

ONVZ
Algemene regels 2020

De algemene regels van onze verzekeringen

Inhoud

Inleiding	9
1. De verzekeringen van ONVZ	10
Over onze verzekeringen	10
Wie de verzekering afsluit, wie verzekerd is en wie het verzekeringsbewijs krijgt	10
Welke regels de verzekering en de premie bepalen	11
2. Ik word klant van ONVZ	12
Een verzekering afsluiten of aanvragen is zó gebeurd	12
Wanneer uw verzekering ingaat	12
Wat verder van belang is	13
3. Ik ben verzekerd bij ONVZ	14
Ik heb zorg nodig	14
Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico	14
Soms vergoedt de verzekering minder, of niet	16
Ik wil zorgkosten declareren	17
Ik betaal premie	18
Meewerken en informeren	18
Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig	19
Ik wil mijn aanvullende verzekering wijzigen	19
Wij kunnen de verzekering wijzigen	19
4. Ik verlaat ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering	20
Opzeggen	20
Soms eindigt de Vrije Keuze Basisverzekering zonder opzegging	20
Soms beëindigen wij de verzekering	21
Als u fraudeert	21
Als u niet tevreden bent of een klacht heeft	21
Wat verder van belang is	22

Inleiding

Dit zijn de algemene regels van de Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen van ONVZ. Samen met de vergoedingen regelen ze waar u recht op heeft en wat u daarvoor moet doen.

Er staan ook regels in voor het afsluiten van zo'n verzekering.

Onze verzekeringen vergoeden kosten van zorg en geven recht op onze diensten.

Deze algemene regels zijn verdeeld in 4 onderwerpen.

1. De verzekeringen van ONVZ
2. Ik word klant van ONVZ
3. Ik ben verzekerd bij ONVZ
4. Ik verlaat ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering

Daarbij staat het belangrijkste in vette letters. Zo vindt u snel wat u zoekt.

1. De verzekeringen van ONVZ

Bijna iedereen in Nederland moet een basisverzekering hebben. De basisverzekering vergoedt onder meer de huisarts, het ziekenhuis, de tandarts voor kinderen tot 18 jaar, de ggz en het vervoer per ambulance. De overheid bepaalt de inhoud van de basisverzekering.

De basisverzekering van ONVZ heet de **Vrije Keuze Basisverzekering**. Met de **Vrije Keuze Basisverzekering** heeft u optimale vrijheid bij het kiezen van een zorgverlener. ONVZ heeft verder aanvullende verzekeringen, ook met deze keuzevrijheid. Daarmee kunt u de vergoedingen van de basisverzekering uitbreiden. Bijvoorbeeld met fysiotherapie, de tandarts vanaf 18 jaar of alternatieve geneeswijzen.

Over onze verzekeringen

1. Onze verzekeringen zijn allemaal **restitutieverzekeringen**. Met deze verzekeringen heeft u recht op de vergoeding van kosten van zorg en op onze diensten. We spreken hierna kortweg van 'verzekering', en van 'vergoeden van zorg'. Als wij hierna van 'ONVZ' spreken, of van 'wij' of 'ons', bedoelen we daarmee ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.¹ als het over de Vrije Keuze Basisverzekering gaat, en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.¹ als het over aanvullende (tand)verzekeringen gaat. Als we hierna over de basisverzekering van ONVZ spreken dan bedoelen we de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering.

Onze verzekeringen zijn:

- a. de Vrije Keuze Basisverzekering
 - b. de aanvullende verzekeringen:
 - Vrije Keuze Startfit
 - Vrije Keuze Extrafit
 - Vrije Keuze Benfit
 - Vrije Keuze Optifit
 - Vrije Keuze Topfit
 - Vrije Keuze Superfit
 - Wereldfit
 - OntzorgPlus
 - Zorgplan
 - c. de aanvullende tandverzekeringen:
 - Tandfit A
 - Tandfit B
 - Tandfit C
 - Tandfit D
 - Tandfit Preventief
2. **Op onze website en in de vergoedingen staat:**
 - **welke zorg** de verzekeringen vergoeden
 - **wie** die zorg mag leveren
 - **welke voorwaarden** verder gelden

Hierbinnen kunt u zelf een zorgverlener kiezen. De verzekeringen vergoeden zorg die **medisch noodzakelijk is**. Wat medisch noodzakelijk betekent staat in algemene regel 24.

Wie de verzekering afsluit, wie verzekerd is en wie het verzekeringsbewijs krijgt

3. Iedereen die volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) een basisverzekering moet hebben, kan een Vrije Keuze Basisverzekering afsluiten. Of dat voor zich laten doen.
4. De persoon die een verzekering afsluit, heet officieel **verzekeringnemer**. **Die noemen wij hierna 'hoofdverzekerde'**. Een hoofdverzekerde kan een verzekering voor zichzelf afsluiten, maar ook voor iemand anders, zoals een partner of kinderen. De persoon die verzekerd is, is de verzekerde. Als u een verzekering voor uzelf afsluit, dan bent u de hoofdverzekerde én de verzekerde.
5. **De hoofdverzekerde krijgt van ons de zorgpolis**. Dat is het bewijs van de verzekering. Op de zorgpolis staat wie er verzekerd is en welke verzekeringen zijn afgesloten.

