



Polisvoorwaarden
Vrije Keuze Zorgplan 2010



ONVZ Vrije Keuze Zorgplan

Kwaliteit staat bij ONVZ voorop

Goed dat u heeft gekozen voor ONVZ Zorgverzekeraar! ONVZ combineert kwalitatieve producten met persoonlijke aandacht. En biedt optimale keuzevrijheid in zorgverleners en medicijnen. Met ondersteuning van onze ZorgConsulent: een gids in gezondheid. Zij geeft informatie en advies over gezondheid, checkt uw wachttijden of regelt een second opinion. Heeft u trouwens ooit gekeken naar ons uitgebreide preventieaanbod?

In dit boekje staan de polisvoorwaarden van het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan 2010 op een rij. Waar heeft u recht op? Welke diensten biedt ONVZ? En hoe kunt u hier gebruik van maken? De voorwaarden gaan in per 1 januari 2010 (en gelden tot eventuele wijzigingen van kracht worden). Op uw polisblad ziet u welke voorwaarden voor u van toepassing zijn.

Vrije Keuze Zorgplan

Het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan bestaat uit de Vrije Keuze Basisverzekering en verschillende aanvullende verzekeringen. Van de Extrafit tot de zeer uitgebreide Superfit.

De algemene bepalingen van onze verzekeringen vindt u in deel A (vanaf pagina 9). De dekkingen (deel B) en onze extra ONVZ Zorgdiensten (deel C) starten op pagina 31 en staan vermeld per product. Wilt u snel weten wat de dekking is voor een behandeling? Kijk dan in het snel-zoek-overzicht voorin.

Algemene bepalingen (deel A)

In de algemene bepalingen staan afspraken over uw rechten (bv. privacy) en plichten (bv. premiebetaling, doorgeven adreswijzigingen). Deel A-1 geldt voor alle verzekeringen. Deel A-2 gaat alleen op voor de aanvullende verzekeringen (waarbij enkele bepalingen uit A-1 zijn uitgesloten).

Vrije Keuze Basisverzekering (deel B en C)

De Vrije Keuze Basisverzekering biedt een basisdekking (deel B) en een aantal zorgdiensten (deel C). Via de inhoudsopgave aan het begin van dit deel krijgt u snel een beeld.

Aanvullende verzekeringen (deel B en C)

Elke aanvullende verzekering heeft een eigen dekking en zorgdiensten. Vanaf pagina 55 vindt u al onze producten. Elk deel begint met een inhoudsopgave. Handig voor het overzicht.

Vragen?

Heeft u vragen over de polisvoorwaarden of wilt u graag een toelichting? Neem dan contact op met uw verzekeringsadviseur of bel met het ONVZ Service Center op 030 639 62 22. Wij helpen u graag verder.

Risicodraagster voor de zorgverzekering is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregister Utrecht: 30135168, AFM-nr. 12000633) en voor de aanvullende verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister Utrecht: 30209308, AFM-nr. 12001024), beide gevestigd te Houten. Postbus 392, 3990 GD Houten. Telefoon: 030 639 62 22. Fax: 030 635 12 75. Internet: www.onvz.nl.

Inhoudsopgave

Contactgegevens	5
Snel-zoek-overzicht	6
Algemene bepalingen	9
Algemene bepalingen Deel A-1	11
Algemene bepalingen Deel A-2	24
Hoofdverzekering	
ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	31
Deel B Omvang Dekking	33
Deel C Zorgdiensten	53
Aanvullende verzekeringen	
ONVZ Vrije Keuze Extrafit	55
Deel B Omvang Dekking	57
Deel C Zorgdiensten	62
ONVZ Vrije Keuze Benfit	65
Deel B Omvang Dekking	68
Deel C Zorgdiensten	76

ONVZ Vrije Keuze Optifit	79
Deel B Omvang Dekking	82
Deel C Zorgdiensten	92
ONVZ Vrije Keuze Topfit	95
Deel B Omvang Dekking	98
Deel C Zorgdiensten	108
ONVZ Vrije Keuze Superfit	111
Deel B Omvang Dekking	114
Deel C Zorgdiensten	131
ONVZ Tandfit	135
Deel B Omvang Dekking	137
ONVZ Zó-fit	139
Polisvoorwaarden ONVZ Zó-fit	141
ONVZ ZorgConsulent	143
ONVZ Privé Zorgpakket	147
Deel B Omvang Dekking	149

Contactgegevens

ONVZ Zorgverzekeraar

Postbus 392
3990 GD Houten
Telefoon 030 639 62 22
Fax 030 635 12 75
Internet www.onvz.nl

ONVZ Service Center

Voor algemene vragen over uw zorgverzekering
Telefoon 030 639 62 22

ONVZ ZorgConsulent

Informatie over behandelmethodes,
het regelen van zorg en wachtlijstbemiddeling
Telefoon 0800 022 14 50
zorgconsulent@onvz.nl

ONVZ Kraamzorg Service

Informatie over en aanvraag van kraamzorg
Telefoon 079 343 04 64

ONVZ Zorgassistance

Advies over geneeskundige
zorg in noodsituaties
Telefoon 0031 (0)88 668 97 67

ONVZ Zó-fit Assistent

Persoonlijke bemiddeling voor
verzekerden met een ONVZ Zó-fit
Telefoon 030 639 62 25
E-mail zo-fit@onvz.nl

ONVZ Verhaalszaken

Verhaalsbijstand bij verhaal van
letselschade op een aansprakelijke derde
Telefoon 030 639 62 64

Taxivervoer

Telefoon 0900 333 33 30

Snel-zoek-overzicht

	Basisverzekering	Extrafit	Benfit	Optifit	Topfit	Superfit
Acnébehandeling	-	59	71	86	102	118
Alternatieve geneeswijzen	-	58	70	84	100	116
Audiologische zorg	43	-	-	-	-	-
Beweegprogramma's	-	-	71	86	102	118
Brillenglazen / contactlenzen / ooglaseren	-	-	-	85	101	117
Buitenland	51	60	73	90	106	122
Camouflagetherapie	-	59	71	86	102	119
Diëtist (e)	43	-	71	86	103	119
Dyslexie	49	-	-	-	-	-
Elektrische epilatie / laserbehandeling	-	59	71	87	103	119
Erfelijkheidsonderzoek	42	-	-	-	-	-
Ergotherapie	43	-	-	-	103	119
Farmaceutische zorg	46	58	69	84	100	116
Fysiotherapie / oefentherapie / manuele therapie	43	57	69	83	99	115
Huisarts	36	-	-	-	-	-
Huishoudelijke hulp in natura	-	-	-	85	104	121
Hulpmiddelenzorg	47	59	70	85	101	117
In vitro fertilisatie (IVF)	37	-	-	-	103	119
Kinderopvang	-	-	-	-	105	121
Kraamzorg	39	57	68	82	98	114
Logopedie	43	-	-	-	-	-
Lymfedrainage	-	59	72	87	103	119
Medisch-specialistische zorg	36	-	-	-	-	-
Mondzorg	44	-	-	89	102	118

	Basisverzekering	Extrafit	Benefit	Optifit	Topfit	Superfit
Nierdialyse	41	-	-	-	-	-
Oncologische aandoeningen bij kinderen	42	-	-	-	-	-
Ongevallendekking	-	-	-	-	-	126
Organtransplantaties	40	-	-	-	-	-
Orthodontie	-	-	73	89	102	118
Overgangsconsulent (e)	-	-	72	87	103	119
Paramedische zorg en bewegzorg	43	-	69	83	99	115
Pedicure	-	-	72	87	103	119
Plastische chirurgie	37	-	-	87	103	119
Podotherapie	-	59	72	87	103	120
Preventieve zorg	34	-	-	89	105	122
Psoriasisdagbehandeling	-	60	72	87	103	120
Psychologische zorg	50	-	-	83	99	115
Repatriëring	-	61	74	91	107	123
Revalidatie	40	-	-	-	-	-
Sterilisatie	-	-	-	87	103	120
Steunzolen	-	59	71	86	101	117
Stottertherapie	-	60	72	87	103	120
Vaccinaties	-	58	70	84	100	116
Verblijfkosten	-	60	72	88	104	120
Verloskundige zorg	39	57	68	82	98	114
Vervangende mantelzorg	-	-	70	85	105	121
Ziekenhuisopname	37	-	-	-	-	-
Ziekenvervoer	48	60	73	88	101	117

Algemene bepalingen
ONVZ
Ziektekostenverzekeraar

Inhoudsopgave

Deel A - 1 Algemene bepalingen ONVZ Ziektelkostenverzekeraar

Begripsomschrijvingen	
Artikel 1	11
Grondslag van de zorgverzekering	
Artikel 2	16
Verplichtingen van de verzekerde	
Artikel 3	17
Overige bepalingen	
Artikel 4 Fraude	18
Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving	18
Artikel 6 Betalingsverplichtingen	18
Artikel 7 Kennisgeving relevante gebeurtenissen	19
Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden	19
Artikel 9 Begin en einde van de zorgverzekering	20
Artikel 10 Geschillen	21
Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens	22
Artikel 12 Uitsluitingen	22
Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ	23
Artikel 14 Materieel controleren	23

Deel A-1

Algemene bepalingen ONVZ Ziektekostenverzekeraar

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Arts

Een arts die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Een volksverzekering die zware geneeskundige risico's dekt die niet onder de zorgverzekering vallen.

Bekkentherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld Register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Body Mass Index

Body Mass Index (BMI) is een index voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. Het BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht in kilo's te delen door de lengte in meters en de uitkomst nog een keer te delen door de lengte.

Burgerservicenummer (BSN)

Een uniek persoonsnummer dat automatisch wordt verkregen bij een eerste inschrijving bij een Nederlandse gemeente.

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee door de zorgverzekeraar gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een tandheelkundige behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (de WBMV) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC omschrijft door middel van een DBC-prestatiecode het geheel van prestaties van zorgaanbieders voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een cliënt de zorgaanbieders consulteert. Het DBC traject omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Dienstenstructuur

Een door huisartsen beheerde rechtspersoon, die is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Diëtist

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

Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

Ergotherapeut

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

Ernstige dyslexie

Een specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

EU- en EER-staat

Naast Nederland maken tevens de volgende lidstaten deel uit van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De terhandstelling van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement.

Fysiotherapeut

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

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)

De GGD is een regionale organisatie aangesloten bij GGD Nederland die in opdracht van een gemeente werkt aan een gezonde(re) samenleving en zich inzet voor de bewaking, bescherming en bevordering van de volksgezondheid.

GGZ-instellingen

Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en als zodanig zijn toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die als volwaardig lid staat ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en die krachtens de Wet BIG gerechtigd is de aangegeven titel te voeren.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld Register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan de door de Regeling zorgverzekering aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Jeugdgezondheidszorgarts

Een arts die is ingeschreven als jeugdgezondheidszorgarts in het Register Arts Maatschappij en Gezondheid of het profielregister jeugdgezondheidszorg.

Kaakchirurg

Een tandartspecialist die als kaakchirurg is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Kinder- en Jeugdpsycholoog

Een Kinder- en Jeugdpsycholoog die als zodanig, als volwaardig lid staat ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

Kraamcentrum

Een instelling die, conform bij of krachtens de wet gestelde regels, als zodanig is toegelaten.

Leefstijladviseur

Een medewerker binnen de huisartsenpraktijk die mensen begeleidt en coacht met als doel de positieve determinanten van gezond gedrag te beïnvloeden. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut, diëtist en lokale aanbieders van sport- en beweegactiviteiten.

Logopedist

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

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Medisch adviseur

Een arts die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch-specialist

Een arts die als medisch-specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist en die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG en die tevens is ingeschreven als oedeemtherapeut in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar

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

Onvoorziene behandeling in het buitenland

Acute medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland.

Opname

Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

Orthodontist

Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist die als zodanig staat geregistreerd in het register van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Protocol dyslexie diagnostiek en behandeling

Het protocol, ontwikkeld aan de Universiteit van Maastricht onder begeleiding van het College voor Zorgverzekeringen, dat als leidraad dient voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van cliënten met dyslexie met als doel het beschrijven van de optimale zorg voor cliënten met dyslexie, gebaseerd op de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Specialistische GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus en die krachtens de Wet BIG gerechtigd is de aangegeven titel te voeren.

Thuiszorginstelling

Een organisatorisch verband dat conform wet- en regelgeving zorg ten huize van een patiënt verleent, al dan niet binnen de AWBZ. De instelling moet zijn aangesloten bij, dan wel lid zijn van, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) of de Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN).

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragslanden

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders dan lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, polisaanhangsel of verzekeringspas is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Verzekeringsplichtige

Degene die op grond van artikel 2 van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Voorziene behandeling in het buitenland

Medisch noodzakelijke, niet-acute zorg in het buitenland.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Ziekenhuis (waaronder begrepen Zelfstandig behandelcentrum)

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) die bij of krachtens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) als zodanig is toegelaten.

Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraar is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. De maatschappij is gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

Zorgverzekering

De ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering.

