakt onderdeel uit van deze polisvoorwaarden en wordt op verzoek kosteloos toegezonden.

14 *Lactatiekundige hulp*

Vergoeding tot een maximum van € 115,00 per bevalling van de kosten van lactatiekundige hulp ter bevordering van borst-



Direct verzekeren. Direct resultaat.

voeding voor zuigelingen uitgevoerd door een lactatiekundige aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen. Lactatiekundige hulp omvat advisering, voorlichting en praktische ondersteuning. Voorwaarde is dat de moeder op deze polis verzekerd is.

15 Lidmaatschap patiëntenvereniging

Vergoeding tot een maximum van € 70,00 per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering van de contributie van patiëntenverenigingen.

Voorwaarde voor vergoeding is dat de patiëntenverenigingen in ieder geval activiteiten ontplooiën, gespreksgroepen organiseren en voorlichting geven verband houdend met de aan-doening van verzekerde.

16 Logeerfaciliteit

Vanaf de 14^e nacht vergoeding tot een maximum van € 230,00 per verzekerde per kalenderjaar van de overnachtingskosten:

- van de ouders in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen en aan dat ziekenhuis verbonden gast- of logeerkamer in geval van ziekenhuisopname van een kind van langer dan 14 dagen;
- van een kind tot 16 jaar in een Mappa Mondo huis, na schriftelijke toestemming door de verzekeraar.

Voorwaarde is dat het kind op deze polis verzekerd is.

17 Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis

Vergoeding van de kosten van nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis tot een maximum van € 35,00 per nacht per verzekerde in aansluiting op een poliklinische behandeling door middel van bestraling c.q. behandeling met cytostatica in de Dr. Daniël den Hoed Kliniek te Rotterdam of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis te Amsterdam.

18 Orthoptie

Volledige vergoeding van de kosten van oogbehandeling en -onderzoek door een orthoptist, erkend door de Orthoptische Raad. Het recht op vergoeding bestaat na verwijzing door een huisarts of specialist.

19 Overgangsconsulent

Vergoeding tot een maximum van 3 consulten gedurende de looptijd van de verzekering van een op deze polis verzekerde vrouw van de kosten van voorlichting, advies en hulp gedurende de menopauze. Voorwaarde is dat de hulp gegeven wordt door een overgangsconsulent aangesloten bij Care for Women.

20 Plaswekker

Vergoeding van de huurkosten van een plaswekker voor de verzekerde in de leeftijd tussen de 7 en 16 jaar bij enuresis nocturna (nachtelijk bedplassen) met een maximum van 90 dagen. Het recht op vergoeding van de kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelend arts. Uit die verklaring moet blijken dat het gebruik van het hulpmiddel noodzakelijk is.

21 Preventieve behandelingen

Volledige vergoeding van de kosten van de volgende preventieve behandelingen:

- a elektrocardiogrammen (ECG's) en
- b baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje) uitgevoerd door een huisarts en

- c borstkankeronderzoeken en
- d preventief onderzoek van hart- en bloedvaten en
- e prostaatonderzoek en
- f cholesteroltests en
- g griepvaccin (gegeven door de eigen huisarts).

Het recht op vergoeding bestaat éénmaal per verzekerde per kalenderjaar.

22 Psoriasisdagbehandeling

Vergoeding tot een maximum van € 545,00 per verzekerde per kalenderjaar van de kosten van psoriasisdagbehandeling. Het recht op vergoeding bestaat indien de psoriasisdagbehandeling plaatsvindt in een centrum waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

23 Reiskosten ouders

Vergoeding van de reiskosten naar en van een ziekenhuis in Nederland in verband met een ziekenhuisopname van een kind. Vergoeding wordt verleend aan één ouder per bezoek tot maximaal vier bezoeken per week voor de kosten van openbaar vervoer per 2^e klasse.

Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien het kind:

- op deze polis meeverzekerd is en;
- niet ouder is dan 15 jaar en;
- opgenomen is in een ziekenhuis buiten de eigen woonplaats.

24 Second opinion

Volledige vergoeding van de kosten voor het raadplegen van een andere specialist ('second opinion'), indien de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld.

25 Serviceverlening

1 Bedevaartreis en gehandicaptenvakantie

Verzekerden die willen deelnemen aan een bedevaartreis of een vakantie voor lichamelijk gehandicapten kunnen bij de verzekeraar een prospectus en aanvraagformulier aanvragen. Toewijzing vindt plaats op basis van de verstrekte gegevens middels het aanvraagformulier en het aantal door de organiserende stichtingen aan de verzekeraar beschikbaar gestelde plaatsen. Van de deelnemende verzekerden wordt slechts een beperkte eigen bijdrage gevraagd.

2 Wachtlijstbemiddeling

Indien een medisch noodzakelijke behandeling in Nederland niet binnen een redelijke termijn kan plaatsvinden als gevolg van het aanwezig zijn van een voor de desbetreffende behandeling bestaande wachtlijst, kan verzekerde met de verzekeraar contact opnemen met een verzoek tot wachtlijstbemiddeling voor behandeling elders in Nederland of in het buitenland. Telefoonnummer 070-3100880. De eventuele uit de behandeling elders voortvloeiende extra reis- en verblijfkosten, tenzij anders bij de bemiddeling overeengekomen, zijn voor rekening van de verzekerde.