¹ Risicodraagster van onze ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregisternummer 30135168, AFM-nummer 12000633) en van onze aanvullende en andere verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregisternummer 30209308, AFM-nummer 12001024). Beide zijn gevestigd te Houten. Postbus 392, 3990 GD Houten. Telefoon: 030 639 62 22. Fax: 030 635 12 75. Internet: www.onvz.nl

Welke regels de verzekering en de premie bepalen

6. De algemene regels en de vergoedingen bepalen de Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen.
7. De Vrije Keuze Basisverzekering wordt ook bepaald door de Zorgverzekeringswet en de regelingen die de overheid op grond daarvan heeft vastgesteld. Dat zijn onder meer het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.
8. Wijken de algemene regels, of de vergoedingen van de Vrije Keuze Basisverzekering af van de Zorgverzekeringswet? Dan geldt die wet.
9. De Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen zijn ook gebaseerd op informatie die u ons heeft verstrekt, bijvoorbeeld bij uw aanvraag.
10. Bij de algemene regels hoort ook onze premietabel¹. Daarin staan de basispremies van de verzekeringen en de kortingen en toeslagen.
11. Bent u collectief verzekerd? Dan gelden ook de regels die voor de collectieve verzekering van toepassing zijn. De voorwaarden van uw collectieve verzekering kunt u opvragen bij de partij die deze met ONVZ heeft afgesloten. Vaak is dat de werkgever.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

2. Ik word klant van ONVZ

Wilt u klant worden van ONVZ? U bent van harte welkom! Wisselen van zorgverzekeraar kan in ieder geval per 1 januari en gaat gemakkelijk met onze overstapservice.

Een verzekering afsluiten of aanvragen is zó gebeurd

12. U sluit de Vrije Keuze Basisverzekering of een Vrije Keuze aanvullende (tand)verzekering van ONVZ zelf af via onze website. U kunt ons ook het aanvraagformulier via post of e-mail sturen. U kunt de verzekeringen ook afsluiten via uw verzekeringsadviseur.
13. **Voor sommige van onze aanvullende verzekeringen stellen wij vragen over de gezondheid van de verzekerde(n).** Met de antwoorden beoordelen wij of u de aanvullende verzekering kunt afsluiten.
14. **Uw kind aanvullend verzekeren? Dat kan.** Dit kan geen hogere verzekering zijn dan die van u, uw partner of een andere verzekerde van 18 jaar of ouder die op de zorgpolis staat. Bij Wereldfit, OntzorgPlus of Zorgplan geldt dan: uzelf of uw partner moet deze verzekering hebben. En verder kan dit geen Tandfit verzekering zijn (de basisverzekering vergoedt tandheelkundige zorg tot 18 jaar). Ook voor kinderen stellen wij de vragen van algemene regel 13. Als u uw kind binnen 4 maanden na de geboorte aanmeldt, stellen wij die vragen niet.

Wanneer uw verzekering ingaat

15. **Op de zorgpolis staat wanneer uw verzekering ingaat.**
16. **Een Vrije Keuze Basisverzekering bij ONVZ gaat meestal in op 1 januari van het volgende jaar. De volgende regels gelden.**
 - a. Stapt u voor 31 december over naar ONVZ? Dan zorgen wij ervoor dat uw Vrije Keuze Basisverzekering bij ONVZ aansluit op uw huidige basisverzekering. Als er geen bijzondere omstandigheden zijn, loopt uw huidige basisverzekering tot en met 31 december door. Uw Vrije Keuze Basisverzekering bij ONVZ gaat dan in op 1 januari.

Stapt u over naar ONVZ? Onze overstapservice regelt het voor u: als u bij ons een Vrije Keuze Basisverzekering aanvraagt, zeggen wij uw huidige basisverzekering voor u op. Vraagt u ook een aanvullende verzekering bij ons aan? Dan kunnen wij uw huidige aanvullende verzekering ook voor u opzeggen. Dat doen wij pas als uw verzekering bij ons afgesloten is.

- b. Sluit u voor 1 februari een Vrije Keuze Basisverzekering van ONVZ af? En heeft u uw basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar vóór 1 januari opgezegd? Ook dan gaat uw Vrije Keuze Basisverzekering in op 1 januari.
- c. Wordt u 18 jaar en sluit u een of meer eigen verzekeringen af? Dan gaan deze in op de 1e dag van de maand na de maand dat u 18 jaar wordt. Behalve de Tandfit. Die gaat in op de dag dat u 18 jaar wordt. Dit is zo omdat de meeste zorg bij de tandarts vanaf die dag niet meer onder de basisverzekering valt. U moet de verzekeringen wel aanvragen voordat u 18 jaar wordt.
- d. Heeft u nog geen basisverzekering en moet u er (volgens de Zorgverzekeringswet) wel een hebben? En sluit u een Vrije Keuze Basisverzekering van ONVZ af binnen 4 maanden na de datum waarop u een basisverzekering moest hebben? Dan is de ingangsdatum de 1e dag waarop u verzekerd moest zijn. Sluit u een Vrije Keuze Basisverzekering af meer dan 4 maanden na de datum waarop u een basisverzekering moest hebben? Dan is de ingangsdatum de dag dat wij uw aanvraag ontvangen hebben.

Dit is bijvoorbeeld zo als u in het buitenland woonde en werkte, en in Nederland komt werken.

- e. Wisselt u van werkgever en gaat u daardoor naar een andere collectieve verzekering? Dan kunt u als die andere collectieve verzekering bij ONVZ loopt:
 - tussentijds naar ons overstappen, of
 - aan die andere collectieve verzekering bij ons deelnemen, als u al bij ONVZ verzekerd was

U moet uw oude collectieve verzekering dan wel op tijd opzeggen. Opzeggen van de basisverzekering kan tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering bij ons in op de 1e dag van de maand na de maand waarin is opgezegd. De ingangsdatum van het nieuwe dienstverband moet direct aansluiten op de einddatum van het vorige. Als u te laat opzegt, kunt u per 1 januari van het volgende jaar naar ons overstappen.