Grondslag van de zorgverzekering

Artikel 2

lid 1

De zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichtingen, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De zorgverzekering is vastgelegd in de zorgpolis, bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet, en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.

lid 2

De zorgverzekeraar verstrekt de zorgpolis als bewijs van de zorgverzekering.

lid 3

De aanspraak op vergoeding van kosten krachtens de zorgverzekering wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg voor zover hij op de betreffende zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

lid 4

De verzekerde heeft - met inachtneming van deze polisvoorwaarden - recht op vergoeding van zorgkosten voor zover de kosten zijn gemaakt tijdens de periode waarin de zorgverzekering van kracht is. Hierbij is de behandel- of leveringsdatum bepalend, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Ingeval de nota betrekking heeft op een DBC worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de DBC binnen de looptijd van de zorgverzekering valt.

lid 5 De kosten van zorg op basis van de zorgverzekering kunnen -behoudens eigen bijdragen en eigen risico- door de verzekerde bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst bestaat tussen zorgverlener en zorgverzekeraar op grond waarvan rechtstreeks wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan rechtstreeks betalen aan degene die de betreffende zorg heeft geleverd. De betreffende betaling geldt dan eveneens als bevrijdend tegenover de verzekerde. Als de uitkering rechtstreeks aan de zorgverlener wordt betaald, worden de bedragen van eigen risico's, niet verzekerde kosten en eigen bijdragen aan de verzekerde voorgeschoten.

De zorgverzekeraar kan de eerstvolgende uitkeringen van vergoedingen uit hoofde van één of meer zorgverzekeringen van de verzekeringnemer verrekenen met de bedragen die voor de verzekerde zijn voorgeschoten. Als verrekening niet mogelijk is, ontvangt de verzekeringnemer een nota.

lid 6 Indien de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de zorgverzekering gehouden is, wordt verzekerde geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3

De verzekerde is verplicht:

- lid 1
1. bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een geldig legitimatiebewijs in de zin van artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht;
 2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien deze daarom vraagt;
 3. aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of degene die met de controle is belast, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving;
 4. de zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
 5. binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden dat hij gedetineerd is, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van detentie.

lid 2 In voorkomende gevallen de originele nota's in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal binnen 36 maanden bij de zorgverzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Voor de administratieve afhandeling is het echter wenselijk de nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen in verband met eventueel te verrekenen openstaande eigen risico bedragen en/of geldende eigen bijdragen. De nota moet zodanig zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Indien de nota in een andere dan bovengenoemde talen is opgesteld kan de zorgverzekeraar verzoeken om vertaling, eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau. De kosten daarvan zijn voor rekening van de verzekerde.

Indien een nota betrekking heeft op een DBC aangevangen voor de einddatum van de zorgverzekering worden de betreffende kosten geacht te zijn gemaakt tijdens de looptijd van de zorgverzekering.

lid 3 Het niet nakomen van (één van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de aanspraak.

Overige bepalingen

Artikel 4

Fraude

Verlies van uitkering en einde zorgverzekering:

1. De zorgverzekeraar vordert vergoede kosten terug verbandhoudende met het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken. Dit omvat tevens gemaakte onderzoekskosten.
2. De zorgverzekeraar heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.
3. De zorgverzekeraar heeft het recht een onderzoek uit te voeren, wanneer er een redelijk vermoeden bestaat dat er een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven.

In voorkomende gevallen kan de zorgverzekeraar:

- a. aangifte doen bij de politie;
- b. registratie doen in de tussen zorgverzekeraars erkende signaleringssystemen.

Artikel 5

Onrechtmatige inschrijving

lid 1

Indien ten behoeve van een verzekerde een zorgverzekering tot stand komt en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot het moment waarop de eventuele verzekeringsplicht niet (langer) bestaat.

lid 2

De zorgverzekeraar zal de premie vanaf de dag waarop de eventuele verzekeringsplicht niet (langer) bestaat verrekenen met de vanaf dat moment verstrekte vergoedingen en het saldo aan de verzekeringnemer betalen, dan wel bij hem in rekening brengen.

Artikel 6

Betalingsverplichtingen

lid 1

De verzekeringnemer is premie voor de zorgverzekering verschuldigd.

lid 2

Voor de zorgverzekering is geen premie verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

lid 3

De verschuldigde premie voor de zorgverzekering is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele premiekorting.

lid 4

De verzekeringnemer is verplicht de verschuldigde premie op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Indien bij een betalingstermijn van een kwartaal, halfjaar of jaar de premie niet – tijdig – wordt betaald, is de zorgverzekeraar gerechtigd de termijn te wijzigen in een maand.

Bij wijziging van de zorgverzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie door te berekenen c.q. te restitueren.

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met van de zorgverzekeraar te vorderen vergoedingen.

lid 5 Indien de verzekeringnemer niet -tijdig- voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's en eigen bijdragen, kan de zorgverzekeraar na de (premie) vervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling van het verschuldigde. Daarbij wordt erop gewezen dat bij niet voldoening (volgens artikel 7:934 BW) binnen 14 dagen, hetzij, (1) de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de (premie) vervaldag, hetzij, (2) de verzekering wordt beëindigd. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen.

Voor zover de dekking krachtens het bepaalde in de voorgaande alinea tijdelijk niet zou gelden, wordt deze pas weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen, tenzij sprake is van de situatie zoals bedoeld in artikel 9, lid 4 en de zorgverzekeraar daarop een beroep doet.

Indien de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle redelijke kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

lid 6 In geval van overlijden van de verzekerde vindt restitutie c.q. verrekening van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

lid 7 De rechten en plichten uit de zorgverzekering worden van rechtswege opgeschort over de periode dat verzekerde ten gevolge van een rechterlijke uitspraak gedetineerd wordt. Zodra de detentie eindigt herleven deze rechten en plichten derhalve weer. Verzekerde is verplicht binnen 30 dagen na de beëindiging van de detentie de zorgverzekeraar hiervan op de hoogte te brengen.

Artikel 7

Kennisgeving relevante gebeurtenissen

lid 1 De verzekeringnemer of de verzekerde is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de zorgverzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, detentie, niet meer verzekerd zijn op basis van de AWBZ, het aantreden als militair in werkelijke dienst e.d. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer of de verzekerde worden verzonden naar hun bij de Gemeentelijke Basisadministratie bekende adres.

lid 2 Bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde wordt voor de zorgverzekering een premie berekend overeenkomend met een zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico, tenzij de verzekeringnemer of verzekerde voorafgaand aan het bereiken van de 18-jarige leeftijd aan de zorgverzekeraar kenbaar heeft gemaakt voor een vrijwillig eigen risico te kiezen.

Artikel 8

Herziening van premie of voorwaarden

lid 1 De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en/of de premies van de bij hem lopende zorgverzekering en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere zorgverzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herzieningen schriftelijk mededeling.

- lid 2 De verzekeringnemer die niet met een herziening van de voorwaarden of de premie van de verzekering akkoord gaat kan de zorgverzekering beëindigen, tenzij de herziening rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de zorgverzekeraar tegen de dag waarop de herziening ingaat of gedurende één maand nadat aan de verzekeringnemer mededeling van de herziening is gedaan.
- lid 3 Heeft de zorgverzekeraar binnen de in lid 2 genoemde reactietermijnen geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de zorgverzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 4 Een herziening in de grondslag van de premie van de zorgverzekering treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.
- lid 5 Een toegekende collectiviteitkorting op de zorgverzekering komt te vervallen indien niet meer wordt voldaan aan de in de collectieve verzekeringsovereenkomst gestelde voorwaarden voor het verkrijgen van deze korting.
- lid 6 Indien niet meer wordt voldaan aan de in de collectieve verzekering gestelde voorwaarden voor het verkrijgen van een toegekende collectiviteitkorting zal de zorgverzekering worden voortgezet op individuele condities.

Artikel 9 **Begin en einde van de zorgverzekering**

- lid 1 De zorgverzekering gaat in op de op het polisblad vermelde ingangsdatum. De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen, dan wel op verzoek van de verzekeringnemer een latere dag. Vanaf 1 januari daarop volgend vindt van jaar tot jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.
- lid 2 Indien de zorgverzekering ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, wordt als ingangsdatum aangehouden de dag waarop die plicht ontstond.
- lid 3 Indien deze zorgverzekering ingaat binnen één maand nadat een eerdere zorgverzekering is geëindigd door opzegging met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden en/of de premie, dan zal deze zorgverzekering met terugwerkende kracht ingaan op de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.
- lid 4 Nadrukkelijk wordt bepaald dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de zorgverzekering te beëindigen, behoudens in een geval als bedoeld in artikel 4 van deel A-1 (fraude) en na het verstrijken van de in artikel 6, lid 5 genoemde termijn indien de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling van het verschuldigde.
- lid 5 De zorgverzekering eindigt met ingang op de dag volgende op de dag waarop de verzekerde is overleden.
- lid 6 De zorgverzekering eindigt automatisch op het tijdstip waarop de verzekerde niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

- lid 7 Voorts eindigt de zorgverzekering indien de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren of de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk 2 maanden voordat een zorgverzekering eindigt, van deze beëindiging op de hoogte, onder vermelding van de reden en de datum waarop de verzekering eindigt.
- lid 8 De verzekeringnemer heeft met het aangaan van een nieuw dienstverband het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, indien de opzegging verband houdt met de overstap van de collectieve verzekering van de voormalige werkgever naar de collectieve verzekering van de nieuwe werkgever. De ingangsdatum van de nieuwe collectieve verzekering dient aan te sluiten op de einddatum van de voormalige collectieve verzekering. De verzekeringnemer kan de voormalige zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband ingaat. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan beide in per de eerste van de kalendermaand waarin deze zijn gedaan.
- lid 9 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien die andere verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd. In afwijking hiervan gaat een opzegging in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging eerder dan de laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

Artikel 10 **Geschillen**

- lid 1 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar genomen beslissing kan hij de zorgverzekeraar verzoeken zijn beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de Afdeling Cliëntenservice van de zorgverzekeraar.
- lid 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde een geschil betreffende de zorgverzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het betreffende reglement.
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen:
Postbus 291, 3700 AG Zeist
Telefoon 030 698 83 60
E-mail info@skgz.nl
Internet www.skgz.nl
- lid 4 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich eveneens wenden tot de bevoegde rechter.

- lid 5 Verzekerden kunnen beklag doen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over door de zorgverzekeraar gehanteerde formulieren. Een dergelijk beklag heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Een uitspraak van de NZa strekt de zorgverzekeraar en de verzekerde tot bindend advies.

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
Telefoon 0900 770 70 70
E-mail informatielijn@nza.nl
Internet www.nza.nl

Artikel 11

Registratie van persoonsgegevens

- lid 1 De bij de aanvraag van een zorgverzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Deze gegevens worden bijvoorbeeld gebruikt om de verzekeringnemer of de verzekerde te informeren over producten en zorgdiensten van zorgverzekeraar, voor het toezenden van het gezondheidsbulletin of het verstrekken van informatie of advies. De zorgverzekeraar behoudt zich in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken en wisselt adres- en verzekeringsgegevens uit met een zorgverlener waar een verzekerde onder behandeling is. De zorgverzekeraar biedt de mogelijkheid adresgegevens af te schermen, indien er sprake is van omstandigheden die redelijkerwijs leiden tot de conclusie dat afscherming geboden is. De Wet bescherming persoonsgegevens wordt bij een en ander in acht genomen.
- lid 2 De zorgverzekeraar is wettelijk verplicht het burgerservicenummer (BSN) in de administratie op te nemen. De zorgaanbieder, dan wel andere dienstverleners van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet, zijn wettelijk verplicht het BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. De zorgverzekeraar zal in de communicatie met partijen die zorg als hiervoor aangegeven leveren, het BSN gebruiken.

Artikel 12

Uitsluitingen

- lid 1 Uit hoofde van de zorgverzekering bestaat geen aanspraak op de vergoeding van kosten voor:
1. eigen bijdragen krachtens de AWBZ en die in verband met bevolkingsonderzoek;
 2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
 3. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 4. alternatieve geneeswijzen;
 5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
 6. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
 7. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg;
 8. declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
 9. de (buitengerechtigde) incasso- en aanmaningskosten bij het niet tijdig betalen van de nota(s) aan zorgverlener(s) door verzekerden;

10. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 Wet op het financieel toezicht.

lid 2 Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van de verzekeraar beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan hetgeen hij ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Indien de verzekeraar zich niet op bedoelde wijze heeft herverzekerd dan is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof hij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen.

Onder terrorisme wordt verstaan: 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.

lid 3 In geval van een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering, heeft de verzekerde, in aanvulling op de in lid 2 vermelde prestaties, recht op bij nadere regeling te bepalen aanvullende prestaties, als bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering.

Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ

De verzekeringnemer treedt met het sluiten van een zorgverzekering met de zorgverzekeraar toe als lid van de Vereniging ONVZ. Indien deze zorgverzekering onderdeel uitmaakt van een collectief contract geldt echter dat de betrokken contractant lid wordt. Indien men ten aanzien van meerdere zorgverzekeringen verzekeringnemer is, kan men maar eenmaal toetreden als lid. Beëindiging van de betreffende zorgverzekering heeft beëindiging van het lidmaatschap van de Vereniging tot gevolg.

Artikel 14 Materieel controleren

De zorgverzekeraar heeft het recht materiële controle(s) uit te voeren. Hierbij gaat de zorgverzekeraar na of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en of die geleverde prestatie was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

Inhoudsopgave

Deel A - 2 Algemene bepalingen ONVZ Aanvullende Verzekering

Toepasselijkheid Algemene bepalingen voor de aanvullende verzekeringen	
Artikel 1	25
Begripsomschrijvingen	
Artikel 2	25
Overige bepalingen	
Artikel 3 Grondslag van de aanvullende verzekering	27
Artikel 4 Begin en einde van de aanvullende verzekering	28
Artikel 5 Verzwijging	28
Artikel 6 Toeslag	28
Artikel 7 Uitsluitingen	29

Deel A-2

Algemene bepalingen ONVZ Aanvullende Verzekering

Toepasselijkheid Algemene bepalingen voor de aanvullende verzekeringen

Artikel 1

De Algemene bepalingen beschreven in dit deel zijn uitsluitend van toepassing op de aanvullende verzekering. De Algemene bepalingen genoemd in deel A-1 zijn eveneens van toepassing op de aanvullende verzekering, indien de betreffende bepaling, gelet op de inhoud en strekking daarvan, zich daar niet tegen verzet en met uitzondering van de volgende, in deel A-1 opgenomen, artikelen:

- artikel 2, lid 1
- artikel 2, lid 3
- artikel 6, lid 2
- artikel 7, lid 2

Begripsomschrijvingen

Artikel 2

Aanvullende verzekering

Alle verzekeringen behoudens de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, de ONVZ Zorgverzekering Buitenland, de ONVZ Interfit Polis en de ONVZ Basisfit Internationaal.