3 Actief bewegen met beweegadvies

Een verzekerde die deelneemt aan beweegprogramma's ter verbetering van fitheid en conditie ontvangt een korting van 10% op alle diensten van de beweegadviescentra die door de verzekeraar zijn gecontracteerd.

Aanmelding kan geschieden via de verzekeraar: tel. 070-310 08 80.

26 Sportblessures

Vergoeding van de kosten per verzekerde per kalenderjaar van:

- twee sportgeneeskundige consulten door een sportarts aangesloten bij de Vereniging van Sportgeneeskunde en
- een sport medisch onderzoek in een Sport Medisch Adviescentrum tot een maximum van € 35,00.

Het recht op vergoeding bestaat na verwijzing door een huisarts of specialist.

27 Sportorganisaties voor hartpatiënten

Vergoeding tot een maximum van € 160,00 per verzekerde per kalenderjaar van de kosten van deelname aan activiteiten van sportorganisaties voor hartpatiënten.

Het recht op vergoeding bestaat als:

- er sprake is van een tijdelijke of blijvende hartaandoening zoals bijvoorbeeld na een doorgemaakt hartinfarct, een dotterprocedure of een open hartoperatie en;
- de activiteiten plaatsvinden met schriftelijke goedkeuring van de behandelend arts/specialist onder deskundige leiding en;
- de nota vergezeld is van deze schriftelijke verklaring. De verklaring is nodig bij aanvang van de activiteiten.

28 Steunzolen

Vergoeding van 75% van de kosten van één paar steunzolen per kalenderjaar.

Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien:

- de steunzolen individueel en naar maat vervaardigd zijn en
- geleverd worden door een erkend orthopedisch bedrijf van hulpmiddelen of een podotherapeut.

29 Stottertherapie

Vergoeding van 80% van de kosten van stottertherapie en stottercoaching volgens de methode Del Ferro, De Pauw of Hausdörfer.

30 Tandheelkundige zorg

1 Voor verzekerden tot 18 jaar

- door een tandarts

Vergoeding van 75% tot een maximum van € 345,00 per verzekerde per kalenderjaar van de kosten, inclusief techniekkosten, van behandeling door een tandarts voor kroon- en brugwerk. Geen vergoeding wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

- door een tandarts of een orthodontist

Vergoeding tot maximaal € 1.750,00 per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering van de kosten van kaakorthopedische behandeling (orthodontie of gebitsregulatie). Geen vergoeding wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Indien de aangevragen kaakorthopedische behandeling nog voortduurt bij het bereiken van de 18 jarige leeftijd, zal voor de voortgezette behandeling eveneens vergoeding van kosten plaatsvinden tot het genoemde maximum is bereikt.

2 Voor verzekerden vanaf 18 jaar

Aanvullende vergoeding op de uitkering uit de hoofdverzekering van de kosten van een uitneembare volledige gebitsprothese tot € 90,00 per onder- of bovenprothese vervaardigd door een tandarts of tandprotheticus.

Geen vergoeding wordt verleend indien de behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

31 Therapeutische kampen

Vergoeding van de kosten van een verblijfsdag in een therapeutisch kamp voor chronisch zieke of astmatische kinderen jonger dan 16 jaar, tot maximaal € 7,00 per verblijfsdag.

Deze vergoeding geldt voor maximaal zes weken per kalenderjaar.

Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien vooraf schriftelijke toestemming door de verzekeraar is verleend.



Direct verzekeren. Direct resultaat.

Algemene Voorwaarden

Artikel 3

Uitsluitingen en beperkingen

In een aantal situaties kan er geen aanspraak worden gemaakt op kostenvergoeding.

Geen vergoeding wordt verleend:

- 1 Als de kosten het gevolg zijn van ziekten en/of afwijkingen waarvan het risico, volgens aantekening op de polis, van de verzekering is uitgesloten.
- 2 Als de kosten betrekking hebben op de eigen bijdragen of eigen risico's:
 - ingevolge de Ziekenfondswet, Standaard(pakket)polis en/of de AWBZ,
 - van bevolkingsonderzoeken, tenzij deze eigen bijdragen of eigen risico's uitdrukkelijk zijn opgenomen in de dekking.
- 3 Van de kosten die het gevolg zijn van of verband houden met een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. De zes genoemde soorten van molest en de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 is gedeponneerd ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag. Op verzoek stuurt de verzekeraar de tekst toe.
- 4 Van de kosten die het gevolg zijn van of verband houden met schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, ongeacht hoe deze is ontstaan en waar deze zich heeft voorgedaan. Dit geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225). Voorzover volgens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, maakt de verzekerde in alle gevallen geen aanspraak op vergoeding.
- 5 Van kosten die zijn ontstaan door ziekten of ongevallen en de verzekerde ingevolge een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, een subsidieregeling of -ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten - op een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden. Deze verzekering geldt slechts als aanvulling boven de dekking die onder een andere verzekering, regeling van overheidswege en/of subsidieregeling is verleend of zou zijn verleend, indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan.
- 6 Als de verzekeringnemer, de verzekerde of een derde opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt.