- f. Zijn de bovenstaande 5 gevallen niet van toepassing? Dan gaat de Vrije Keuze Basisverzekering in op de dag waarop wij uw aanvraag hebben ontvangen. De ingangsdatum kan na deze dag liggen als de verzekerde nog verzekerd is volgens een andere basisverzekering.

In alle gevallen geldt: als uw aanvraag niet volledig is, gaat de Vrije Keuze Basisverzekering pas in op de dag dat ONVZ alle gegevens binnen heeft.

17. **Vraagt u tegelijk met een Vrije Keuze Basisverzekering een aanvullende verzekering aan? Als er geen acceptatieprocedure volgens algemene regel 13 is, dan gelden voor de ingangsdatum van de aanvullende verzekering dezelfde regels als voor de Vrije Keuze Basisverzekering. Als er een acceptatieprocedure is, dan ontvangt u bericht of de verzekering is geaccepteerd en wat (dan) de ingangsdatum is.** Sluit u niet meteen een Vrije Keuze Basisverzekering af? Dan gaat uw aanvullende verzekering altijd per 1 januari in.

Wat verder van belang is

18. **Bij een nieuwe verzekering heeft u 14 dagen bedenktijd.**
De bedenktijd van 14 dagen gaat in op de dag dat u de zorgpolis ontvangt. U kunt dan zonder reden opzeggen. Dit betekent dat de verzekering nooit heeft bestaan. U krijgt betaalde premies terug en er bestaat geen recht op vergoeding(en).
19. **U kunt lid worden van Vereniging ONVZ.**
Sluit u een Vrije Keuze Basisverzekering van ONVZ af? Dan kunt u lid worden van de Vereniging ONVZ. Deze vereniging heeft een belangrijke stem binnen ONVZ. Iedere hoofdverzekerde kan maar 1 keer lid zijn, ook al sluit hij voor meer personen de Vrije Keuze Basisverzekering af. Het lidmaatschap eindigt als de Vrije Keuze Basisverzekering eindigt.
20. **Neemt u per e-mail of via social media contact met ons op? Dan mogen wij ook via die weg reageren.**
Dat doen wij niet als dat door privacyregels niet kan, of als u aangeeft dat u via andere weg reactie wilt ontvangen. **Neemt u via de website contact met ons op? Dan reageren wij telefonisch of via e-mail.**

3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

U heeft een verzekering bij ONVZ. Dan heeft u recht op vergoeding van zorgkosten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing, of geldt er een eigen bijdrage?

Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? Aan de hand van de volgende regels bepalen wij of wij de zorg vergoeden. Meestal gaat de vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt dan rechtstreeks vergoeding van ONVZ en ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener. U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet zonder onze toestemming aan iemand anders overdragen. En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een nota van die ander gaat betalen.
22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op diensten die op onze website onder vergoedingen staan, als aan de voorwaarden is voldaan.** We bedoelen de algemene regels die u nu leest, en de voorwaarden die bij vergoedingen op de website staan.

Voorbeeld

In de algemene regels staat dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt altijd, ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan bijvoorbeeld als voorwaarde staan dat de zorgverlener een bepaalde specialisatie heeft. Of dat u van ons toestemming moet hebben voor u naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de zorg zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of (bijvoorbeeld bij een geneesmiddel) de datum van aflevering die op de nota staat, moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling als 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de openingsdatums van de dbc bij ons verzekerd zijn.
24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**
- a. waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen, en**
 - b. die naar inhoud en omvang als effectief en veilig wordt beschouwd**
- Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond en in de praktijk is gebleken dat de zorg goed werkt. Is dat niet aangetoond of gebleken dan geldt wat het betrokken vakgebied (de hele groep van zorgverleners) goede zorg vindt. Verder moet de zorg voor u doeltreffend zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
- Wij vergoeden ook alleen zorg die de groep van zorgverleners rekent tot hun geaccepteerde zorgaanbod. En die een zorgverlener uit die groep levert, op een manier die de groep professioneel en juist vindt.** We noemen dit gebruikelijke zorg. Met andere woorden: de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.
25. **De overheid bepaalt soms het tarief.** Voor sommige behandelingen stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) een vaste of maximumprijs vast. Wij vergoeden dan deze vaste prijs, of niet meer dan de maximumprijs.

Is er geen vaste of maximumprijs van de overheid? Dan vergoeden wij een marktconforme prijs.

'Marktconform' betekent dat de nota van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Voor een Zvw-pgb voor verpleging en verzorging gelden de maximumbedragen die in het reglement Zvw-pgb¹ staan.

Wij betalen altijd in euro's. Is het bedrag op de nota van uw zorgverlener in een andere muntsoort? Dan rekenen wij het bedrag om naar euro's. Wij rekenen met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontving.

Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico

26. **Soms betaalt u een eigen bijdrage.** Voor sommige zorg van de Vrije Keuze Basisverzekering (zoals kraamzorg thuis, sommige geneesmiddelen en een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage². Dat is een bedrag dat u zelf moet betalen als u de zorg krijgt. De overheid bepaalt de eigen bijdragen.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-bijdrage

27. **U betaalt ook het verplichte eigen risico³.** De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. **Voor 2020 is het bedrag € 385.** Dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. **Het eigen risico geldt alleen voor de Vrije Keuze Basisverzekering.**

U betaalt geen eigen risico over de eigen bijdrage. Dit werkt als volgt. Als wij een nota van u krijgen, halen we daar eerst uw eigen bijdrage vanaf. Daarna berekenen wij het eigen risico. Bij geneesmiddelen werkt dit anders. Als u de maximale eigen bijdrage van € 250 heeft betaald, vergoedt de basisverzekering de rest. Die kosten vallen dan wel onder het eigen risico.