Acupuncturist

Een in Nederland gevestigde arts of behandelaar die volwaardig lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie voor acupuncturisten. De door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties zijn te raadplegen via www.onvz.nl/polisvoorwaarden of na te vragen bij de verzekeraar.

Alternatieve geneeswijzen

Behandelingen en/of onderzoeksmethoden die genezing of behandeling van een ziekte tot doel hebben, maar in de reguliere geneeskunde niet worden erkend. Het wetenschappelijk bewijs, volgens de methoden en standaards van de reguliere geneeskunde, ontbreekt.

Behandelaar

Een zorgverlener die volwaardig lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie. Een opgave van de door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties is bij hem verkrijgbaar. De hulp die wordt verleend, dient in de beroepsgroep als gebruikelijk te worden aanvaard en dient te worden berekend volgens de officiële dan wel in de beroepsgroep algemeen gebruikelijke tarieven. Voor zover een beroepsorganisatie normtarieven hanteert, zijn deze leidend. De door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties zijn tevens te raadplegen via www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Chiropractor

Een in Nederland gevestigde behandelaar die volwaardig lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie voor chiropractoren. De door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties zijn te raadplegen via www.onvz.nl/polisvoorwaarden of na te vragen bij de verzekeraar.

Geregistreerde geneesmiddelen

Geneesmiddelen die in één van de productgroepen geregistreerd zijn in het register van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen.

Herstellingsoord

Een instelling voor kortdurende individuele 24-uurs zorg aan personen die na een lichamelijke ziekte en/of daaraan verbonden medische behandeling gedurende 24 uur per dag tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben of in afwachting van een medische behandeling voor een lichamelijke aandoening niet zelfstandig thuis kunnen verblijven.

Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Geneesmiddelen die door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen als geregistreerd geneesmiddel zijn opgenomen in de productgroep homeopathische geneesmiddelen (HM) van de Z-index Taxe of zijn opgenomen in de productgroep antroposofische geneesmiddelen (HA) van de Z-index Taxe, en die zijn voorgeschreven door een arts of behandelaar.

Hospice

Een verblijfshuis waar ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven worden begeleid en verzorgd door professionele zorgverleners en vrijwilligers. De hospice dient een AWBZ toelating te hebben of een overeenkomst met een zorgkantoor.

Lactatiekundige

Een in Nederland gevestigde behandelaar die volwaardig lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie voor lactatiekundigen. De door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties zijn te raadplegen via www.onvz.nl/polisvoorwaarden of na te vragen bij de verzekeraar.

Medische noodzaak

De noodzaak van onderzoek, behandeling of verpleging waarbij dit door de wetenschap binnen de Europese Unie voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden en deze zorg noodzakelijk, doelmatig en niet uitsluitend cosmetisch van aard is.

Niet geneesmiddel

Geneesmiddelen die door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen als geneesmiddel zijn opgenomen in de productgroep Niet Geneesmiddel (NG) van de Z-index Taxe.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten zijn wil, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel is veroorzaakt.

Orthoptist

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

Osteopaat

Een in Nederland gevestigde behandelaar die volwaardig lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie voor osteopaten. De door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties zijn te raadplegen via www.onvz.nl/polisvoorwaarden of na te vragen bij de verzekeraar.

Podoloog

Een in Nederland gevestigde behandelaar die volwaardig lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie voor podologen. De door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties zijn te raadplegen via www.onvz.nl/polisvoorwaarden of na te vragen bij de verzekeraar.

Podotherapeut

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

Preventief medisch onderzoek

Preventieve behandelingen en/of onderzoeken uitgevoerd door een medisch-specialist of door een huisarts, met uitzondering van onderzoek in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek.

Sportarts

Een in Nederland gevestigde arts, die is geregistreerd in het register van de sociaalgeneeskundigen op grond van de wet BIG in het daartoe aangewezen register. De arts is opgeleid in de sociale geneeskunde en houdt als sportarts praktijk.

Verzekeraar

Verzekeraar is ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., De maatschappij is gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

Zelfzorggeneesmiddelen

Een geneesmiddel dat conform de Geneesmiddelenwet zonder recept verkrijgbaar is.

Ziekenvervoer

Vervoer binnen Nederland dat om medische redenen met een ander dan een openbaar vervoermiddel plaatsvindt. Dit vervoer vindt plaats vanwege een medisch onderzoek of medische behandeling.

Overige bepalingen

Artikel 3

Grondslag van de aanvullende verzekering

- lid 1 Als grondslag voor de aanvullende verzekering geldt:
1. het aanvraagformulier;
 2. gegevens die door de verzekeringnemer of de verzekerde afzonderlijk zijn verstrekt, alsmede indien de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve overeenkomst, de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- lid 2 De verzekeraar verstrekt de polis als bewijs van de aanvullende verzekering.
- lid 3 De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg voor zover sprake is van een medische noodzaak.

Artikel 4

Begin en einde van de aanvullende verzekering

lid 1

Voor de verzekerde die verhuist naar een woon- of verblijfplaats buiten Nederland geldt het volgende:

1. de aanvullende verzekering eindigt zodra verzekerde verhuist naar het land buiten Nederland;
2. de verzekeraar kan de verzekerde een andere aanvullende verzekering aanbieden;
3. verzekerde kan een aanvraag indienen voor een hogere dekking dan onder 2. aangeboden.

Verzekerde die verhuist naar een woon- of verblijfplaats buiten Nederland en niet meer verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet of een ziektekostenverzekering in het woonland, kan door verzekeraar een internationale verzekering worden aangeboden.

lid 2

Een toegekende collectiviteitkorting op de aanvullende verzekering komt te vervallen indien niet meer wordt voldaan aan de in de collectieve verzekeringsovereenkomst gestelde voorwaarden voor het verkrijgen van deze korting. Bij strijdigheid tussen een bepaling van een aanwezige collectieve verzekeringsovereenkomst en een aanvullende verzekering is de bepaling van de collectieve verzekeringsovereenkomst van doorslaggevende betekenis.

lid 3

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

Artikel 5

Verzwijging

lid 1

Indien bij het aangaan van de aanvullende verzekering bij kennis van de ware stand van zaken een aanvullende verzekering met mindere dekking zou zijn aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld aan de hand van deze dekking. Indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen aanvullende verzekering zou hebben gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is tevens het geval indien is gehandeld met het opzet hem te misleiden.

lid 2

De verzekeraar kan de verzekering beëindigen in geval van het niet nakomen van de mededelingsplicht indien de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of indien bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou zijn gesloten.

Artikel 6

Toeslag

lid 1

Indien in het land waarin verzekerde woonachtig is een heffing of belasting wordt opgelegd, brengt de verzekeraar een toeslag in rekening op de premie ter hoogte van bedoelde heffing of belasting.

lid 2

De verzekeraar brengt een jaarlijks te bepalen toeslag in rekening op de premie, indien verzekeringnemer (een) aanvullende verzekering(en) heeft afgesloten, niet in combinatie met de zorgverzekering. De hoogte van de toeslag is vermeld op de premietabel.

Uitsluitingen

Uit hoofde van de aanvullende verzekering bestaat naast het in artikel 12 lid 1 sub 8, 9 en 10 en lid 2 van deel A-1 vermelde geen aanspraak op vergoeding van kosten:

1. indien, zo deze aanvullende verzekering niet bestond, door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging en/of behandeling op grond van een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum, of op grond van een wettelijke regeling;
2. van door de verzekeringnemer of de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen of het verplicht en/of vrijwillige eigen risico ingevolge een (buitenlandse) wettelijke regeling anders dan de eigen bijdragen voor hulp zoals verzekerd op grond van deel B (omvang dekking) van deze aanvullende verzekering;
3. van hetgeen niet vergoed wordt onder een natura zorgverzekering (of een mixvariant met een naturadekking) indien de voor verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de betrokken zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder maar verzekerde zich desalniettemin heeft gewend tot een niet-gecontracteerde zorgverlener;
4. die gemaakt zijn vóór de ingangsdatum van deze aanvullende verzekering en van kosten gemaakt ná de datum van beëindiging van deze aanvullende verzekering. Dit geldt ook wanneer die kosten voortvloeien uit een oorzaak die tijdens de duur van de aanvullende verzekering is opgekomen;
5. ter zake van consulten, behandelingen, of genees- en/of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde ten behoeve van zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid ten behoeve van een verzekerde, tenzij de verzekeraar hiervoor toestemming heeft verleend.

ONVZ

Vrije Keuze

Basisverzekering

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

Deel B Omvang Dekking	33
Artikel 1 Restitutiebasis	33
Artikel 2 Eigen risico	33
Artikel 3 Preventieve zorg	34
Artikel 4 Zorg door een huisarts	36
Artikel 5 Medisch-specialistische zorg	36
Artikel 6 Verpleegkundige zorg	38
Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg	39
Artikel 8 Revalidatie	40
Artikel 9 Orgaantransplantaties	40
Artikel 10 Niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse	41
Artikel 11 Mechanische beademing	42
Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen	42
Artikel 13 Trombosedienst	42
Artikel 14 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	42
Artikel 15 Audiologische zorg	43
Artikel 16 Paramedische zorg	43
Artikel 17 Mondzorg	44
Artikel 18 Farmaceutische zorg	46
Artikel 19 Hulpmiddelenzorg	47
Artikel 20 Ambulancevervoer	48
Artikel 21 Zittend ziekenvervoer	48
Artikel 22 Dyslexiezorg	49
Artikel 23 Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ	50
Artikel 24 Specialistische GGZ	50
Artikel 25 Buitenland	51
Artikel 26 Algemeen	52
Deel C Zorgdiensten	53
ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	53
Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	53
Bijstand ONVZ Zorgassistance	53
Kraamzorg in nature	53
Taxivervoer	54
Wachtlijstbemiddeling	54

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

Artikel 1 Restitutiebasis

lid 1 De zorgverzekering omvat aanspraak op vergoeding van kosten en vrijheid van keuze van zorgverlener van de zorg en overige diensten die naar inhoud en omvang in dit deel zijn omschreven. Betreffende zorg in het buitenland is van toepassing artikel 25.

lid 2 De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

1. het op het moment van behandeling op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde tarief;
2. indien en voor zover er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag;
3. bij een contract tussen zorgverlener en zorgverzekeraar echter conform hetgeen is overeengekomen.

lid 3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd heeft de verzekerde -na melding hiervan aan de zorgverzekeraar- aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

Artikel 2 Eigen risico

lid 1

1. Op de zorgverzekering is een verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 165,-.
2. De verzekerde heeft de mogelijkheid (naast het verplichte eigen risico) een vrijwillig eigen risico te kiezen. De betreffende bedragen hiervan staan vermeld in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van deze zorgpolis.

lid 2 Het eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop de zorgverzekering aanspraak biedt. De zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplichte eigen risico als vrijwillige eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplichte eigen risico.

Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten vallen zowel buiten het verplichte als het vrijwillige eigen risico indien deze betreffen:

1. de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, waaronder ook de kosten van inschrijving, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende zorgverlener of instelling gerechtigd is het daartoe door de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) vastgestelde tarief in rekening te brengen;
2. de kosten van het gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg;
3. de kosten van mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar zoals omschreven in artikel 17 lid 4 met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen.

lid 3 In de gevallen waarin, op grond van één van de volgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het eigen risico.

lid 4 Indien de zorgverzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt het eigen risico bepaald naar rato van het aantal dagen waarover de verzekering liep en het aantal dagen in het kalenderjaar.

lid 5 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende eigen risico-bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het eigen risico-bedrag als volgt berekend:

1. ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
2. de op grond van sub 1. berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
3. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.

lid 6 Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

lid 7 Verzekerde is vanaf de eerste dag van de kalendermaand, volgend op de maand waarin verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt, premieplichtig. Vanaf dat moment geldt voor verzekerde het verplichte eigen risico.

Artikel 3 Preventieve zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:

1. geïndiceerde preventie, gericht op het voorkómen van ziekte bij mensen die al gezondheidsklachten of hoge risicofactoren hebben;
2. zorggerelateerde preventie, gericht op het voorkómen van complicaties of verergeren van een ziekte; mits de inhoud en omvang van de zorg onder de in deze polis geregelde zorg valt.

lid 2 **a. Begeleiding bij stoppen met roken**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van activiteiten ter ondersteuning bij het stoppen met roken maximaal één keer per kalenderjaar, aan te bieden afzonderlijk of in combinatie en voor zover u daar op bent aangewezen:

1. korte ondersteunende stopadviezen en stopgesprekken in gebruikelijk zorgcontacten door de huisarts, medisch-specialist of verloskundige. De stopadviezen en stopgesprekken worden vergoed overeenkomstig huisartsenzorg (artikel 4);
2. intensieve vormen van op gedragsverandering gerichte interventies (in een groep of individueel), bestaande uit een serie van ten minste vier contacten van ten minste tien minuten in een tijdsbestek van één tot enkele maanden. Deze zorg dient te worden verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of klinisch psycholoog. De zittingen worden vergoed overeenkomstig 'eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ' (artikel 23, lid 2);
3. groepstraining Pakje Kans, uitgevoerd door een Thuiszorginstelling of GGD;
4. farmaceutische ondersteuning met nortriptyline, op voorschrift van de huisarts of specialist. Uitgesloten van de verzekerde farmaceutische zorg zijn de nicotinevervangende zelfzorgmiddelen (pleisters, tabletten en kauwgom), bupropion (Zyban™) voor de indicatie stoppen met roken en varenicline (Champix®).

b. Preventie van depressie

Voor de vergoeding van kosten voor zorg ter preventie van depressie is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of medisch-specialist waaruit blijkt dat sprake is van een subklinische depressie. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor maximaal 8 zittingen van de volgende therapievormen:

- cognitieve gedragstherapie;
- interpersoonlijke therapie;
- problem solving therapy;
- psycho-educatie.