Artikel 4

Grondslag van de verzekering

- 1 De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend aanvraagformulier en de eventueel daarnaast verstrekte gegevens.
- 2 De verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd als de verzekeraar niet in de gelegenheid is gesteld de juiste omvang van het te verzekeren risico te beoordelen. Beoordeling is niet mogelijk als de op het aanvraagformulier gestelde vragen niet, onvolledig of in strijd met de waarheid zijn beantwoord dan wel opzettelijk, met de bedoeling de verzekeraar te misleiden, gegevens zijn verzwegen. De verzekeraar is bevoegd zich in deze gevallen op nietigheid van de verzekeringsovereenkomst te beroepen dan wel deze zonder inachtneming van een opzegtermijn te beëindigen.

Artikel 5

Algemeen

- 1 Voor gezinnen geldt, dat alle tot het gezin behorende personen op basis van dezelfde voorwaarden van verzekering (polisdekking) bij de verzekeraar moeten worden aangemeld. De verzekeraar heeft het recht één of meerdere personen die tot het gezin behoren anders dekking te verlenen.
- 2 De verzekerde is vrij in de keuze van apotheek, medisch hulpverlener en instelling, tenzij bemiddeling plaatsvindt door de verzekeraar.
- 3 *Privacy*
 - 1 *Verwerking gegevens*
NUTS verwerkt persoonsgegevens en bedrijfsgegevens voor zover dat nodig is voor een verantwoorde uitoefening van de bedrijfsdoelstellingen van NUTS en het Delta Lloyd-concern, waarvan NUTS deel uitmaakt. Deze uitoefening bestaat uit:
 - a Het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van het voorbereiden, het aangaan, de uitvoering en beëindiging van overeenkomsten. Hieronder vallen onder meer de gegevensverwerking in het kader van de precontractuele fase, het maken van offertes en het verschaffen van informatie, het kopen, bestellen en het leveren van goederen en diensten en het beheersen en beperken van de schadelast. Het afhandelen van transacties en ook het bemiddelen bij volgende transacties of verzoeken die voortkomen uit eerdere dienstverlening zoals claims, declaraties of tussentijdse beëindiging;
 - b Het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van management-informatie, product- en dienstontwikkeling en het bepalen van het algemene beleid of andere activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering;
 - c Het voldoen aan wettelijke verplichtingen;
 - d Het verwerken van persoonsgegevens ter voorkoming van fraude, waaronder het verstrekken van informatie over claims, declaraties en tussentijdse beëindiging zowel binnen de branche als aan gerechtelijke instanties;

- e Het behandelen van geschillen en het doen uitoefenen van accountantscontrole;
 - f Het verwerken van persoonsgegevens, niet zijnde bijzondere gegevens, voor direct marketing doeleinden en servicegerichte doeleinden gericht op het tot stand brengen, in stand houden en uitbreiden van een directe relatie tussen OHRA en de andere maatschappijen binnen het Delta Lloyd-concern met klanten, precontractuele klanten en prospects.
- 2 *Recht van Verzet*
Als u geen prijs stelt op informatie over producten en diensten door NUTS of OHRA, dan kunt u daartegen verzet aantekenen.
- 3 *Inzage- en Correctierecht*
U heeft de mogelijkheid tot inzage en eventueel tot correctie van uw persoonsgegevens. Hiertoe kunt u schriftelijk contact opnemen met de privacy-coördinator (Postbus 29666, 2502 LR Den Haag).
- 4 Aanspraak op geneeskundige en farmaceutische hulp kan slechts tot gelding worden gebracht voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. De omvang van deze hulp wordt bepaald door hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is.
- 5 Een aanvullende verzekering is slechts mogelijk in combinatie met een hoofdverzekering. De hoofdverzekering moet bij NUTS verzekeringen zijn afgesloten.

Artikel 6

Aanvang, duur en einde van de verzekering

- 1 *Aanvang van de verzekering*
Met inachtneming van het bepaalde in de overige artikelen, wordt de verzekering van kracht op de ingangsdatum vermeld op het polisblad onderdeel uitmakende van de polis. Voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is - ongeacht de gezondheidstoestand van het kind - de verzekering onmiddellijk van kracht, mits het kind binnen 30 dagen na de geboorte schriftelijk ter verzekering is aangemeld.
- Bedenktime*
Mocht na ontvangst van de polis blijken dat de verzekering toch niet aan de verwachtingen voldoet, dan is de mogelijkheid aanwezig de aangevraagde verzekering alsnog te annuleren. Hiervoor stuurt u ons de polis terug met een verzoek de verzekering te annuleren. Uw verzoek tot annulering moet binnen 14 dagen na de dagtekening van de brief, waarbij u de polis is toegezonden, in ons bezit zijn.
- 2 *Duur van de verzekering*
De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad omschreven periode en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd.
- 3 *Einde van de verzekering*
De verzekering eindigt:
- 1 Door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer:
 - a op de wijze zoals vermeld in artikel 11.2 van de 'Algemene voorwaarden';