28. **Het eigen risico gaat in op de 1e dag van de maand na de maand waarin u 18 jaar wordt.** Onder de 18 en in de maand van de 18e verjaardag geldt geen eigen risico.

29. U kunt bovenop het verplichte eigen risico per kalenderjaar een vrijwillig eigen risico kiezen. Ook dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. U krijgt daarvoor korting op de premie. In de premietabel² leest u welke bedragen u kunt kiezen als vrijwillig eigen risico, en welke korting u dan krijgt. Wij verrekenen zorgkosten eerst met het verplichte en dan met het vrijwillig eigen risico.

30. Wordt u 18 jaar en wilt u een vrijwillig eigen risico? Dan moet u dat aan ons doorgeven binnen 30 dagen nadat u 18 jaar bent geworden. Doet u dat niet, dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Tot die tijd geldt dan alleen het verplichte eigen risico.

31. **Voor sommige zorgkosten geldt geen (verplicht of vrijwillig) eigen risico.** In de tabel hieronder leggen wij dit uit.

Het eigen risico geldt niet voor de kosten van ...	Maar wel voor de kosten van ...
huisartsenzorg	onderzoek of behandeling buiten de huisartsenpraktijk, als de huisarts het voorschrijft, en de kosten apart in rekening worden gebracht
multidisciplinaire eerstelijnszorg bij chronische aandoeningen	
verpleging en verzorging in eigen omgeving (wijkverpleging)	eerstelijns verblijf
voetzorg bij diabetes mellitus (suikerziekte)	
programma 's voor stoppen met roken	
gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht	
medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik van geneesmiddelen op recept door een aangewezen apotheek	de geneesmiddelen zelf
verloskundige zorg en kraamzorg	zorg die daarmee te maken heeft, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer
hulpmiddelen die u in bruikleen krijgt	de verbruiksartikelen voor deze hulpmiddelen en gebruikskosten
nacontrole bij u als donor van een orgaan of weefsel, als de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar) voorbij is	
vervoerskosten die u als orgaan- of weefseldonor maakt	
zorg die de aanvullende verzekeringen vergoeden	

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-risico

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

32. Declareert u of uw zorgverlener zorg die onder het eigen risico valt? Dan telt die zorg mee voor het eigen risico van het jaar van behandeling. Soms moet de zorgverlener van de overheid de consulten, onderzoeken en behandelingen in 1 keer declareren, bijvoorbeeld met een dbc. Is dat zo? Dan telt de dbc mee voor het eigen risico in het jaar waarin de dbc is geopend.
33. **Maakt u in 2020 zorgkosten en stuurt uw zorgverlener ons de nota pas in 2022 of later? Dan brengen we het verplichte eigen risico niet in rekening.** Als het aan u ligt dat wij de nota's niet eerder ontvangen, kunnen wij het eigen risico wel in rekening brengen.
34. **Bent u maar een deel van het jaar bij ons verzekerd? Dan passen wij het verplichte (en een vrijwillig) eigen risico en de maximale eigen bijdrage voor geneesmiddelen daarop aan.** Wij berekenen allebei dan op basis van het aantal dagen dat de verzekering heeft gelopen of dat premie moest worden betaald. De uitkomst ronden wij af op hele euro's. **Wordt u in de loop van het jaar 18? Ook dan passen wij het eigen risico daarop aan, maar niet de eigen bijdrage. Die geldt namelijk ook onder de 18.**

Uw verzekering gaat in op 3 februari. Er zijn dan 33 dagen van het jaar voorbij en nog 333 te gaan. Uw eigen risico is 333/366 van € 385: € 350,29. We ronden dat af op € 350.

Soms vergoedt de verzekering minder, of niet

35. **Soms moet u voor zorg of hulp naar het zorgkantoor of de gemeente. Dan vergoeden de Vrije Keuze Basisverzekering en aanvullende verzekeringen de zorg of hulp niet.** Ook niet als u de zorg of hulp van zorgkantoor of gemeente niet voldoende vindt. OntzorgPlus heeft een eigen regeling.

Het gaat onder meer om:

- intensieve zorg (Wet langdurige zorg, Wlz)
- ondersteuning om zolang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Wmo 2015)
- zorg en hulp voor jongeren (Jeugdwet). Hieronder valt ook geestelijke gezondheidszorg onder de 18 jaar

36. **De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook de volgende zorg en diensten niet. De aanvullende verzekeringen soms wel.**

Niet vergoed door Vrije Keuze Basisverzekering	Soms helemaal of gedeeltelijk door aanvullende verzekering
eigen bijdragen volgens <ul style="list-style-type: none"> • Wet langdurige zorg • Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 • Jeugdwet 	
eigen bijdragen voor bevolkingsonderzoek	
keuringen, zoals aanstellingskeuringen en rijbewijskeuringen	
het verstrekken van doktersverklaringen	
griep prik	Benefit en hoger
geneesmiddelen tegen ziekte op reis	Startfit en hoger
alternatieve geneeswijzen	Extrafit en hoger
kosten voor te laat betalen van nota's	
niet nagekomen zorgafspraken (no-show)	
schade door (burger)oorlog, opstand, en vergelijkbare conflicten	
activiteiten om een bepaald sportniveau te bereiken, of sportprestaties te verbeteren	Extrafit en hoger (alleen de sportarts)

37. Als uw zorgkosten het gevolg zijn van terroristische handelingen¹ dan kan het zijn dat u een lagere vergoeding krijgt. Wij hebben onze verplichting om deze zorgkosten te vergoeden verzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Deze verzekering vergoedt maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Zijn er meer kosten? Dan vergoedt de NHT deze voor een deel. Wij vergoeden de zorgkosten dan ook voor dit deel. Hebben wij de kosten niet verzekerd bij NHT? Ook dan vergoeden wij de kosten voor een gelijk deel, alsof ze wel verzekerd zouden zijn bij de NHT.