De therapie moet worden uitgevoerd door een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist. De zittingen worden vergoed overeenkomstig 'eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ' (artikel 23, lid 2).

Tevens kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van de cursus "In de put, uit de put", als deze wordt gegeven in de vorm van individuele of groepsinterventies met rechtstreekse (face-to-face) contact met de cursusbegeleider.

Geen aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor bewegingsgerichte programma's.

c. Preventieve zorg bij overgewicht

Aanspraak bestaat op vergoeding van de gecombineerde leefstijlinterventie na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist, waaruit blijkt dat wordt voldaan aan de volgende voorwaarden:

1. verzekerde heeft een BMI van 25 – 30 kg/m² én een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen), of;
2. verzekerde heeft een BMI van 25 – 30 kg/m² én hetzij een risicofactor voor hart- en vaatziekten, een risicofactor voor diabetes type 2, hetzij een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht, of;
3. verzekerde heeft een BMI ≥ 30 kg/m².

De gecombineerde leefstijlinterventie bestaat uit drie componenten:

- advisering over en begeleiding bij dieet: de kosten worden vergoed overeenkomstig dieetadviesing (artikel 16 lid 6) of huisartsenzorg (artikel 4);
- advisering over en begeleiding bij beweging. De kosten van advisering over en begeleiding bij beweging voor verzekerden jonger dan 18 jaar door een fysiotherapeut of een oefentherapeut worden vergoed overeenkomstig 'fysiotherapie en oefentherapie' (artikel 16, lid 3). Voor verze-

kerden vanaf 18 jaar komen de kosten van advisering over en begeleiding bij beweging door een fysiotherapeut of een oefentherapeut niet voor vergoeding in aanmerking (wij adviseren u om na te gaan of de kosten op grond van uw aanvullende verzekering voor vergoeding in aanmerking komen). De kosten van advisering over beweging door een leefstijladviseur onder de verantwoordelijkheid van een huisarts worden (voor alle leeftijden) vergoed overeenkomstig 'huisartsenzorg' (artikel 4);

- gedragsverandering:
 - de kosten van begeleiding door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts worden vergoed overeenkomstig huisartsenzorg (artikel 4). Dit houdt in dat de coaching en begeleiding ook door een praktijkondersteuner of leefstijladviseur in de huisartsenpraktijk kan worden uitgevoerd;
 - de kosten van eerstelijns psychologische zorg worden vergoed overeenkomstig 'eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ' (artikel 23, lid 2).

d. Preventie van alcoholmisbruik

Voor vergoeding van kosten voor zorg ter preventie van alcoholmisbruik is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, verloskundige of medisch-specialist waaruit blijkt dat de verzekerde een verhoogd risico loopt op alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid.

Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:

1. kortdurende motiverende gespreksvoering door een huisarts;
2. kortdurende preventieve interventies, die zijn gebaseerd op de therapeutische principes motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie. De zorg wordt uitgevoerd door een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist en wordt vergoed overeenkomstig 'eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ' (artikel 23, lid 2);
3. de programma's Minder drinken en De Drinktest, aangeboden door het Trimbos Instituut.

Van deze vergoedingsregeling zijn uitgesloten:

1. kosten van anonieme behandeling via internet;
2. preventieve zorg gericht op kinderen van ouders met een alcoholverslaving, voor zover het kind niet zelf een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik loopt.

Artikel 4

Zorg door een huisarts

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

Artikel 5

Medisch-specialistische zorg

lid 1

Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, behoudens voor onvoorziene behandelingen. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de

verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 17.

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. In afwijking daarvan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op vergoeding van kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat aanspraak indien een en ander strekt ter correctie van:

1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.

d. In vitro fertilisatie (IVF)

Vergoeding van de kosten omvat ten hoogste de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap. Een IVF-poging houdt in:

1. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
2. de follikelpunctie;
3. de laboratoriumfase;
4. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Bijzonderheden:

1. Een ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie) - behandeling met een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie -wordt gelijk gesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.
2. Voor de aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen, verband houdend met de eerste, tweede en derde poging IVF, wordt verwezen naar artikel 18, Farmaceutische zorg.
3. Van een poging wordt gesproken als er een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn.
4. Een doorgaande zwangerschap is te definiëren als een levende embryo van ten minste 12 weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een fysiologische zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij IVF betekent dat 10 weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee 4 dagen korter, dat wil zeggen, in totaal 9 weken en 3 dagen.
5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na een IVF – geldt als nieuwe eerste poging.

lid 3

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

1. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
2. liposuctie van de buik;
3. abdominoplastiek, tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
4. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
5. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
6. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
7. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
8. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
9. behandelingen gericht op de circumcisie van een verzekerde (mannelijke besnijdenis).

lid 4

Vergoeding van kosten voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is in het bovengenoemde niet begrepen, maar wordt omschreven in artikel 24.

Artikel 6

Verpleegkundige zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor verpleegkundige zorg, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg. Er bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding van kosten indien door de verzekerde vooraf schriftelijk toestemming bij de zorgverzekeraar is gevraagd en is verkregen. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

De aanspraak zoals hier omschreven omvat niet verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

Verloskundige zorg en kraamzorg

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een medisch-specialist, of een huisarts, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onderdeel van deze zorg is prenatale screening.

Prenatale screening omvat:

- counseling, inhoudende informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening;
- structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap;
- een combinatietest, bestaande uit een nekplooiemeting en een bloedonderzoek voor verzekerden van 36 jaar en ouder. Is de verzekerde jonger is dan 36 jaar, dan uitsluitend op medische indicatie van de huisarts, verloskundige, of medisch-specialist.

SEO en combinatietest mogen alleen worden uitgevoerd door een zorgaanbieder met een vergunning krachtens de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) of een samenwerkingsafspraken met een Regionaal Centrum dat over een vergunning beschikt, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een kraamverzorgende die zowel moeder en kind en -voor zover van toepassing- de huishouding verzorgt, verbonden aan het ziekenhuis, kraamcentrum, kraamhotel of een kraambureau dan wel als zelfstandige werkt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden.

a. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak

Indien verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige, huisarts of medisch-specialist medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis als bedoeld in artikel 5, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

b. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak en in een kraamcentrum

Indien de bevalling of het kraambed in een ziekenhuis plaatsvindt zonder medische noodzaak, of in een kraamcentrum, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als haar kind is € 15,50 vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis of het kraamcentrum de € 110,50 per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

c. Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten voor kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als haar kind is € 15,50 vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis of het kraamcentrum de € 110,50 per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten voor kraamzorg zoals omschreven in lid d sub 3, waarbij geldt dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid d sub 3. genoemde termijn van ten hoogste tien dagen.

d. Bevalling en kraambed thuis

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor:

1. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts of verloskundige;
2. de inschrijving, intake en partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
3. tenminste 24 en maximaal 80 uren kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend in overleg met de verzekeraar. Het uitgangspunt is wat het kraamcentrum dan wel het kraambureau op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg indiceert.

Op de vergoeding onder sub 3. blijft € 3,90 per uur als eigen bijdrage voor rekening van de verzekerde.

- e.** In plaats van vergoeding van kosten kan, onder voorbehoud van beschikbaarheid, gekozen worden voor kraamzorg in natura. De aanvraagprocedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 8

Revalidatie

- a.** Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie indien:

1. deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag en,
2. de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

- b.** Revalidatie kan plaatsvinden:

1. in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
2. in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Artikel 9

Orgaantransplantaties

- a.** Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor transplantaties van weefsels en organen in een ziekenhuis indien de transplantatie is verricht in:

1. een lidstaat van de Europese Unie;
2. in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
3. of in een andere staat, indien de donor aldaar woonachtig is en de donor echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

Onder de aanspraak op vergoeding van kosten vallen tevens de vergoeding van kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.

- b. De donor heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg waar ingevolge deel B van deze polis aanspraak op bestaat gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest en uitsluitend indien de verleende zorg verband houdt met die opname. Voorts kan de donor aanspraak maken op de vergoeding van kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel -indien medisch noodzakelijk- vervoer per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin.

Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten.

Artikel 10

Niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of ten huize van de verzekerde, al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging en farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoren tevens:

1. de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
2. het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen benodigd voor het verrichten van de dialyse;
3. de kosten voor de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
4. de overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
5. kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
6. de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

Het Reglement hulpmiddelen bevat nadere voorwaarden voor de punten 2, 3 en 4. Het reglement is op aanvraag verkrijgbaar en te raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 11

Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor de verzekerde van noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg, in een beademingscentrum. Indien de beademing plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

1. het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
2. de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Artikel 12

Oncologische aandoeningen bij kinderen

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Artikel 13

Trombosedienst

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts of medisch-specialist. Deze zorg omvat:

1. het regelmatig afnemen van bloedmonsters bij de verzekerde;
2. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
3. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
4. het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de in lid 3. aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
5. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Artikel 14

Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

1. onderzoek naar de gehoorfunctie;
2. advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
3. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
4. psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
5. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen, op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Paramedische zorg

- lid 1 De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadviesing. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.
- lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie omvat de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een indicatiestelling en in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Als sprake is van oedeemtherapie, dan mag de behandeling ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. De genoemde bijlage is verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt deze regeling vanaf de tiende behandeling.
- lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat tevens maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Als sprake is van oedeemtherapie, dan mag de behandeling ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal negen extra behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar indien sprake is van een ontoereikend resultaat.
- lid 4 Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal tien behandelingen per kalenderjaar, op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.
- lid 5 Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, tandarts of orthopedagoog, door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect of anderstaligheid.
- lid 6 Dieetadviesing omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist met een medisch doel, op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of tandarts gedurende maximaal vier behandelingen per kalenderjaar.

Mondzorg

- lid 1 Mondzorg omvat vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen plegen te bieden, waarbij geldt dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan, voor zover daarvoor dekking bestaat, worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist:
1. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;
 2. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;
 3. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
- lid 2 Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is slechts onder de zorg in het eerste lid, onder 1 begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- lid 3 Orthodontische zorg is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
- lid 4 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan 22 jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen 1 tot en met 3:
1. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
 2. incidenteel tandheelkundig consult;
 3. het verwijderen van tandsteen;
 4. fluoridenapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
 5. sealing;
 6. parodontale zorg;
 7. anesthesie;
 8. endodontische zorg;
 9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 10. gnathologische zorg;
 11. uitneembare prothetische voorzieningen;
 12. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 13. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 14. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

- lid 5 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 22 jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen 1 tot en met 3 voor:
1. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.
 2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.
- lid 6 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medisch noodzakelijk verblijf in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. In afwijking daarvan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.
- lid 7 De verzekerde van 22 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid, onder 1, of de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid, onder 2 tot gelding brengt, is een bijdrage verschuldigd indien het betreft het volgende: preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale zorg, endodontische zorg, restauratie van gebitselementen met plastische materialen of uitneembare prothetische voorzieningen. Bedoelde bijdrage is gelijk aan het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien bedoelde prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. Dit geldt niet voor een uitneembare volledige prothetische voorziening.
- lid 8 De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van € 125,- per kaakdeel.
- lid 9 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg ter plaatse waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent) is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist vereist.
- lid 10 De verzekerde tot 22 jaar heeft buiten de reguliere praktijkuren slechts aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.
- lid 11 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van de zorg, bedoeld in het eerste, het tweede, het derde en het vierde lid, onder 12, is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij de aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een behandelplan gevoegd. De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- lid 12 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg in geval van behandeling door een tandartspecialist mondziekten en kaakchirurg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist, indien de zorg parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.

- lid 13 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg als bedoeld in het eerste, het tweede, het derde, het vierde en vijfde lid, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.
- lid 14 Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor boven- en/of onderkaak, zoals bedoeld in lid 5, sub 2, van dit artikel, komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed.
- Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothetische voorziening of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt het door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde tarief in aanmerking.
- Voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar is vereist:
- als de totale kosten van de volledig prothetische voorziening (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan € 600,- per onder- of bovenkaak indien uitgevoerd door een tandarts;
 - of € 450,- per onder- of bovenkaak, indien uitgevoerd door een tandprotheticus.

Artikel 18

Farmaceutische zorg

- lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van terhandstelling van:
1. de door de zorgverzekeraar op basis van de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Een en ander is uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar die onderdeel uitmaakt van deze verzekering. Het Reglement Farmaceutische zorg is op aanvraag verkrijgbaar en te raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden;
 2. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - artikel 40, derde lid, onder a van de Geneesmiddelenwet,
 - artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet;
 - artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
- lid 2 De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Nadere omschrijving van de aanspraak is uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg.
- lid 3 Tenzij de verzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de zorgaanbieder die geneesmiddelen aflevert, dienen de onder de lid 1 genoemde middelen te zijn afgeleverd op voorschrift van de behandelend (bedrijfs)arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts.