- b tegen het einde van de verzekeringsovereenkomst, met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden.
- 2 Door overlijden van de verzekeringnemer of de verzekerde.
- 3 Door schriftelijke opzegging door de verzekeraar op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip in geval van:
 - a verzwijging of onjuiste opgave als bedoeld in artikel 4.2 van de 'Algemene voorwaarden';
 - b schorsing als bedoeld in artikel 10.3 van de 'Algemene voorwaarden';
 - c bedrog.
- 4 Met ingang van de dag van vertrek van verzekerde voor verblijf van de verzekerde van langer dan 12 maanden in het buitenland (waaronder medebegrepen de Nederlandse Antillen en Aruba). Bij vestiging in het buitenland of bij regelmatig verblijf van 6 maanden of meer per jaar in het buitenland beëindigt de verzekeraar de verzekering ook. De verzekeraar beëindigt de verzekering niet als zij bereid is om deze tegen nader te stellen voorwaarden voort te zetten.
- 5 Met ingang van de dag waarop de verzekeraar, onder overlegging van bewijsstukken de schriftelijke mededeling heeft ontvangen van uitschrijving volgens de regels van de Ziekenfondswet.

Artikel 7

Voortzetting van de verzekering

- 1 *Zelfstandige voortzetting*
Meeverzekering op de polis van ouders en/of verzorgers wordt beëindigd als een kind de 18-jarige leeftijd bereikt en er geen aanspraak bestaat op:
 - kinderbijslag of;
 - een toelage krachtens de Wet Studiefinanciering of;
 - buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de Uitvoeringsregeling Inkomensbelasting;
 Indien meeverzekering na het 18^e levensjaar wordt voortgezet op grond van bovengenoemde aanspraken dan eindigt het recht op meeverzekering eidingt in alle gevallen bij het bereiken van het 27^e levensjaar. Per de eerstvolgende polisvervaldatum vervalt het recht op medeverzekering. De verzekering kan aansluitend worden voortgezet op zelfstandige basis, met inachtneming van de daarbij geldende regels, premies en voorwaarden.
- 2 *Voortzetting van collectieve verzekeringen*
- a *Collectieve voortzetting*
Voortzetting van de verzekering door de verzekerde binnen de collectieve verzekeringsovereenkomst, zolang deze van kracht is, is mogelijk in geval van:
 - a pensionering;
 - b een daarmee gelijk te stellen regeling zoals een VUT-regeling;
 - c overlijden van de deelnemer in de collectieve verzekering bij wie men is meeverzekerd.
Voorwaarde is dat de collectieve contractant hiervoor goedkeuring heeft verleend en de aanvraag schriftelijk binnen 30 dagen na datum van (pré)pensionering of overlijden bij de verzekeraar is ingediend.
 - b *Individuele voortzetting*
Als de collectieve verzekering eindigt wegens:



Direct verzekeren. Direct resultaat.

- beëindiging van het dienstverband;
 - arbeidsongeschiktheid;
 - werkloosheid;
 - beëindiging van het huwelijk of duurzaam samenwoningsverband;
- kan de verzekeringnemer zichzelf en zijn gezin aansluitend op individuele basis verzekeren. De aanvraag hiervoor moet schriftelijk, binnen 30 dagen nadat het dienstverband is beëindigd, bij de verzekeraar worden ingediend. Verzekering geschiedt met inachtneming van de daarbij geldende regels, premies en voorwaarden.

Artikel 8

Begin en einde van de vergoedingen

- 1 De verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode dat de verzekering van kracht is. Bepalend daarvoor is de datum van medische behandeling, verpleging of onderzoek.
- 2 De vergoeding geschiedt aan de verzekeringnemer tenzij tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder is overeengekomen dat de kosten rechtstreeks bij de verzekeraar worden gedeclareerd en door de verzekeraar rechtstreeks aan hem worden betaald.
- 3 Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens de verzekeringnemer of door de verzekerde over de betreffende ziektekosten enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd of enige onjuiste opgave is gedaan. De verzekeraar zal alle reeds uitgekeerde vergoedingen van de betreffende ziektekosten terugvorderen. De verzekeraar beëindigt direct na constatering het recht op uitkering volgens deze verzekering. De verzekeraar beëindigt na constatering van bedrog de verzekering per de ingangsdatum van de verzekering.

Artikel 9

Verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht:

- 1 Medewerking te verlenen aan de verzekeraar, diens medisch adviseur of hen die met de controle belast zijn, tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.
- 2 De verzekeraar onmiddellijk in te lichten en alle benodigde gegevens te verstrekken indien de kosten mogelijk te wijten zijn aan schuld van iemand, die daarvoor civielrechtelijk aansprakelijk kan worden gesteld. De verzekeringnemer noch de verzekerde zal onderhandelingen met de tegenpartij of diens verzekeraar mogen voeren met betrekking tot de schade, die door de verzekeraar is of zal worden vergoed.
- 3 De originele nota's binnen 12 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 daaruit kan worden opgemaakt welke vergoeding de verzekeraar moet verlenen

op basis van de omvang van de dekking. Computernota's moeten door de zorgaanbieder gewaarmerkt zijn.

- 4 Bij poliklinische specialistische behandeling een schriftelijke verwijzing van een huisarts of tandarts te overleggen als de verzekeraar hierom vraagt.
- 5 Iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst schriftelijk aan de verzekeraar te melden. Voorwaarde is dat deze melding geschiedt binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan. *Zodanige wijzigingen zijn onder meer:*
 - het vervallen van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enig andere publiekrechtelijke regeling;
 - verhuizing;
 - huwelijk;
 - echtscheiding;
 - samenwoning;
 - geboorte;
 - overlijden;
 - wijziging van bank- of postbankrekeningnummer.