Woont u niet in Nederland? Dan krijgt u zorg die het gevolg is van terroristische handelingen niet vergoed.

38. De overheid kan in uitzonderlijke situaties zoals natuurrampen een deel van de zorgkosten vergoeden. Dan heeft u recht op een aanvullende vergoeding volgens de wettelijke regels.

39. **Voor de aanvullende verzekeringen gelden de volgende 2 beperkingen. In de praktijk merkt u dit niet.** Verzekeraars lossen dit zoveel mogelijk samen op.

1. **De aanvullende verzekering vergoedt niet voor het deel waarvoor een andere regeling geldt.**

De aanvullende verzekeringen zijn 'excedent'-verzekeringen. Dit betekent dat de vergoedingen niet gelden voor zover een andere regeling vergoedt. Daarboven vergoeden wij wel, tot de maximale vergoeding. Een regeling is een verzekering, wet of voorziening.

2. **De aanvullende verzekering vergoedt niet bij samenloop.**

Samenloop betekent dat zorg of zorgkosten onder 2 of meer regelingen vallen. Of onder die andere regeling zou vallen, als de aanvullende verzekering niet bestond. Het maakt niet uit of de andere regeling eerder of later is ingegaan.

40. **Onze basisverzekering en aanvullende verzekeringen vergoeden de volgende zorg ook niet.**

a. Zorg die is voorgeschreven of geleverd:

- door de verzekerde aan zichzelf
- door de verzekerde aan een gezinslid
- door een familielid in de 1e of 2e graad aan een verzekerde

Wij vergoeden deze zorg wel als we vooraf toestemming hebben gegeven.

b. Heeft u bij een andere zorgverzekeraar een natura basisverzekering? En gaat u naar een zorgverlener waarmee uw verzekeraar geen overeenkomst heeft? Bij een naturaverzekering moet u een (flink) deel van uw zorgkosten zelf betalen als u naar een zorgverlener gaat waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft. Uw aanvullende verzekering vergoedt dat deel niet.

Onze aanvullende verzekeringen vergoeden ook geen zorg die nodig is als gevolg van uw opzet of roekeloosheid.

Ik wil zorgkosten declareren

U heeft zorg gekregen en vraagt zich af hoe het zit met de vergoeding. Vaak heeft u hier geen omkijken naar. Want zorgverleners sturen ons de nota meestal rechtstreeks. Krijgt u toch een nota zelf? Dan kunt u die op verschillende manieren bij ons indienen. Hieronder leest u hoe het werkt.

41. **Veel zorgverleners dienen de nota rechtstreeks bij ons in. Wij betalen dan rechtstreeks aan de zorgverlener. Zo voldoen wij aan de verplichting om uw nota te vergoeden.**

Betalen wij de zorgverlener meer dan waarop u recht heeft? Dan kunnen wij het verschil bij de zorgverlener terugvragen.

42. **Het kan ook zijn dat u ons zorgkosten moet terugbetalen.** Als wij rechtstreeks met uw zorgverlener afrekenen, betalen wij de hele nota. Dat doen wij ook als u een deel van de nota zelf moet betalen door het eigen risico of een eigen bijdrage. Of doordat niet alle zorg door uw verzekeringen wordt vergoed. Voor het bedrag dat u zelf moet betalen, krijgt u van ons een nota. Die moet u binnen 21 dagen betalen.

43. **Dient u zelf een nota van een zorgverlener bij ons in? Dan moet u zich aan de volgende 3 regels houden.** Anders kan het zijn dat wij de kosten niet vergoeden.

a. **Dien uw nota's zo snel mogelijk bij ons in. We moeten ze binnen 3 jaar hebben ontvangen.** De 3 jaar gaan in op het moment dat u de zorg gekregen heeft. Dus niet op het moment dat gedeclareerd is.

b. **Nota's die u indient moeten duidelijk zijn.** Er moet bijvoorbeeld in staan welke zorg u heeft gekregen, en wie die heeft verleend. De nota's moeten in het Nederlands zijn, of in het Engels, Duits, Frans of Spaans. Anders kunnen wij om een vertaling vragen.

¹ Gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen

- c. Dient u de nota digitaal in, bijvoorbeeld via de ONVZ app of onze website? **U moet de originele nota nog 1 jaar bewaren nadat wij deze hebben ontvangen.** Wij kunnen u vragen ons het origineel toe te sturen.
 - d. Soms vergoedt ONVZ aan een zorgverlener meer dan waarop de verzekering recht geeft. Dan gaat u ermee akkoord dat ONVZ zelf het teveel betaalde terug vraagt van de zorgverlener.
44. **Wij kunnen nota's controleren.** Wij gaan dan bijvoorbeeld na of u de zorg wel heeft gekregen en nodig had.

Ik betaal premie

45. **De hoofdverzekerde moet de premies voor de verzekerden steeds vooraf betalen.** U kunt kiezen voor betalen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar.

46. **Voor kinderen tot 18 jaar betaalt u voor de volgende 7 verzekeringen geen premie.**

- Vrije Keuze Basisverzekering
- Vrije Keuze Startfit
- Vrije Keuze Extrafit
- Vrije Keuze Benfit
- Vrije Keuze Optifit
- Wereldfit
- OntzorgPlus

Voor Vrije Keuze Topfit en Superfit geldt een speciale kinderpremie. Die betaalt u voor maximaal 2 kinderen. U moet kinderen zelf aanmelden.