- lid 4 De kosten van dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking voor een verzekerde die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die:
1. lijdt aan een stofwisselingsstoornis, of;
 2. lijdt aan een voedselallergie, of;
 3. lijdt aan een resorptiestoornis, of;
 4. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
 5. daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.
- lid 5 In het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen met betrekking tot de doelmatigheid voor de terhandstelling van geneesmiddelen.

Artikel 19 Hulpmiddelenzorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten, dan wel verstrekking, van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering. De omvang van de aanspraak op de vergoeding van kosten wordt bepaald door de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen) en het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. In het Reglement Hulpmiddelen zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten, opgenomen. Het reglement is op aanvraag verkrijgbaar en te raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 2 Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Daarbij kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- lid 3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- lid 4 Vergoeding van de kosten van hulpmiddelen wordt alleen verleend indien de betreffende hulpmiddelen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
- lid 5 Aanspraak op de vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
- lid 6 Kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder deze vergoeding maar maken deel uit van de medisch-specialistische zorg en worden door middel van de DBC bekostigd. Evenmin valt onder deze aanspraak de vergoeding van kosten van die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ. Het gaat hier om de hulp- en verbandmiddelen die worden voorgeschreven aan een verzekerde die verblijf en behandeling geleverd krijgt in diezelfde AWBZ-instelling. Deze hulp- en verbandmiddelen zijn noodzakelijk voor de zorg die in de instelling wordt verleend.

lid 7 In afwijking van het in lid 1 bepaalde verstrekt de zorgverzekeraar bepaalde hulpmiddelen in bruikleen. Welke hulpmiddelen dit zijn en welke voorwaarden hiervoor gelden, is bepaald in het Reglement Hulpmiddelen.

Artikel 20 Ambulancevervoer

lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medisch noodzakelijk vervoer per ambulanceauto als het vervoer wordt verleend door een ambulancevervoerder en alleen als ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is. De aanspraak op vergoeding van de kosten geldt voor een afstand tot maximaal 200 kilometer. Deze beperking geldt niet als de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven voor vervoer over een grotere afstand.

lid 2 De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat het ziekenvervoer per ambulance:

- naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen, met inachtneming van het verplicht en een eventueel vrijwillig eigen risico;
- naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
- vanuit een instelling waar de verzekerde verblijft naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin de verzekerde een onderzoek of een behandeling zal ondergaan. Dit onderzoek of deze behandeling moet geheel of gedeeltelijk vanuit de AWBZ vergoed worden;
- vanuit een instelling waar de verzekerde verblijft naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet geheel of gedeeltelijk vanuit de AWBZ worden verstrekt;
- van de in dit lid genoemde zorgverleners of instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen.

lid 3 Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

lid 4 Indien ziekenvervoer per ambulanceauto als bedoeld in dit artikel niet mogelijk is kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Artikel 21 Zittend ziekenvervoer

lid 1 Onder zittend ziekenvervoer wordt verstaan vervoer per openbaar middel van vervoer, per taxivervoerder of eigen auto.

lid 2 Aanspraak op vergoeding van kosten van zittend ziekenvervoer bestaat alleen indien vooraf toestemming is verkregen van de zorgverzekeraar en tot maximaal 200 kilometer enkele reisafstand. Alleen vervoer in de laagste klasse komt in aanmerking voor vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van een openbaar middel van vervoer.

De beperking van 200 kilometer enkele reisafstand geldt niet indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, waardoor de 200 kilometer reisafstand wordt overschreden.

De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

- lid 3 In geval van gebruik van de eigen auto krijgt de verzekerde € 0,25 per kilometer vergoed. De zorgverzekeraar gaat bij het vaststellen van het te vergoeden bedrag uit van de kortst gebruikelijke route.
- lid 4 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als bedoeld in lid 2 van artikel 20 indien:
- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
 - de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.
- lid 5 Buiten de situaties genoemd in lid 4 van dit artikel, kan de verzekerde aanspraak op vergoeding van kosten van zittend ziekenvervoer maken indien hij voor de behandeling van een langdurende ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer én het niet vergoeden van de kosten van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- lid 6 Voor zittend ziekenvervoer betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van € 91,- per kalenderjaar.
- lid 7 Het zittend ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.
- lid 8 In plaats van vergoeding van kosten kan ervoor worden gekozen het taxivervoer te laten regelen door een door de zorgverzekeraar gecontracteerd taxibedrijf. De aanvraagprocedure daarvoor in omschreven in deel C (Zorgdiensten).
- lid 9 Indien ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi, of eigen auto als bedoeld in dit artikel niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Artikel 22

Dyslexiezorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van zorg in verband met ernstige dyslexie. Aanspraak bestaat uitsluitend:
1. voor verzekerden van 7 jaar en ouder die basisonderwijs volgen;
 2. als de zorg op 7-, 8- of 9- jarige leeftijd aanvangt;
 3. als de zorg wordt uitgevoerd door het Regionaal Instituut Dyslexie (RID) of een GZ-psycholoog of orthopedagoog die staat ingeschreven in het kwaliteitsregister voor gekwalificeerde behandelaars van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of de Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO), én;
 4. als diagnostiek wordt uitgevoerd en/of behandeling worden verleend conform de criteria van het

Protocol dyslexie diagnose en behandeling. Dit Protocol is op aanvraag verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar of is te raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

- lid 2 Voor de aanspraak op vergoeding van kosten van dyslexiezorg is een verwijzing nodig van de jeugdgezondheidsarts of door een daartoe bevoegd functionaris met bijbehorende expertise verbonden aan school. Deze verwijzing moet voorzien zijn van een motivatie waaruit blijkt dat de school- of leeranamnese een stagnatie vertoont en extra begeleiding op school hierin onvoldoende verbetering heeft opgeleverd.
- lid 3 De kosten voor dyslexiezorg worden in rekening gebracht door middel van een DBC-tarief.

Artikel 23 Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.
- lid 2 De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorgplegen te bieden, met dien verstande dat de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar omvat.
- Voor eerstelijns psychologische zorg is de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd van € 10,- per zitting. De verzekerde is de eigen bijdrage rechtstreeks verschuldigd aan de zorgaanbieder. Deze eigen bijdrage komt niet voor vergoeding in aanmerking.
- lid 3
1. Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg;
 2. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Artikel 24 Specialistische GGZ

- lid 1 **Psychiatrische ziekenhuisopname**
- Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

- lid 2 **Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg**
Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van niet-klinische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- lid 3 De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg genoemd in artikel 23.
- lid 4
 1. Voor de in lid 1 en 2 omschreven aanspraken is een verwijzing nodig door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.
 2. Voor psychoanalytische behandeling moet de verzekerde tevens:
 - beschikken over een positieve indicatie gesteld conform het 'Indicatie- en behandelingsprotocol voor volwassenen' van het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI), of;
 - dient de indicatiestelling en behandeling te verlopen volgens het protocol voor indicatiestelling, psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie van het Centrum voor Psychoanalyse van de Nederlandse Psychoanalytische Groep (NPAG).
 3. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Artikel 25 **Buitenland**

- lid 1 De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg, als bedoeld in artikel 1 lid 2 van deel B van de polisvoorwaarden, van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
- lid 2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland heeft naar keuze:
 1. aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag;
 2. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze zorgpolis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een zorgverlener of instelling zou zijn verleend.
- lid 3 De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze zorgpolis is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een zorgverlener of instelling zou zijn verleend.
- lid 4 Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.
- lid 5 In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ Zorgassistance voor het regelen van de zorg waarvoor de zorgverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).

lid 6 Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.

Artikel 26 Algemeen

lid 1 In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering indien vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt en de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

lid 2 Indien op grond van de bepalingen in deze zorgverzekering recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten geldt dat slechts indien zorg is genoten tijdens de periode waarin deze zorgverzekering van kracht is.

lid 3 Bij verzekering krachtens de Zorgverzekeringswet bestaat aanspraak op grond van de AWBZ.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van ONVZ Zorgverzekeraar (ONVZ). Dat houdt in dat ONVZ meer doet dan het uitbetalen van nota's. Verzekerden kunnen bij ONVZ terecht voor bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, hulp in natura en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg.

Verzekerden van ONVZ kunnen voor informatie en het aanvragen van onderstaande zorgdiensten contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

Het gezondheidsbulletin Lijf en Leden van ONVZ informeert verzekerden over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Het wordt tweemaal per jaar gratis toegezonden.

Daarnaast kunnen verzekerden via de ONVZ ZorgConsulent:

- telefonisch een arts en/of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding;
- informatiemateriaal aanvragen over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg.

Bijstand ONVZ Zorgassistance

Indien een beroep wordt gedaan op de ONVZ Zorgassistance dient het cliëntnummer / burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer opgegeven te worden. Voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met de ONVZ Zorgassistance. De ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer 0031 (0)88 668 97 67.

Kraamzorg in natura

Voor informatie over de kraamzorg en aanvraag van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met ONVZ Kraamzorg Service. Indien de verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in Deel B van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt ONVZ Kraamzorg Service de kraamzorg in natura bij een erkende gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste vier maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd. ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 079 343 04 64.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer die wordt beschreven in artikel 21 van deel B Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering. Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen aan haar verzekerden laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Indien de verzekerde hiervan gebruik wil maken kan contact worden opgenomen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Wachttijlbemiddeling

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

ONVZ

Vrije Keuze Extrafit

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Extrafit

Deel B Omvang Dekking	57
Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg	57
Artikel 2 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie	57
Artikel 3 Farmaceutische zorg	58
Artikel 4 Alternatieve geneeswijzen	58
Artikel 5 Vaccinaties	58
Artikel 6 Overige hulpmiddelen	59
lid 1 Rolstoelen/Invalidenwagens	59
lid 2 Steunzolen	59
lid 3 Verpleegartikelen	59
lid 4 Wekapparaten	59
Artikel 7 Bijzondere behandelingen/therapieën	59
lid 1 Acnébehandeling	59
lid 2 Camouflagetherapie	59
lid 3 Elektrische epilatie of laserbehandeling	59
lid 4 Lymfedrainage	59
lid 5 Podotherapie	59
lid 6 Psoriasisdagbehandeling	60
lid 7 Stottertherapie	60
Artikel 8 Verblijfkosten	60
lid 1 Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis	60
lid 2 Verblijf gezinslid	60
lid 3 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	60
Artikel 9 Ziekenvervoer	60
Artikel 10 Buitenland	60
Deel C Zorgdiensten	62
ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	62
Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	62
Kraamzorg	62
Taxivervoer	63
Wachtlijstbemiddeling	63
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	63

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Extrafit

Indien aanspraken bestaan op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de ONVZ Vrije Keuze Extrafit een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde kosten volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

Artikel 1

Verloskundige zorg en kraamzorg

Voor vrouwelijke verzekerden geldt naast de vergoeding uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

lid 1

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket. Het kraampakket kan bij de ONVZ Kraamzorg service worden aangevraagd (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Extrafit).

lid 2

Bewakingsapparatuur wiegendood

Vergoed worden de kosten van huur van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, mits op aanvraag van de behandelend arts en uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Voor meer informatie kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Extrafit).

Artikel 2

Fysiotherapie/oefentherapie/ manuele therapie

Vergoed worden de kosten van zorg verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar tot maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 3

Farmaceutische zorg

lid 1

De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogistrij. De volgende kosten worden vergoed tot een maximum van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar:

- de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
- de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van geneesmiddelen op grond van het Reglement Farmaceutische zorg van de verzekeraar;
- de kosten van verbandmiddelen die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden en die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende zorg.

lid 2

1. Er bestaat echter geen aanspraak op vergoeding van kosten van:
 - de middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel;
 - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
 - vaccinaties en profylactische middelen. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 5;
 - zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
 - anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap), tenzij sprake is van een medische noodzaak;
 - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteits- en kunstmatige voortplantingstechnieken.
2. De verzekeraar heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts vergoeding wordt verleend voor een door de verzekeraar aangewezen onderling vervangbaar geregistreerd geneesmiddel. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 4

Alternatieve geneeswijzen

Vergoed worden de kosten van een consult bij, of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent. De vergoeding bedraagt maximaal € 27,- per consult / behandeling met een maximum van één consult / behandeling per dag, maximaal 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 5

Vaccinaties

Vergoed worden de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, typhus, cholera, meningococcon en van profylactische middelen ter voorkoming van malaria wegens verblijf in het buitenland, tot een maximum van € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 6

Overige hulpmiddelen

lid 1

Rolstoelen/Invalidenwagens

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

lid 2

Steunzolen

Vergoed worden de kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering moet geschieden door een orthopedisch schoentechnicus.

lid 3

Verpleegartikelen

Vergoed worden de kosten van huur van verpleegartikelen. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.

lid 4

Wekapparaten

Vergoed worden de kosten van huur van een plaswekker (inclusief bandages) voor een periode van maximaal drie maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal € 85,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 7

Bijzondere behandelingen/therapieën

lid 1

Acné-behandeling

Vergoed worden de kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e) voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend dermatoloog.

lid 2

Camouflagetherapie

Vergoed worden de kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals.

lid 3

Elektrische epilatie of laserbehandeling

Vergoed worden de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat tot maximaal € 1.000,- gedurende de looptijd van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend dermatoloog.

lid 4

Lymfedrainage

Vergoed worden de kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem.

lid 5

Podotherapie

Vergoed worden de kosten van behandeling door een podotherapeut of podoloog. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen en orthonyxie.

lid 6 **Psoriasisdagbehandeling**
Vergoed worden de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts.

lid 7 **Stottertherapie**
Vergoed worden de kosten van stottertherapie tot een maximum van € 350,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 8 **Verblijfkosten**

lid 1 **Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis**
Vergoed wordt € 12,50 per dag van de verschuldigde eigen bijdrage met een maximum van € 260,- per kalenderjaar voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonalddhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeershuis, in geval van een behandeling van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

lid 2 **Verblijf gezinslid**
Vergoed worden de kosten van verblijf van een gezinslid van de verzekerde van 18 jaar of ouder in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis gedurende de periode van opname van deze verzekerde in het ziekenhuis vanwege een behandeling, tot een maximum van € 25,- per dag.

lid 3 **Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren**
Vergoed wordt de verschuldigde eigen bijdrage van € 6,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde.