Door het nalaten van het hiervoor bepaalde vervalt het recht op terugvordering van premie, zoals gesteld in artikel 10.4. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Bij het niet nakomen van de in dit artikel genoemde verplichtingen behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden. Al gedane uitkeringen kunnen door de verzekeraar worden teruggevorderd.

Artikel 10

Premie

- 1 *Premiebetaling*
De premies, de wettelijk verschuldigde bijdragen en assurantiebelaasting zijn hoofdelijk door de verzekeringnemer en de verzekerden verschuldigd bij vooruitbetaling. Premiebetaling per maand is slechts mogelijk door middel van automatische incasso op basis van een machtiging ten behoeve van de verzekeraar. Het is niet toegestaan om de premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen en de assurantiebelaasting te verrekenen met een van de verzekeraar te vorderen vergoeding.
- 2 *Premie kinderen*
Kinderen jonger dan 18 jaar zijn kosteloos meeverzekerd, mits de ouder(s) ook is (zijn) verzekerd onder deze verzekering. Deze premievrijstelling vervalt met ingang van de eerste dag van de maand waarin het kind 18 jaar wordt.
- 3 *Schorsing*
De premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen, de assurantiebelaasting en de kosten moeten uiterlijk op de vervalddag zijn voldaan. Vanaf het tijdstip dat de verzekeringnemer/verzekerde in gebreke is met betaling van deze bedragen wordt de dekking opgeschort vanaf de eerste dag dat de betaling verschuldigd is. De verzekeraar is gerechtigd daarbij administratiekosten in rekening te brengen. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen, de assurantiebelaasting en de kosten te voldoen. Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering, komen

alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde. De dekking wordt weer van kracht vanaf de dag volgend op die, waarop de bedragen door de verzekeraar zijn ontvangen. Voor de ziektekosten, ontstaan in de tijd van opschorting, of voor de ziektekosten waartoe de noodzaak zich heeft geopenbaard in de tijd van opschorting, wordt geen vergoeding verleend. Bij schorsing van de dekking zoals hiervoor bedoeld, heeft de verzekeraar het recht deze schorsing om te zetten in een definitieve beëindiging van de overeenkomst.

4 *Terugbetaling van premie*

Terugbetaling van premie vindt slechts plaats bij beëindiging van de verzekering op grond van de artikelen 6.3.1, 6.3.2, 6.3.4 en 6.3.5 over de nog niet verstreken periode van de lopende verzekeringstermijn waarover premie is betaald.

Artikel 11

Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 1 De verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. De verzekeraar doet van de wijziging schriftelijk mededeling aan de verzekeringnemer.
- 2 Als sprake is van een premieverhoging of vermindering van dekking, heeft de verzekeringnemer het recht de gewijzigde overeenkomst te weigeren binnen 30 dagen nadat hiervan mededeling is gedaan. In dit geval eindigt de verzekeringsovereenkomst per de ingangsdatum van de voorgenomen wijziging. Dit recht op beëindiging is niet van toepassing als de wijziging voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen.
- 3 Als de verzekeraar binnen 30 dagen na de in artikel 11.1 bedoelde datum geen schriftelijke opzegging van de verzekeringnemer heeft ontvangen, wordt de verzekering voortgezet tegen de nieuwe premie en/of op de nieuwe voorwaarden.

Artikel 12

Algemene bepalingen

- 1 De gegevens die op het polisblad vermeld zijn, worden geacht van de verzekeringnemer afkomstig te zijn en de instemming van de verzekeringnemer te hebben;
- 2 Mededelingen en toezeggingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer of de verzekerde zijn alleen bindend als deze schriftelijk door de verzekeraar zijn bevestigd;
- 3 Op de verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 13

Belangrijke aanwijzingen

1 *Afhandeling van nota's*

Een vlotte afhandeling van nota's wordt bereikt door het volledig ingevulde declaratieformulier samen met de originele

nota's en de eventueel benodigde medische verklaring in te sturen. Wanneer gebruik wordt gemaakt van de daarvoor bestemde envelop, versnelt dit de afhandeling van de declaratie. Na afhandeling van de nota's wordt met de afrekenspecificatie een nieuw declaratieformulier toegezonden. Op deze specificatie is het telefoonnummer vermeld van degene die telefonisch nadere inlichtingen kan verstrekken. Met het formulier kunnen niet meer dan acht nota's tegelijk worden ingezonden. Mochten er meer nota's zijn, dan kunnen deze worden ingediend na ontvangst van het nieuwe declaratieformulier.

1 *Nota specificatie*

Op de nota's moet onder andere worden vermeld:

- a de data van de consulten en/of behandelingen;
- b de geboortedatum, voorletters en geslacht van degene aan wie de hulp is verleend;
- c welke vorm van hulp is verleend;
- d UPT-code's in geval van tandheelkundige hulp;
- e naam en betaalgegevens van de hulpverlener of zorgaanbieder.