U gaat premie betalen vanaf de 1e maand na de 18e verjaardag. Dan bestaat ook geen recht meer op de kinderpremie.

47. **U betaalt de basispremie. Daar kunnen nog kortingen vanaf gaan.** De basispremie en de kortingen staan in de premietabel. Korting krijgt u:

- als u per kwartaal, half jaar of jaar betaalt in plaats van per maand
- als u een vrijwillig eigen risico kiest
- als deelnemer aan de collectiviteit van Vereniging ONVZ
- als u aan een andere collectiviteit deelneemt

48. Combineert u onze aanvullende verzekering(en) niet met een Vrije Keuze Basisverzekering? Dan betaalt u bovenop de premie een toeslag van 50%. Behalve voor de OntzorgPlus. Daarvoor is de toeslag € 20 per maand.

Woont u in het buitenland? Daar geldt soms een heffing of belasting op premie. Deze berekenen wij aan u door.

49. Berekenen wij premie over een deel van 1 maand? Dan stellen we 1 maand op 30 dagen.

50. U mag premie die u moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.

51. Tijdens detentie worden uw verzekeringen opgeschort. De overheid regelt dan uw zorg. Dit betekent dat u bij ons geen aanspraak kunt maken op vergoeding van zorg. U hoeft ons ook geen premie te betalen. U moet ons laten weten dat u in detentie zit, en voor welke periode. U moet ons ook laten weten wanneer u vrij bent gekomen.

Meewerken en informeren

52. **Hebben wij voor controle of onderzoek informatie nodig? Dan moet u daar aan meewerken.** U moet zorgen dat onze medisch adviseur of een andere medewerker die informatie krijgt. Bijvoorbeeld van uw behandelend arts. Hierbij gelden de privacyregels. Werkt u niet mee, dan kan het zijn dat u nota's niet vergoed krijgt, of ons moet terugbetalen.

53. **Belangrijke veranderingen in uw situatie moet u binnen 1 maand aan ons doorgeven.**

Met belangrijk bedoelen we gebeurtenissen waarvan wij op de hoogte moeten zijn om uw verzekering goed uit te voeren. Bijvoorbeeld:

- u verhuist naar het buitenland of gaat daar werken
- u krijgt een ander bankrekeningnummer
- u heeft een kind gekregen
- u bent niet langer verplicht om een basisverzekering te hebben

Doet u dit niet, dan kan het zijn dat u nota's niet vergoed krijgt.

54. Is iemand anders aansprakelijk voor uw zorgkosten, bijvoorbeeld omdat u bent aangereden? Of heeft u een (reis)verzekering die de zorgkosten dekt? **U moet meewerken als wij de zorgkosten bij die andere persoon of verzekeraar willen terugvragen.** Vraagt u zelf ook (andere) kosten terug bij de tegenpartij? Dat mag onze rechten niet beperken. Anders kan het zijn dat u de zorgkosten aan ons moet terugbetalen.

Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig.

55. Als u bij ons een verzekering heeft of aanvraagt, nemen wij uw gegevens op in onze administratie. Als u ons belt kunnen wij het telefoongesprek opnemen en omzetten in geschreven tekst. Hierbij gelden de privacyregels. Die regels staan in de wet, onze gedragscode en ons privacy statement. In ons privacy statement¹ vindt u hierover meer informatie.
56. **Wij moeten uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie opnemen.** Wij moeten het ook gebruiken in de contacten met zorgverleners.
57. Wij gebruiken uw gegevens en opgenomen telefoongesprekken:
- om uw verzekeringen en onze dienstverlening uit te voeren en te verbeteren
 - om te voldoen aan wettelijke verplichtingen
 - voor controle, analyse en (wetenschappelijk of statistisch) onderzoek
 - voor marketing
 - voor het voorkomen en bestrijden van fraude en andere criminaliteit
- Soms gebruiken wij ook medische gegevens. Dat doen wij alleen als dat nodig is voor deze doelen, behalve marketing. Meer informatie hierover staat in ons privacy statement¹. Daar staat ook in wat uw rechten zijn.
58. De stichting CIS houdt bij wie heeft gefraudeerd. Wij mogen daar nagaan of u er bekend bent. Ook mogen wij uw gegevens via het CIS uitwisselen met andere verzekeraars, als daar reden voor is. Wij gebruiken deze informatie bij het afsluiten van verzekeringen en het behandelen van declaraties. Het CIS heeft een eigen privacyreglement. U vindt het via www.stichtingcis.nl.
59. Om uw verzekeringen uit te voeren vragen en geven wij uw adres- en polisgegevens aan anderen, zoals zorgverleners en hulpmiddelenleveranciers. Wij doen dat digitaal via het netwerk voor veilige communicatie in de zorg (Vecozo), of via een beveiligde e-mailverbinding. Zo kan de zorg die u krijgt op een makkelijke en veilige manier bij ons worden gedeclareerd. Neemt u deel aan een collectieve verzekering via uw werkgever? Dan wisselen wij voor de uitvoering van de verzekeringen gegevens uit met uw werkgever. Zo kijken wij of u (nog) recht op premiekorting heeft.
- Is er een dringende reden om uw adres niet uit te wisselen? Dan kunt u dat bij ons melden.
60. Wilt u geen post, e-mail of andere uitingen ontvangen met marketing als doel? Geef het aan ons door. Dan sturen wij u deze informatie niet meer.