Artikel 9 **Ziekenvervoer**

Voor verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) wordt de eigen bijdrage vergoed.

Artikel 10 **Buitenland**

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige zorg vergoed.

lid 1 **Onvoorziene behandelingen**
Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal 2x het in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedrag; de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;

- die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal 2x de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.

lid 2

Voorziene behandelingen

- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen voor medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, volledig voor behandelingen ondergaan in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding uit hoofde van een (bij zorgverzekeraar of elders lopende) zorgverzekering maakt hier onderdeel van uit. De lijst met deze erkende ziekenhuizen is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl.
- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.

lid 3

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

lid 4

ONVZ Zorgassistance

In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met ONVZ Zorgassistance. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer / burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met ONVZ Zorgassistance.

ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer 0031 (0)88 668 97 67.

lid 5

Repatriëring

In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat tevens dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Organisatie van repatriëring geschiedt door ONVZ Zorgassistance.

Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van ONVZ Zorgassistance in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer/burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

lid 6

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

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Extrafit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van ONVZ. Dat houdt in dat ONVZ meer doet dan het uitbetalen van nota's. De verzekerde kan terecht bij de ONVZ ZorgConsulent voor bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, hulp in natura en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg.

Verzekerden van ONVZ kunnen voor informatie en het aanvragen van onderstaande zorgdiensten contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

Het ONVZ gezondheidsbulletin Lijf & Leden informeert verzekerden over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Het wordt tweemaal per jaar gratis toegezonden.

Daarnaast kunnen verzekerden via de ONVZ ZorgConsulent:

- telefonisch een arts en/of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding;
- informatiemateriaal aanvragen over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg.

Kraamzorg

Kraamzorg in natura

Voor informatie over de kraamzorg en aanvraag van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met ONVZ Kraamzorg Service. Indien de verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt ONVZ Kraamzorg Service de kraamzorg in natura bij een erkende gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste vier maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd. ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 079 343 04 64.

Kraampakket

Met vragen over het kraampakket en de aanvraag van het pakket kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. De ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 079 343 04 64.

Bewakingsapparatuur wiegendood

Voor informatie over of aanvragen van bewakingsapparatuur, kan verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer die wordt beschreven in artikel 21 deel B Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering. Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen aan haar verzekerden laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Indien de verzekerde hiervan gebruik wil maken kan contact worden opgenomen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Wachtrijbemiddeling

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

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

De verzekerde kan onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan ziektekosten die niet door de verzekeraar worden betaald, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade. De totale kosten inclusief de kosten van het voeren van een procedure worden vergoed tot maximaal € 12.500,-. Een reglement met daarin alle voorwaarden is op aanvraag verkrijgbaar bij ONVZ Verhaalszaken. Voor het regelen en aanvragen van deze verhaalsbijstand kan de verzekerde contact opnemen met ONVZ Verhaalszaken.

ONVZ Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

ONVZ

Vrije Keuze Benefit

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Benfit

Deel B Omvang Dekking	68
Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg	68
Artikel 2 Paramedische zorg en bewegingzorg	69
lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie	69
lid 2 Overige	69
Artikel 3 Farmaceutische zorg	69
Artikel 4 Alternatieve geneeswijzen	70
Artikel 5 Vaccinaties	70
Artikel 6 Eigen bijdragen hulpmiddelen	70
Artikel 7 Vervangende mantelzorg	70
Artikel 8 Overige hulpmiddelen	70
lid 1 Rolstoelen/Invalidenwagens	70
lid 2 Steunzolen	71
lid 3 Verpleegartikelen	71
lid 4 Wekapparaten	71
Artikel 9 Bijzondere behandelingen/therapieën	71
lid 1 Acnébehandeling	71
lid 2 Beweegprogramma's	71
lid 3 Camouflagetherapie	71
lid 4 Diëtist(e)	71
lid 5 Elektrische epilatie of laserbehandeling	71
lid 6 Lymfedrainage	72
lid 7 Overgangsconsulent(e)	72
lid 8 Pedicure	72
lid 9 Podotherapie	72
lid 10 Psoriasisdagbehandeling	72
lid 11 Stottertherapie	72

Artikel 10	Verblijfkosten	72
	lid 1 Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis	72
	lid 2 Verblijf gezinslid	72
	lid 3 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	72
Artikel 11	Ziekenvervoer	73
Artikel 12	Reiskosten ziekenbezoek	73
Artikel 13	Orthodontie	73
Artikel 14	Griepvaccinatie	73
Artikel 15	Buitenland	73
	Deel C Zorgdiensten	76
	ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	76
	Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	76
	Kraamzorg	76
	Taxivervoer	77
	Wachtnijbesteding	77
	Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	77

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Benfit

Indien aanspraken bestaan op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de ONVZ Vrije Keuze Benfit een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde kosten volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

Artikel 1

Verloskundige zorg en kraamzorg

Voor vrouwelijke verzekerden geldt naast de vergoeding uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- lid 1 Bij bevalling in een ziekenhuis, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis: een uitkering van € 250,-. Deze uitkering kan onder meer worden gebruikt om:
- de eigen bijdrage voor kraamzorg te bekostigen die van toepassing is in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel een elders lopende zorgverzekering);
 - uitgestelde en/of aanvullende kraamzorg te bekostigen;
 - de couveuse nazorg te bekostigen;
 - de eigen bijdrage te bekostigen die geldt bij een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel een elders lopende zorgverzekering);
 - de adoptiekraamzorg te bekostigen.
- lid 2 **Kraampakket**
De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket. Het kraampakket kan bij de ONVZ Kraamzorg Service worden aangevraagd (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Benfit).
- lid 3 **Lactatiekundige**
Vergoed worden de kosten van maximaal twee consulten bij een lactatiekundige.
- lid 4 **Bewakingsapparatuur wiegendood**
Vergoed worden kosten van huur van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, mits op verwijzing van de behandelend arts en uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Voor meer informatie kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Benfit).

Artikel 2

Paramedische zorg en beweegzorg

Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

lid 1

Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie

Vergoed worden de kosten van zorg verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar tot maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

lid 2

De kosten van de onderstaande behandelingen worden vergoed tot een gezamenlijk maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar, mits voorgeschreven door de behandelend huisarts of specialist:

- *Chiropractie*
De zorg verleend door een chiropractor.
- *Manuele therapie E.S. ®*
De zorg verleend door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).
- *Orthoptische zorg*
De zorg verleend door een orthoptist.
- *Osteopathie*
De zorg verleend door een osteopaat.

Artikel 3

Farmaceutische zorg

lid 1

De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed tot een maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar:

- de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
- de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van geneesmiddelen op grond van het Reglement Farmaceutische zorg van de verzekeraar;
- de kosten van verbandmiddelen die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden en die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende zorg.

lid 2

1. Er bestaat echter geen aanspraak op vergoeding van kosten van:
 - de middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel;
 - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
 - vaccinaties en profylactische middelen. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 5;
 - zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
 - anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap), tenzij sprake is van een medische noodzaak;
 - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteits- en kunstmatige voortplantingstechnieken.

2. De verzekeraar heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts vergoeding wordt verleend voor een door de verzekeraar aangewezen onderling vervangbaar geregistreerd geneesmiddel. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 4

Alternatieve geneeswijzen

Vergoed worden de kosten van een consult bij, of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent of een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 27,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag, maximaal 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 5

Vaccinaties

Vergoed worden de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, typhus, cholera, meningococcon en van profylactische middelen ter voorkoming van malaria wegens verblijf in het buitenland, tot een maximum van € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 6

Eigen bijdragen hulpmiddelen

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde verschuldigd is op basis van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 7

Vervangende mantelzorg

Vergoed worden de kosten van vervangende mantelzorg bij afwezigheid van de mantelzorger(s) van een gehandicapte of chronisch zieke verzekerde, om medische reden of vakantie, gedurende maximaal 8 dagen per verzekerde per kalenderjaar. Deze zorg moet worden geleverd door Stichting Mantelzorgvervanging Nederland "Handen-in-Huis" en vooraf worden bemiddeld door de ONVZ ZorgConsulent.

Artikel 8

Overige hulpmiddelen

lid 1

Rolstoelen/Invalidenwagens

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

- lid 2 **Steunzolen**
Vergoed worden de kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering moet geschieden door een orthopedisch schoentechnicus.
- lid 3 **Verpleegartikelen**
Vergoed worden de kosten van huur van verpleegartikelen. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 4 **Wekapparaten**
Vergoed worden de kosten van huur van een plaswekker (inclusief bandages) voor een periode van maximaal drie maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal € 85,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 9 **Bijzondere behandelingen/therapieën**

- lid 1 **Acnébehandeling**
Vergoed worden de kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e) voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend dermatoloog.
- lid 2 **Beweegprogramma's**
Vergoed tot een maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar worden de kosten van:
- een door KNGF erkend beweegprogramma gericht op genezing en herstel, ter voorkoming van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte, mits voorgeschreven door de behandelend arts;
 - een beweegprogramma dat onderdeel uitmaakt van de gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan de overige componenten, dieetadvisering en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) worden vergoed. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag, verantwoord bewegen en het ontwikkelen van een actieve en gezonde levensstijl en wordt gegeven door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck of een thuiszorgorganisatie.
- lid 3 **Camouflagetherapie**
Vergoed worden de kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals.
- lid 4 **Diëtist(e)**
Vergoed worden de kosten van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) tot maximaal € 120,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 5 **Elektrische epilatie of laserbehandeling**
Vergoed worden de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat tot maximaal € 1.000,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend dermatoloog.

- lid 6 **Lymfedrainage**
Vergoed worden de kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem.
- lid 7 **Overgangsconsulent(e)**
Vergoed worden de kosten van voorlichting, advies en zorg gedurende de menopauze gegeven door een overgangsconsulent(e) aangesloten bij Care for Women of bij de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VOC) tot maximaal € 120,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 8 **Pedicure**
Vergoed worden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met diabetes mellitus of reumatoïde artritis tot maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 9 **Podotherapie**
Vergoed worden de kosten van behandeling door een podotherapeut of podoloog. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen en orthonyxie.
- lid 10 **Psoriasisdagbehandeling**
Vergoed worden de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts.
- lid 11 **Stottertherapie**
Vergoed worden de kosten van stottertherapie, inclusief maaltijdkosten en verblijfkosten, tot een maximum van € 350,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 10 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis**
Vergoed wordt € 12,50 per dag van de verschuldigde eigen bijdrage met een maximum van € 260,- per kalenderjaar voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonalddhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis, in geval van een behandeling van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.
- lid 2 **Verblijf gezinslid**
Vergoed worden de kosten van verblijf van een gezinslid van de verzekerde van 18 jaar of ouder in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van opname van deze verzekerde in het ziekenhuis vanwege een behandeling, tot een maximum van € 25,- per dag.
- lid 3 **Therapeutisch kamp voor jongeren**
Vergoed wordt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening tot een maximum van € 250,-, maximaal 1 kamp per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 11

Ziekenvervoer

De kosten van ziekenvervoer binnen Nederland worden vergoed voor zover het ziekenvervoer plaatsvindt ten behoeve van een behandeling waarop aanspraak bestaat op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering).

De volgende kosten worden vergoed:

1. de eigen bijdrage voor de verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering);
2. tot maximaal € 0,25 per gereden kilometer bij gebruik van de auto volgens de kortst gebruikelijke route;
3. taxivervoer (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Benfit).

Artikel 12

Reiskosten ziekenbezoek

Vanaf de 8e opnamedag vergoedt de verzekeraar de reiskosten van bezoek door een verzekerde aan een opgenomen gezinslid in een ziekenhuis in Nederland, tot maximaal € 0,25 per kilometer vanaf het woonadres van de verzekerde in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats volgens de kortst gebruikelijke route tot een maximum van € 150,- per verzekerde per kalenderjaar. Zowel de verzekerde als het gezinslid dienen verzekerd te zijn bij ONVZ.

Artikel 13

Orthodontie

Orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Vergoed wordt tot maximaal € 1.365,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

Artikel 14

Griepvaccinatie

Vergoed worden de kosten van één griepvaccinatie per verzekerde per kalenderjaar voor zover de verzekerde niet tot één van de risicogroepen behoort die via het Nationaal Programma Grieppreventie in aanmerking komt voor een griepvaccinatie.

Artikel 15

Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige zorg vergoed.

lid 1

Onvoorziene behandelingen

Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- Binnen een EU-/EER of Verdragsland de kosten van behandelingen die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven,

uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedrag; de vergoeding uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;

- Binnen een EU-/EER of Verdragsland de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed tot maximaal de in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen;
- Buiten een EU-/EER of Verdragsland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal 2x het in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedrag; de vergoeding uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;
- Buiten een EU-/EER of Verdragsland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen: die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal 2x de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.

lid 2

Voorziene behandelingen

- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen voor medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, volledig voor behandelingen ondergaan in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding uit hoofde van een (bij zorgverzekeraar of elders lopende) zorgverzekering maakt hier onderdeel van uit. De lijst met deze erkende ziekenhuizen is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl.
- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.

lid 3

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

lid 4

ONVZ Zorgassistance

In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met ONVZ Zorgassistance. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer / burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met ONVZ Zorgassistance.

ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer 0031 (0)88 668 97 67.

lid 5

Repatriëring

In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevaltelsel bestaat dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Bij overlijden van verzekerde vergoedt de verzekeraar de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot naar Nederland. Organisatie van repatriëring geschiedt door ONVZ Zorgassistance.

Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van ONVZ Zorgassistance in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer / burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

lid 6 De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance om bepaalde gegevens te verschaffen aan de medische adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname en/of de repatriëring.

lid 7 **Telefoonkosten**
De telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Benfit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van ONVZ. Dat houdt in dat ONVZ meer doet dan het uitbetalen van nota's. De verzekerde kan terecht bij de ONVZ ZorgConsulent voor bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, hulp in natura en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg.

Verzekerden van ONVZ kunnen voor informatie en het aanvragen van onderstaande zorgdiensten contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

Het ONVZ gezondheidsbulletin Lijf & Leden informeert verzekerden over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Het wordt tweemaal per jaar gratis toegezonden.

Daarnaast kunnen verzekerden via de ONVZ ZorgConsulent:

- telefonisch een arts en/of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding;
- informatiemateriaal aanvragen over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg.

Kraamzorg

Kraamzorg in natura

Voor informatie over de kraamzorg en aanvraag van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met ONVZ Kraamzorg Service. Indien de verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt ONVZ Kraamzorg Service de kraamzorg in natura bij een erkende gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste vier maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd. ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 079 343 04 64.

Kraampakket

Met vragen over het kraampakket en de aanvraag van het pakket kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. De ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 079 343 04 64.

Bewakingsapparatuur wiegendood

Voor informatie over of aanvragen van bewakingsapparatuur, kan verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer die wordt beschreven in artikel 10 van deel B Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Benfit. Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen aan haar verzekerden laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Indien de verzekerde hiervan gebruik wil maken kan contact worden opgenomen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Wachtrijbemiddeling

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

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

De verzekerde kan onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan ziektekosten die niet door de verzekeraar worden betaald, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade. De totale kosten inclusief de kosten van het voeren van een procedure worden vergoed tot maximaal € 12.500,-. Een reglement met daarin alle voorwaarden is op aanvraag verkrijgbaar bij ONVZ Verhaalszaken. Voor het regelen en aanvragen van deze verhaalsbijstand kan de verzekerde contact opnemen met ONVZ Verhaalszaken.

ONVZ Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

ONVZ

Vrije Keuze Optifit

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Optifit

Deel B Omvang Dekking	82
Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg	82
Artikel 2 Paramedische zorg en bewegingzorg	83
lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie	83
lid 2 Overige	83
Artikel 3 Psychologische zorg	83
Artikel 4 Farmaceutische zorg	84
Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen	84
Artikel 6 Vaccinaties	84
Artikel 7 Huishoudelijke hulp in natura	85
Artikel 8 Vervangende mantelzorg	85
Artikel 9 Eigen bijdragen hulpmiddelen	85
Artikel 10 Overige hulpmiddelen	85
lid 1 Brillenglazen/Contactlenzen/Ooglaseren	85
lid 2 Rolstoelen/Invalidenwagens	85
lid 3 Steunzolen	86
lid 4 Verpleegartikelen	86
lid 5 Wekapparaten	86
Artikel 11 Bijzondere behandelingen/therapieën	86
lid 1 Acnébehandeling	86
lid 2 Beweegprogramma's	86
lid 3 Camouflagetherapie	86
lid 4 Diëtist(e)	86
lid 5 Elektrische epilatie of laserbehandeling	87
lid 6 Lymfedrainage	87
lid 7 Overgangsconsulent(e)	87
lid 8 Pedicure	87
lid 9 Plastische chirurgie	87
lid 10 Podotherapie	87
lid 11 Psoriasisdagbehandeling	87
lid 12 Sterilisatie	87
lid 13 Stottertherapie	87

Artikel 12	Verblijfkosten	88
	lid 1 Ronald McDonald- of familiehuus	88
	lid 2 Verblijf gezinslid	88
	lid 3 Verblijf in een hospice	88
	lid 4 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	88
Artikel 13	Ziekenvervoer	88
Artikel 14	Reiskosten ziekenbezoek	88
Artikel 15	Mondzorg	89
Artikel 16	Preventieve zorg	89
	Lid 1 Griepvaccinatie	89
	Lid 2 Preventiecurssussen	89
	Lid 3 Programma's voor stoppen met roken	89
	Lid 4 Preventief medisch onderzoek	89
	Lid 5 Lidmaatschap patiëntenvereniging	89
Artikel 16	Buitenland	90
Deel C Zorgdiensten		92
	ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	92
	Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	92
	Kraamzorg	92
	Huishoudelijke hulp in natura	93
	Taxivervoer	93
	Preventiecurssussen	93
	Preventief medisch onderzoek	93
	Wachtljstbemiddeling	93
	Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	93

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Optifit

Indien aanspraken bestaan op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de ONVZ Vrije Keuze Optifit een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde kosten volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

Artikel 1

Verloskundige zorg en kraamzorg

Voor vrouwelijke verzekerden geldt naast de vergoeding uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- lid 1 Bij bevalling in een ziekenhuis, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis: een uitkering van € 350,-. Deze uitkering kan onder meer worden gebruikt om:
- de eigen bijdrage voor kraamzorg te bekostigen die van toepassing is in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel een elders lopende zorgverzekering);
 - uitgestelde en/of aanvullende kraamzorg te bekostigen;
 - de couveuse nazorg te bekostigen;
 - de eigen bijdrage te bekostigen die geldt bij een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel een elders lopende zorgverzekering);
 - de adoptiekraamzorg te bekostigen.
- lid 2 **Kraampakket**
De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket. Het kraampakket kan bij de ONVZ Kraamzorg Service worden aangevraagd (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Optifit).
- lid 3 **Lactatiekundige**
Vergoed worden de kosten van maximaal vier consulten bij een lactatiekundige.
- lid 4 **Bewakingsapparatuur wiegendood**
Vergoed worden de kosten van huur van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, mits op verwijzing van de behandelend arts en uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Voor meer informatie kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Optifit).

lid 5 **Sensormatje**
Vergoed worden de aanschafkosten van een sensormatje voor bewegings- en ademhalingsregistratie bij een pasgeborene, maximaal één per pasgeborene.

lid 6 **TENS**
Vergoed worden de kosten van huur van een TENS (Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie), een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling, voor een periode van maximaal 6 weken. Een aanvraag kan worden ingediend bij de ONVZ ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Optifit).

Artikel 2 **Paramedische zorg en beweegzorg**

Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

lid 1 **Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie**
Vergoed worden de kosten van zorg verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar tot maximaal 35 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

lid 2 De kosten van de onderstaande behandelingen worden vergoed tot een gezamenlijk maximum van € 750,- per verzekerde per kalenderjaar, mits voorgeschreven door de behandelend huisarts of specialist:

- *Chiropractie*
De zorg verleend door een chiropractor.
- *Manuele therapie E.S. ®*
De zorg verleend door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).
- *Orthoptische zorg*
De zorg verleend door een orthoptist.
- *Osteopathie*
De zorg verleend door een osteopaat.
- *Sportarts*
De behandelingen verricht door een sportarts.

Artikel 3 **Psychologische zorg**

Vergoed worden de kosten van eerstelijns psychologische zorg vanaf de negende zitting door een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van de eerstelijnspsychologische zorg komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als sprake is van voortzetting van eerstelijnspsychologische zorg, waarvan de eerste acht zittingen op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) zijn vergoed. De eigen bijdragen op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor de verstrekking van eerstelijns psychologische zorg komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 4

Farmaceutische zorg

lid 1

De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed tot een maximum van € 4.540,- per verzekerde per kalenderjaar:

- zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
- de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
- de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
- de kosten van verbandmiddelen, die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden en die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende zorg.

lid 2

1. Er bestaat echter geen aanspraak op vergoeding van kosten van:
 - de middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel;
 - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 5, lid 2;
 - vaccinaties en profylactische middelen. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 6.
2. De verzekeraar heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts vergoeding wordt verleend voor een door de verzekeraar aangewezen onderling vervangbaar geregistreerd geneesmiddel. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 5

Alternatieve geneeswijzen

lid 1

Vergoed worden de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent of een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult / behandeling door een arts en maximaal € 65,- per consult / behandeling door een acupuncturist. Maximaal één consult / behandeling per dag met een gezamenlijk maximum van € 750,- per verzekerde per kalenderjaar.

lid 2

Vergoed worden de kosten van homeopathische of antroposofische geneesmiddelen tot een maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar, mits door de behandelend arts of acupuncturist voorgeschreven en door een apotheek of apotheekhoudende huisarts geleverd.

Artikel 6

Vaccinaties

Vergoed worden de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, typhus, cholera, meningococconen en van profylactische middelen ter voorkoming van malaria wegens verblijf in het buitenland, tot een maximum van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 7

Huishoudelijke hulp in natura

De huishoudelijke hulp is een voorziening uit hoofde van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de WMO geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

Bij ontslag uit een ziekenhuis na een opnameduur van minimaal 5 dagen bestaat voor een verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp tot een maximum van € 205,-. De hulp wordt geleverd door een door de verzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie, onder voorbehoud van beschikbaarheid en moet direct aansluiten op de ziekenhuisopname. Om in aanmerking te komen voor de huishoudelijke hulp moet zo spoedig mogelijk, uiterlijk op de dag van ontslag, een aanvraag worden gedaan bij de ONVZ ZorgConsulent.

De eigen bijdragen die gelden op grond van de WMO komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Nadere informatie over huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis wordt omschreven in Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Optifit.

Artikel 8

Vervangende mantelzorg

Vergoed worden de kosten van vervangende mantelzorg bij afwezigheid van de mantelzorger(s) van een gehandicapte of chronisch zieke verzekerde, om medische reden of vakantie, gedurende maximaal 8 dagen per verzekerde per kalenderjaar. Deze zorg moet worden geleverd door Stichting Mantelzorgvervanging Nederland "Handen-in-Huis" en vooraf worden bemiddeld door de ONVZ ZorgConsulent.

Artikel 9

Eigen bijdragen hulpmiddelen

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde verschuldigd is op basis van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 10

Overige hulpmiddelen

lid 1

Brillenglazen/Contactlenzen/Ooglaseren

Vergoed worden de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen, versterkende/corrigerende contactlenzen of ooglaserbehandeling tot een maximum van € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

lid 2

Rolstoelen/Invalidenwagens

Vergoed worden de kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens. Op deze vergoeding kan geen aanspraak gemaakt worden als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.

- lid 3 **Steunzolen**
Vergoed worden de kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering dient te geschieden door een orthopedisch schoentechnicus.
- lid 4 **Verpleegartikelen**
Vergoed worden de kosten van huur van verpleegartikelen. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 5 **Wekapparaten**
Vergoed worden de kosten van huur van een plaswekker (inclusief bandages) voor een periode van maximaal drie maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal € 85,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 11 **Bijzondere behandelingen/therapieën**

- lid 1 **Acnébehandeling**
Vergoed worden de kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e) voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend dermatoloog.
- lid 2 **Beweegprogramma's**
Vergoed tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar worden de kosten van:
- een door KNGF erkend beweegprogramma gericht op genezing en herstel, ter voorkoming van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte, mits voorgeschreven door de behandelend arts;
 - het revalidatieprogramma Herstel & Balans, gericht op het verminderen van en het leren omgaan met (rest)klachten voor mensen met kanker, mits uitgevoerd door een instelling met een licentie van de stichting Herstel & Balans en mits voorgeschreven door de behandelend arts;
 - een beweegprogramma volgens de methode van CytoFys, OncoMove of Sportplan Tegenkracht tijdens een chemotherapie behandeling, onder begeleiding van een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum, mits voorgeschreven door de behandelend arts;
 - een beweegprogramma dat onderdeel uitmaakt van de gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan de overige componenten, dieetadvisering en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) worden vergoed. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag, verantwoord bewegen en het ontwikkelen van een actieve en gezonde levensstijl, en wordt gegeven door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck of een thuiszorgorganisatie.
- lid 3 **Camouflagetherapie**
Vergoed worden de kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals.
- lid 4 **Diëtist(e)**
Vergoed worden de kosten van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) tot maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar.