2 *Ingezonden nota's*

Nota's op basis waarvan gehele of gedeeltelijke vergoeding is verleend, worden niet teruggezonden. Evenmin worden nota's geretourneerd die niet voor vergoeding in aanmerking komen. Wij adviseren daarom kopieën van de nota's te maken.

3 *Buitenlandschade*

In geval van een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname tijdens een verblijf in het buitenland moet contact opgenomen worden met de Alarmcentrale Omnicare. Op verzoek wordt een garantieverklaring aan het ziekenhuis gezonden.

4 *Hulp bij het verhalen van persoonlijke schade*

Indien ten gevolge van een ongeval persoonlijke schade wordt geleden (bijvoorbeeld eigen risico, kleding- of inkomensschade) waarvoor een derde aansprakelijk kan worden gesteld of indien er recht bestaat op smartengeld, kan door ons, bij het verhalen van de schade op de aansprakelijke derde, veelal hulp worden verleend. Als op het declaratieformulier wordt aangegeven dat de gedeclareerde kosten het gevolg zijn van een ongeval, wordt geïnformeerd naar de toedracht van het ongeval. Op verzoek wordt nadere informatie verstrekt over de mogelijkheden van de genoemde dienstverlening. Voorwaarde is dat de ziektekosten, die het gevolg zijn van het ongeval, voor vergoeding ingevolge de verzekering in aanmerking komen.

5 *Vragen, opmerkingen en/of klachten*

Heeft u vragen, opmerkingen en/of klachten dan kunt u in eerste instantie terecht bij NUTS, het ziekenfonds voor Delta Lloyd en OHRA. Het eerst bij de betrokken contactpersoon, daarna bij de manager en de directie; Als geen overeenstemming wordt bereikt, kunt u zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen. Dit instituut bepaalt of uw klacht wordt voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen - deze heeft een bemiddelende rol - of aan de Raad van Toezicht Verzekeringen - deze beoordeelt of NUTS de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad.

De adressen van de hiervoor genoemde instanties zijn:

- NUTS, het ziekenfonds voor Delta Lloyd en OHRA, Postbus 29666, 2502 LR Den Haag
- Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag

Aanvullende verzekeringen

Indien en voorzover uitdrukkelijk vermeld op het polisblad zijn voor de hierna genoemde aanvullende verzekeringen de volgende artikelen van toepassing.

Artikel 14

Verzekering 'Hogere klasseverpleging'

- 1 *Bijzondere voorwaarden*
In aanvulling op de 'Algemene voorwaarden' geldt dat de artikelen 1 en 2 niet van toepassing zijn.
- 2 *Dekking*
 - a Vergoeding wordt verleend tot ten hoogste de wettelijk goedgekeurde tarieven van de in Nederland gemaakte kosten voor tweede klasseverpleging in een ziekenhuis in Nederland.
 - b Als de verzekering is aangegaan op basis van verpleegklasse 2B en opname plaatsvindt in een ziekenhuis in Nederland waarin slechts één ongedeelde tweede klasse aanwezig is, zal de verzekering worden geacht te gelden voor die tweede klasse.
- 3 Als opname geschiedt in een ziekenhuis waarin geen tweede klasse aanwezig of beschikbaar is, wordt € 23,00 per opname uitbetaald.

Artikel 15

Intens Tandens Gaaf Polis

- 1 *Bijzondere voorwaarden*
In aanvulling op de "Algemene voorwaarden" geldt:
 - 1 De artikelen 1 en 2 zijn niet van toepassing.
 - 2 De verzekering kan worden aangegaan voor personen vanaf de leeftijd van 18 jaar.
 - 3 De verzekeraar kan verzoeken om een recente gebitsstatus. Bij aanvaarding van de verzekering komen de kosten van de status tot maximaal het geldende CTG-tarief voor rekening van de verzekeraar.
 - 4 Geen vergoeding wordt verleend van de kosten van:
 - het opvullen van aanwezige diastemen (ontbrekende elementen) die ten tijde van de aanvraag tot verzekering aanwezig waren.
 - het plaatsen van kronen op gebitselementen die ten tijde van de aanvraag van de verzekering waren voorzien van een wortelkanaalbehandeling, tenzij reeds een kroon op het betreffende element aanwezig was.
 - behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd dan wel tandheelkundig ondoelmatig zijn.
 - orthodontie.
 - 5 Voorts wordt geen vergoeding verleend van de kosten van:
 - het eerste periodieke preventieve onderzoek, C11.
 - het incidenteel consult, C13.
 - de schriftelijke medische anamnese, C22.
 - tandheelkundige chirurgische hulp (UPT-codes beginnend met de letter H).
 - röntgendiagnostiek.
De kosten van verrichtingen genoemd in artikel 15.1.5 worden volledig vergoed uit de hoofdverzekering.