Ik wil mijn aanvullende verzekering wijzigen

61. Stapt u over naar een andere aanvullende verzekering van ONVZ? Dan tellen zorgkosten die de oude aanvullende verzekering heeft vergoed mee voor de maximale vergoeding van de nieuwe aanvullende verzekering.

Wij kunnen de verzekering wijzigen

62. **Wij kunnen de voorwaarden en de premie van de verzekeringen wijzigen. De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht over deze wijzigingen.** Daarin staat ook wanneer de wijzigingen ingaan. Meestal is dat op 1 januari. Als wij de basispremie wijzigen gaat de nieuwe premie na 7 weken in. Later kan ook. Soms kunt u dan opzeggen. Dit staat in algemene regel 63.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

4. Ik verlaat ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering

We hopen natuurlijk dat u bij ons blijft. Wilt u de verzekering toch beëindigen? Hier leest u hoe en wanneer u dat kunt doen.

Opzeggen

63. **De hoofdverzekerde kan de verzekering elk jaar opzeggen.** Dit kan met een brief, een e-mail of via de website. Als de opzegging op 31 december bij ons binnen is, eindigt de verzekering op 1 januari van het volgende jaar.

In 5 gevallen kan de hoofdverzekerde ook tijdens het jaar opzeggen.

- a. Als u nog in de bedenktijd van algemene regel 18 zit.
- b. Als u van werkgever verandert, en u bij uw oude én nieuwe werkgever aan een collectieve verzekering deelneemt. De opzegging moet dan wel binnen 1 maand na het einde van uw oude dienstverband bij ons binnen zijn. De opzegging gaat in op de 1e dag van de volgende maand. Anders loopt de oude verzekering nog door tot 1 januari van het volgende jaar. De korting voor de collectiviteit geldt dan niet meer.
- c. Als de hoofdverzekerde iemand anders verzekerd heeft, en deze verzekerde een nieuwe verzekering krijgt. Dit kan bijvoorbeeld bij scheiding. De oude verzekering eindigt op het moment dat de nieuwe verzekering ingaat. De opzegging moet wel op dat moment bij ons binnen zijn. Anders loopt de oude verzekering nog door in de maand waarin wij de opzegging ontvangen en de maand daarna.
- d. Als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens algemene regel 62. De verzekering eindigt op de datum waarop de wijziging zou ingaan. U moet dan wel opzeggen voordat de wijziging ingaat, of binnen 1 maand nadat de hoofdverzekerde bericht over de wijziging heeft gekregen. Opzeggen kan niet als de wijziging het gevolg is van het veranderen van een wettelijke bepaling, of als de wijziging voordelig voor u is.
- e. Als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) u laat weten dat wij medische gegevens over u hebben bekeken die niet voor ons bestemd waren. Wij zullen dat ook nooit doen. De opzegging moet binnen 6 weken na het bericht van de NZa bij ons binnen zijn. Uw verzekering eindigt dan op de 1e dag van de 2e maand na uw opzegging.

64. **Als het CAK u bij ons heeft verzekerd, kunt u de eerste 12 maanden niet opzeggen. Daarna wel, ook tijdens het jaar.** Het CAK is een organisatie van de overheid. Die kijkt wie geen basisverzekering heeft, maar er wel een moet hebben. Zo nodig sluit het CAK dan een basisverzekering af en kiest zelf de verzekeraar.

U kunt die verzekering wel binnen 14 dagen opzeggen als u aantoont dat u wél een basisverzekering had.

Soms eindigt de Vrije Keuze Basisverzekering zonder opzegging

65. Blijkt na het afsluiten van een Vrije Keuze Basisverzekering dat u hierop geen recht heeft? Dan eindigt de Vrije Keuze Basisverzekering vanaf de ingangsdatum of de datum waarop u er geen recht meer op had. Heeft u al premie betaald? Dan betalen wij die terug. Zorgkosten die wij hebben vergoed, halen wij hier van af. Zijn de door ons betaalde zorgkosten hoger dan de door u betaalde premie? Dan moet u ons het verschil terugbetalen.

U heeft bijvoorbeeld in de volgende gevallen geen recht op een Vrije Keuze Basisverzekering:

- u bent militair in werkelijke dienst. Dan bent u via SZVK verzekerd
- u werkt in een ander EU-land. Dan moet u in dat land een zorgverzekering afsluiten

66. De verzekeringen eindigen op de dag na de dag waarop de verzekerde overlijdt. Teveel betaalde premie betalen wij terug of verrekenen wij.

67. De Vrije Keuze Basisverzekering eindigt ook als onze vergunning als schadeverzekeraar zou worden ingetrokken. U krijgt daarvan minimaal 2 maanden vooraf bericht.

Soms beëindigen wij de verzekering

68. Verlaagt u of uw partner de aanvullende verzekering? Dan verlagen wij ook de aanvullende verzekering van de kinderen. Beëindigt u of uw partner de aanvullende verzekering? Dan beëindigen wij ook de aanvullende verzekering van de kinderen. Dit geldt ook als wij de betreffende aanvullende verzekering beëindigen. Wij verlagen of beëindigen niet als er een verzekerde van 18 jaar of ouder overblijft op het polisblad met een gelijke of hogere aanvullende verzekering dan de kinderen. Eindigt uw Topfit verzekering en heeft u ook Tandfit D? Dan beëindigen wij uw Tandfit D ook. Een Tandfit D zonder Topfit is niet mogelijk.
69. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en) als uw basisverzekering eindigt omdat u geen recht meer heeft op een (Nederlandse of buitenlandse) basisverzekering.
70. **Wij beëindigen de verzekering(en) als u niet op tijd betaalt.** Voor wij uw verzekering(en) beëindigen, doorlopen wij de volgende stappen.
- Als u de premie niet (op tijd) betaalt, sturen wij u een aanmaning. Dat doen wij ook als u zorgkosten die wij hebben voorgesloten niet (op tijd) terugbetaalt.
 - Heeft u een betalingsachterstand van 2 maanden premie? Dan sturen wij u een voorstel voor een betalingsregeling. Accepteert u dat voorstel niet? En betaalt u ook het openstaande bedrag niet? Dan beëindigen wij uw verzekering(en).
 - Heeft u een betalingsachterstand van zorgkosten, eigen risico of eigen bijdragen die u moet terugbetalen? Dan sturen wij u ook een voorstel voor een betalingsregeling. Accepteert u dat voorstel niet? En betaalt u ook het openstaande bedrag niet? Dan kunnen wij uw verzekering(en) beëindigen.
71. Betaalt u premie per kwartaal, halfjaar of jaar en betaalt u niet (op tijd)? Dan kunnen wij bepalen dat u per maand moet betalen. De premiekorting voor betaling per kwartaal, halfjaar of jaar vervalt dan.
72. **Moeten wij kosten maken om te zorgen dat u premie en voorgesloten kosten (terug)betaalt?** Dan komen die voor uw rekening. Het kan bijvoorbeeld gaan om de kosten van een incassobureau of van een rechtszaak.
73. Wij kunnen de verzekering ook beëindigen als u gefraudeerd heeft.

Als u fraudeert

74. **Bij fraude nemen wij maatregelen.** Wij spreken van fraude als u bewust een regel overtreedt of dat door een ander laat doen om er zelf beter van te worden. Dit is het geval als u met onjuiste of onvolledige informatie bij ons een verzekering afsluit of probeert af te sluiten. Of van ons een vergoeding of dienst krijgt of probeert te krijgen terwijl u daar geen recht op heeft.

Voorbeelden van fraude zijn:

- u stuurt ons stukken die vervalst zijn
- u geeft ons opzettelijk een onjuist beeld van uw situatie
- u vermeldt bij een declaratie iets wat niet waar is
- u houdt informatie achter die voor ons van belang is

75. Bij een vermoeden van fraude starten wij een onderzoek. Wij houden ons aan het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit¹. In dit Protocol hebben verzekeraars afspraken gemaakt over de aanpak van fraude.

76. Is fraude vastgesteld? Dan kunnen dit de gevolgen zijn:
- nota's waarmee is gefraudeerd vergoeden wij niet
 - nota's die wij onterecht aan u of uw zorgverlener hebben betaald vorderen wij van u terug
 - kosten van het fraudeonderzoek brengen wij bij u in rekening
 - wij kunnen aangifte doen bij de politie
 - wij kunnen uw gegevens (laten) opnemen in de registers die in algemene regel 58 staan
 - wij kunnen uw verzekeringen met terugwerkende kracht tot de datum van de fraude beëindigen
 - wij kunnen u tot 5 jaar daarna weigeren voor een nieuwe verzekering

Als u niet tevreden bent of een klacht heeft

Wij doen ons best om u zo goed mogelijk van dienst te zijn. Toch kan het gebeuren dat u niet tevreden bent of het niet eens bent met een beslissing die we hebben genomen. Wilt u een klacht indienen? Hieronder leggen wij uit hoe u dit kunt doen.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

77. **Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of ontevreden met onze dienstverlening? Dan kunt u bij onze Klachtenservice een klacht indienen.** U ontvangt onze reactie binnen 30 dagen.
78. **Bent u niet tevreden met onze reactie of reageren wij niet? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).** De procedure bij de SKGZ verloopt in 2 stappen.
- Eerst probeert de Ombudsman uw klacht door bemiddeling op te lossen.
 - Als dat niet lukt, kunt u uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie.

Meer informatie vindt u op de website skgz.nl/procedure.

U kunt uw klacht op 2 manieren bij de SKGZ indienen.

- Via het klachtenformulier op skgz.nl/klacht-indienen
- Door een brief te sturen naar:

SKGZ
Antwoordnummer 5518
3700 VB Zeist

U moet de klacht op tijd bij SKGZ indienen. De SKGZ heeft 4 termijnen.

- Heeft u een reactie van ons gekregen? U kunt uw klacht tot 1 jaar na ons antwoord indienen bij de Ombudsman.
- Hebben wij niet gereageerd? U kunt uw klacht tot 13 maanden na uw vraag aan ONVZ indienen bij de Ombudsman.
- U kunt de SKGZ vragen of u uw klacht direct aan de Geschillencommissie mag voorleggen. Dit kan tot 1 jaar na het (niet) handelen van ONVZ waar uw klacht over gaat. Heeft u het (niet) handelen niet direct gemerkt? Dan gaat de termijn van 1 jaar in op het moment dat u wel op de hoogte had kunnen zijn.
- Heeft de Ombudsman uw probleem volgens u niet opgelost, en wilt u uw klacht daarom voorleggen aan de Geschillencommissie? Dit kan tot 3 maanden nadat de Ombudsman u zijn antwoord heeft laten weten.

U kunt uw klacht mogelijk ook voorleggen aan de burgerlijke rechter. U kunt dan niet meer naar de SKGZ.

79. Is uw klacht dat onze formulieren te ingewikkeld of overbodig zijn? Dan kunt u deze ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) indienen. Dat kan via de telefoon of e-mail.

Nederlandse Zorgautoriteit
Informatielijn: 088 770 87 70
E-mail: informatielijn@nza.nl

Wat verder van belang is

80. De verzekeringen vallen onder Nederlands recht.