2 *Dekking*

Dekking wordt verleend:

- a In Nederland op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het in dat geval door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT), tenzij anders aangegeven.
- b Van de kosten van tandheelkundige hulp door een tandarts in België of Duitsland tot ten hoogste het vastgestelde rechtsgeldige tarief voor tandartsen in Nederland. Volledige vergoeding tot maximaal het op het polisblad vermelde bedrag per verzekerde per kalenderjaar wordt verleend:
 - a Exclusief techniekkosten (indien dit is vermeld op het polisblad) van de kosten van behandeling door
 - een tandarts en/of;
 - een mondhygiënist
 met uitzondering van techniekkosten.
 - b Inclusief techniekkosten (indien dit is vermeld op het polisblad) van de kosten van behandeling door
 - een tandarts en/of;
 - een mondhygiënist
 inclusief de techniekkosten van behandelingen door een tandarts of een tandprotheticus en in rekening gebracht door een tandarts of een tandprotheticus op basis van de tarieven die het Nederlands Tandtechnisch Genootschap (NTG), de Vereniging van Laboratoriumhoudende Tandtechnici (VLHT) of de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) aan hun leden adviseert.

Artikel 16

Begripsomschrijvingen (In alfabetische volgorde)

N.B. Afhankelijk van de door u gekozen dekking is het mogelijk dat u in dit artikel begrippen aantreft die in de dekkingsvoorwaarden niet voorkomen.

- 1 *(Ernstige) acné*
Een zodanige vorm van acné dat medische behandeling nodig is.
- 2 *Adviserend tandarts*
De tandarts die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.
- 3 *Audiologische zorg*
Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding.
- 4 *AWBZ*
De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) heeft tot doel de gehele Nederlandse bevolking te verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Deze zorg wordt niet uit de particuliere ziektekostenverzekering vergoed.

5 *Bijkomende kosten*

De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens een specialistische behandeling, zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, pacemakers, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek en die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

6 *Buitenland*

Ieder ander land dan het land van vestiging.

7 *C.P.M. (Continuous Passive Motion)-apparatuur*

Apparatuur (motorslede) ten behoeve van het continu passief bewegen van gewrichten na operatieve ingrepen.

8 *Dagverpleging*

Korter dan 24 uur durende (zogenaamde poliklinische) bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

9 *Dienstenstructuur*

Een in Nederland gevestigde instelling waar integrale huisartsenhulp wordt verleend gedurende avond, nacht, weekend en feestdagen, en als zodanig erkend is door de bevoegde overheidsinstantie

10 *Eerstelijns psychologische hulp*

Kortdurende psychologische hulp te verlenen door een vrijgevestigde psycholoog die een samenwerkingsverband heeft met een of meer huisartsen.

11 *Eigen bijdrage*

De bijdrage in de kosten van verstrekkingen die de verzekerde verschuldigd is op grond van de AWBZ, de Ziekenfondswet of de daarop gebaseerde wet- en regelgeving.

12 *Epilatie*

Het verwijderen van overtollige beharing.

13 *(Centrum voor) erfelijkheidsonderzoek*

Onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboom-, chromosoom-, ultrageluid- en/of DNA-onderzoek, biochemische diagnostiek, erfelijkheidsadvisering en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding. Het onderzoek dient plaats te vinden in een in Nederland gelegen instelling die is toegelaten op grond van artikel 2 van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor het toepassen van klinisch-genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

14 *Ergotherapeut*

Een in Nederland gevestigde ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

15 *Farmaceutische hulp*

De regeling Farmaceutische hulp omvat:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) mogen worden afgeleverd.

- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de WOG mogen worden afgeleverd.
- bloedproducten en uit bloed bereide producten als bedoeld in de Wet inzake bloedvoorziening.
- verbandmiddelen.
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Deze preparaten zijn kunstmatig bereide voedingen waarin eiwitten, vetten, suikers, koolhydraten en/of vitaminen zijn opgenomen.

De preparaten zijn ontwikkeld voor personen met een ernstige:

- slik-, passage-, of stofwisselingsstoornis;
- voedselallergie;
- chronisch obstructief longlijden;
- cystische fibrose;
- aangeboren hartfalen bij kinderen.

16 *Flebologie*

Medische behandeling van aandoeningen aan de aderen, waaronder spataderen.

17 *Fysiotherapeut*

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

18 *Gezin*

Twee gehuwden dan wel twee personen die buiten de echt duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijk huishouden hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter beoordeling is aan de verzekeraar, dan wel één verzorgende ouder, alsmede de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 27 jaar.

Voor de kinderen moet aanspraak bestaan op:

- kinderbijslag of
- buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001 of
- een toelage ingevolge de Wet studiefinanciering 2000.

19 *Herstellingsoord*

Een centrum dat hulp biedt aan personen die na lichamelijke ziekte en/of daaraan verbonden medische behandeling tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben gedurende 24 uur per dag.

20 *Homeopatische en antroposofische geneesmiddelen*

Middelen die voldoen aan het Besluit homeopatische farmaceutische producten en geregistreerd zijn als homeopatisch en/of antroposofisch geneesmiddel.

21 *Hoofdverzekerde*

Degene die op grond van de Ziekenfondswet als hoofdverzekerde is ingeschreven.

22 *Hoofdverzekering*

De verzekering op grond van de Ziekenfondswet gesloten bij NUTS, het Ziekenfonds voor Delta Lloyd en OHRA, de Standaard(pakket)polis (SPP) dan wel een basisziektekostenverzekering gesloten bij de verzekeraar.



Direct verzekeren. Direct resultaat.

- 23 *Huidtherapeut*
Een daartoe op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar, werkzaam binnen de eerste- en/of tweedelijnsgezondheidszorg, die patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt.
- 24 *Hulpmiddelen*
De medische middelen die in de regeling Hulpmiddelen, zoals door de verzekeraar vastgesteld, zijn opgenomen.
- 25 *Huisarts*
Een in Nederland gevestigde arts, die als huisarts is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent.
- 26 *Kaakchirurg*
Een in Nederland gevestigde tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 27 *Kraamzorg*
De zorg, verleend door een aan een kraamcentrum verbonden (leerling)kraamverzorgster, waarbij deze bij verzekerde thuis verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.
- 28 *Kuuroord*
Een instelling waarbinnen een gestructureerd kuurprogramma onder (para)medische begeleiding wordt geboden.
- 29 *Laboratoriumonderzoek*
Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is erkend.
- 30 *Lymfapress*
Apparatuur te gebruiken in de thuissituatie, ter bevordering van het afvoeren van overtollig lymfevocht uit de weefsels na operatieve ingrepen.
- 31 *Medisch adviseur*
De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
- 32 *Medisch hulpverlener*
Een in Nederland gevestigd arts, diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, huisarts, kaakchirurg, medisch specialist, logopedist, orthodontist, tandarts en verloskundige die voldoet aan de eisen als bedoeld in de toepasselijke wet- en regelgeving.
- 33 *Medische indicatie*
De indicatie voor verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.
- 34 *Medisch-specialistische zorg*
Behandeling of onderzoek, volgens hetgeen in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.
- 35 *Mondhygiënist*
Een in Nederland gevestigde mondhygiënist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- 36 *Ongeval*
Een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht waarvan door de verzekeraar de aard en plaats geneeskundig vast te stellen zijn.
- 37 *Orthodontist*
Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 38 *Podotherapie*
Het met een geneeskundig doel behouden en verbeteren van de functie van de voet door middel van het aan de voet toepassen van correctieve en protectieve technieken, het uitwendig bestrijden van aan de voet aanwezige huidaandoeningen en het voorkomen en bestrijden van nagelafwijkingen, met uitzondering van die behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure.
- 39 *Repatriëring*
Het medisch noodzakelijk ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar Nederland, voor zover sprake is van verblijf in het buitenland wegens vakantie, dienstreis of studiedoeleinden.
- 40 *Resocialisatie*
Verblijf buiten het ziekenhuis in de eigen (huiselijke) omgeving, deel uitmakend van de behandeling ter voorbereiding op een naderend ontslag uit het ziekenhuis.
- 41 *Revalidatie behandelingen*
Behandeling, advisering en begeleiding gedurende een aantal uren of een gedeelte daarvan door een multidisciplinair team alsmede de hiermee verband houdende verzorging in een door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting voor revalidatiebehandeling. Het multidisciplinaire team dient in ieder geval te bestaan uit een medisch specialist, een paramedisch beroepsbeoefenaar en daarnaast uit een psycholoog of deskundige op maatschappelijk, arbeidskundig of revalidatietechnisch terrein.
- 42 *Tandarts*
Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.
- 43 *(Centrum voor) Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen*
Tandheelkundige hulp in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel aangeboren of verworven afwijkingen, heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. De behandeling dient plaats te vinden in een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkend of voorlopig erkend universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor bijzondere tandheelkunde, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

44 *Tandprotheticus*

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

45 *Verwerking van persoonsgegevens*

Elke handeling of elk geheel van handelingen met betrekking tot persoonsgegevens, waaronder in ieder geval het verzamelen, vastleggen, ordenen, bewaren, bijwerken, wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken door middel van doorzending, verspreiding of enige andere vorm van ter beschikkingstelling, samenbrengen, met elkaar in verband brengen alsmede afschermen, uitwissen of vernietigen van gegevens.

46 *Verzekeraar*

OHRA Ziektekostenverzekeringen NV.

47 *Verzekerde*

Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is geregistreerd.

48 *Verzekeringnemer*

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

49 *Wet BIG*

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

50 *Zelfstandig behandelcentrum*

Een in Nederland gevestigde instelling waarin met name niet-klinische specialistische zorg wordt verleend en die als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie.

51 *Ziekenhuis*

Een in Nederland gelegen instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis, revalidatie-inrichting, sanatorium of kraamcentrum is erkend door de bevoegde overheidsinstantie. Hiermee gelijkgesteld is het Nederlands Astma Centrum te Davos.

52 *Ziekenhuisverpleging*

De opname en het verdere verblijf van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl ononderbroken behandeling door een specialist en/of kaakchirurg medisch noodzakelijk is.

53 *Ziekenvoer*

Het medisch noodzakelijk vervoer in Nederland van de verzekerde zelf, verband houdend met medische behandeling ten behoeve van deze verzekerde, mits de kosten van deze behandeling geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen.

54 *Zorgaanbieder*

Een in Nederland gevestigde hulpverlener of hulpverlenende instantie die zorg biedt zoals omschreven in de dekking.

55 *Zorghotel*

Een door de verzekeraar als zodanig erkende instelling die hulp biedt aan personen die na een ziekenhuisopname tijdelijke voortzetting van opvang, begeleiding en/of verpleging nodig hebben.