- lid 5 **Elektrische epilatie of laserbehandeling**
Vergoed worden de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat tot maximaal € 1.000,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend dermatoloog.
- lid 6 **Lymfedrainage**
Vergoed worden de kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem.
- Overgangsconsulent(e)**
- lid 7 Vergoed worden de kosten van voorlichting, advies en zorg gedurende de menopauze gegeven door een overgangsconsulent(e) aangesloten bij Care for Women of bij de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VOC) tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 8 **Pedicure**
Vergoed worden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met diabetes mellitus of reumatoïde artritis tot maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 9 **Plastische chirurgie**
- Vergoed worden de kosten van het corrigeren van standsafwijkingen van de oren voor kinderen tot 18 jaar.
 - Vergoed worden de kosten van de volgende behandelingen, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis:
 1. correctie van bovenoogleden
 2. correctie van de buikwand (vetschortoperatie)
 3. het operatief vervangen van borstprothesen
- lid 10 **Podotherapie**
Vergoed worden de kosten van behandeling door een podotherapeut of podoloog. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen en orthonyxie.
- lid 11 **Psoriasisdagbehandeling**
Vergoed worden de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts.
- lid 12 **Sterilisatie**
Vergoed worden de kosten verbonden aan sterilisatie. De kosten verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.
- lid 13 **Stottertherapie**
Vergoed worden de kosten van stottertherapie, inclusief maaltijdkosten en verblijfkosten, tot een maximum van € 500,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 12

Verblijfkosten

lid 1

Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis

Vergoed wordt € 12,50 per dag van de verschuldigde eigen bijdrage met een maximum van € 260,- per kalenderjaar voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis, in geval van een behandeling van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

lid 2

Verblijf gezinslid

Vergoed worden de kosten van verblijf van een gezinslid van de verzekerde van 18 jaar of ouder in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van opname van deze verzekerde in het ziekenhuis vanwege een behandeling, tot een maximum van € 25,- per dag.

lid 3

Verblijf in een hospice

Vergoed wordt de eigen bijdrage tot maximaal € 25,- per dag, gedurende maximaal 3 maanden van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis. Het verblijf moet geïndiceerd zijn door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist.

lid 4

Therapeutisch kamp voor jongeren

Vergoed wordt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening tot een maximum van € 300,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 13

Ziekenvervoer

De kosten van ziekenvervoer binnen Nederland worden vergoed voor zover het ziekenvervoer plaatsvindt ten behoeve van een behandeling waarop aanspraak bestaat op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering).

De volgende kosten worden vergoed:

1. de eigen bijdrage voor de verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering);
2. tot maximaal € 0,25 per gereden kilometer bij gebruik van de auto volgens de kortst gebruikelijke route;
3. taxivervoer (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Optifit).

Artikel 14

Reiskosten ziekenbezoek

Vanaf de 8e opnamedag vergoedt de verzekeraar de reiskosten van bezoek door een verzekerde aan een opgenomen gezinslid in een ziekenhuis in Nederland, tot maximaal € 0,25 per kilometer vanaf het woonadres van de verzekerde in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats volgens de kortst gebruikelijke route tot een maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Zowel de verzekerde als het gezinslid dienen verzekerd te zijn bij ONVZ.

Artikel 15

Mondzorg

- lid 1 Vergoed worden de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd.
- lid 2 Vergoed worden de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen kan de zorg ook worden verleend door een tandprotheticus). Vergoed worden deze kosten tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 3 De kosten van het bleken van elementen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 16

Preventieve zorg

- lid 1 **Griepvaccinatie**
Vergoed worden de kosten van één griepvaccinatie per verzekerde per kalenderjaar voor zover de verzekerde niet tot één van de risicogroepen behoort die via het Nationaal Programma Grieppreventie in aanmerking komt voor een griepvaccinatie.
- lid 2 **Preventiecurssussen**
Vergoed worden de kosten van maximaal twee, door de verzekeraar erkende preventiecurssussen tot een gezamenlijk maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. De door de verzekeraar erkende preventiecurssussen zijn op te vragen bij de ONVZ ZorgConsulent.
- lid 3 **Programma's voor stoppen met roken**
Vergoed worden de kosten van de hierna genoemde programma's voor stoppen met roken aanvullend op de zorg die geheel of gedeeltelijk uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) worden vergoed:
- Lasertherapie;
 - Allen Carr-training;
 - De Opluchting-training.
- lid 4 **Preventief medisch onderzoek**
De kosten van preventief medisch onderzoek worden voor 50% vergoed tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Uitgesloten zijn echter de kosten van een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever. Voor meer informatie over preventief medisch onderzoek kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Optifit).
- lid 5 **Lidmaatschap patiëntenvereniging**
Voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) of Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad), vergoedt de verzekeraar eenmalig maximaal € 25,- gedurende de gehele looptijd van de verzekering. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige zorg vergoed:

lid 1

Onvoorziene behandelingen

Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- Binnen een EU-/EER of Verdragsland de kosten van behandelingen die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedrag; de vergoeding uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;
- Binnen een EU-/EER of Verdragsland de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed tot maximaal de in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen;
- Buiten een EU-/EER of Verdragsland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal 2x het in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedrag; de vergoeding uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;
- Buiten een EU-/EER of Verdragsland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen: die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal 2x de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.

lid 2

Voorziene behandelingen

- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen voor medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, volledig voor behandelingen ondergaan in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding uit hoofde van een (bij zorgverzekeraar of elders lopende) zorgverzekering maakt hier onderdeel van uit. De lijst met deze erkende ziekenhuizen is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl.
- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.

lid 3

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

lid 4

ONVZ Zorgassistance

In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met ONVZ Zorgassistance. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer / burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met ONVZ Zorgassistance.

ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer 0031 (0)88 668 97 67.

lid 5

Repatriëring

In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Bij overlijden van verzekerde vergoedt de verzekeraar de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot naar Nederland. Organisatie van repatriëring geschiedt door ONVZ Zorgassistance.

Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van ONVZ Zorgassistance in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer / burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

lid 6

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

lid 7

Telefoonkosten

De telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Optifit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van ONVZ. Dat houdt in dat ONVZ meer doet dan het uitbetalen van nota's. De verzekerde kan terecht bij de ONVZ ZorgConsulent voor bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, hulp in natura en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg.

Verzekerden van ONVZ kunnen voor informatie en het aanvragen van onderstaande zorgdiensten contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

Het ONVZ gezondheidsbulletin Lijf & Leden informeert verzekerden over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Het wordt tweemaal per jaar gratis toegezonden.

Daarnaast kunnen verzekerden via de ONVZ ZorgConsulent:

- telefonisch een arts en/of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding;
- informatiemateriaal aanvragen over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg.

Kraamzorg

Kraamzorg in natura

Voor informatie over de kraamzorg en aanvraag van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met ONVZ Kraamzorg Service. Indien de verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt ONVZ Kraamzorg Service de kraamzorg in natura bij een erkende gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste vier maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd. ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 079 343 04 64.

Kraampakket

Met vragen over het kraampakket en de aanvraag van het pakket kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. De ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 079 343 04 64.

Bewakingsapparatuur wiegendood

Voor informatie over of aanvragen van bewakingsapparatuur, kan verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

TENS

Voor informatie over of aanvragen van een TENS, kan verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Huishoudelijke hulp in natura

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

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer die wordt beschreven in artikel 13 van deel B Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Optifit. Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen aan haar verzekerden laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Indien de verzekerde hiervan gebruik wil maken kan contact worden opgenomen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Preventiecurssussen

Voor nadere informatie over de door ONVZ erkende preventiecurssussen kan verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Preventief medisch onderzoek

De ONVZ ZorgConsulent verzorgt informatie over preventief medisch onderzoek dat de verzekerde wordt aangeboden door ONVZ.

Wachtlijstbemiddeling

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

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

De verzekerde kan onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan ziektekosten die niet door de verzekeraar worden betaald, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade. De totale kosten inclusief de kosten van het voeren van een procedure worden vergoed tot maximaal € 12.500,-. Een reglement met daarin alle voorwaarden is op aanvraag verkrijgbaar bij ONVZ Verhaalszaken. Voor het regelen en aanvragen van deze verhaalsbijstand kan de verzekerde contact opnemen met ONVZ Verhaalszaken.

ONVZ Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

ONVZ

Vrije Keuze Topfit

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Topfit

Deel B Omvang Dekking	98
Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg	98
Artikel 2 Paramedische zorg en beweegzorg	99
lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie	99
lid 2 Overige	99
Artikel 3 Psychologische zorg	99
Artikel 4 Farmaceutische zorg	100
Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen	100
Artikel 6 Vaccinaties	100
Artikel 7 Eigen bijdragen hulpmiddelen	101
Artikel 8 Overige hulpmiddelen	101
lid 1 Brillenglazen/Contactlenzen/Ooglaseren	101
lid 2 Rolstoelen/Invalidenwagens	101
lid 4 Steunzolen	101
lid 5 Verpleegartikelen	101
lid 6 Wekapparaten	101
Artikel 9 Ziekenvervoer	101
Artikel 10 Reiskosten ziekenbezoek	101
Artikel 11 Mondzorg	102
Artikel 12 Bijzondere behandelingen	102
lid 1 Acnébehandeling	102
lid 2 Beweegprogramma's	102
lid 3 Camouflagetherapie	102
lid 4 Diëtist(e)	103
lid 5 Elektrische epilatie of laserbehandeling	103
lid 6 Ergotherapie	103
lid 7 IVF	103
lid 8 Lymfedrainage	103
lid 9 Overgangsconsulent(e)	103
lid 10 Pedicure	103
lid 11 Plastische chirurgie	103
lid 12 Podotherapie	103
lid 13 Psoriasisdagbehandeling	103
lid 14 Sterilisatie/Refertilisatie	103
lid 15 Stottertherapie	103

Artikel 13	Verblijfkosten	104
	lid 1 Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis	104
	lid 2 Verblijf gezinslid	104
	lid 3 Verblijf verzekerde	104
	lid 4 Verblijf in een hospice	104
	lid 5 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	104
	lid 6 Herstelingsoord	104
	lid 7 Kuuroord	104
Artikel 14	Huishoudelijke hulp in natura	104
Artikel 15	Vervangende mantelzorg	105
Artikel 16	Kinderopvang	105
Artikel 17	Preventieve zorg	105
Artikel 18	Buitenland	106
Artikel 19	ONVZ Zorgassistance	107

Deel C Zorgdiensten

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	108
Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	108
Kraamzorg	108
Taxivervoer	109
Huishoudelijke hulp in natura	109
Kinderopvang	109
Preventiecurcussen	109
Preventief medisch onderzoek	109
Wachtnlijstbemiddeling	109
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	109

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Topfit

Indien aanspraken bestaan op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de ONVZ Vrije Keuze Topfit een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde kosten volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

Artikel 1

Verloskundige zorg en kraamzorg

Voor vrouwelijke verzekerden geldt naast de vergoeding uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- lid 1 Bij bevalling in een ziekenhuis, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis: een uitkering van € 455,-. Deze uitkering kan onder meer worden gebruikt om:
- de eigen bijdrage voor kraamzorg te bekostigen die van toepassing is in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel een elders lopende zorgverzekering);
 - uitgestelde en/of aanvullende kraamzorg te bekostigen;
 - de couveuse nazorg te bekostigen;
 - de eigen bijdrage te bekostigen die geldt bij een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel een elders lopende zorgverzekering);
 - de adoptiekraamzorg te bekostigen.
- lid 2 **Kraampakket**
De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket. Het kraampakket kan bij de ONVZ Kraamzorg Service worden aangevraagd (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Topfit).
- lid 3 **Lactatiekundige**
Vergoed worden de kosten van een lactatiekundige.
- lid 4 **Bewakingsapparatuur wiegendood**
Vergoed worden de kosten van huur van bewakingsapparatuur, mits op verwijzing van de behandelend arts en uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Voor meer informatie kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Topfit).

lid 5 **Sensormatje**
Vergoed worden de aanschafkosten van een sensormatje voor bewegings- en ademhalingsregistratie bij een pasgeborene, maximaal één per pasgeborene.

lid 6 **TENS**
Vergoed worden de kosten van huur van een TENS (Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie), een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling, voor een periode van maximaal 6 weken. Een aanvraag kan worden ingediend bij de ONVZ ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Topfit).

Artikel 2 **Paramedische zorg en beweegzorg**

Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

lid 1 **Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie**
Vergoed worden de kosten van zorg verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar.

lid 2 De kosten van de onderstaande behandelingen worden vergoed tot een gezamenlijk maximum van € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar, mits voorgeschreven door de behandelend huisarts of specialist:

- *Chiropractie*
De zorg verleend door een chiropractor.
- *Manuele therapie E.S. ®*
De zorg verleend door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).
- *Osteopathie*
De zorg verleend door een osteopaat.
- *Orthoptische zorg*
De zorg verleend door een orthoptist.
- *Sportarts*
De behandelingen verricht door een sportarts.

Artikel 3 **Psychologische zorg**

Vergoed worden de kosten van eerstelijns psychologische zorg vanaf de negende zitting door een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van de eerstelijnspsychologische zorg komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als sprake is van voortzetting van eerstelijnspsychologische zorg, waarvan de eerste acht zittingen op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) zijn vergoed. De eigen bijdragen op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor de verstrekking van eerstelijns psychologische zorg komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 4

Farmaceutische zorg

lid 1

De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed tot een maximum van € 4.540,- per verzekerde per kalenderjaar:

- zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
- de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
- de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
- de kosten van verbandmiddelen, die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden en die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende zorg.

lid 2

Er bestaat echter geen aanspraak op vergoeding van kosten van:

- de middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel;
- homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 5 lid 3;
- vaccinaties en profylactische middelen. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 6.

Artikel 5

Alternatieve geneeswijzen

lid 1

Vergoed worden de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder arts acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult/ behandeling, maximaal één consult / behandeling per dag met een maximum van € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

lid 2

Vergoed worden de kosten van een consult bij, of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult / behandeling, maximaal één consult / behandeling per dag met een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

lid 3

Vergoed worden de kosten van homeopathische of antroposofische geneesmiddelen tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar, mits door de behandelend arts of behandelaar voorgeschreven en door een apotheek of apotheekhoudende huisarts geleverd.

Artikel 6

Vaccinaties

Vergoed worden de kosten van vaccinaties en van profylactische middelen ter voorkoming van malaria wegens verblijf in het buitenland.

Artikel 7

Eigen bijdragen hulpmiddelen

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde verschuldigd is op basis van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 8

Overige hulpmiddelen

lid 1

Brillenglazen/Contactlenzen/Ooglaseren

Vergoed worden de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen, versterkende/corrigerende contactlenzen of ooglaserbehandeling tot een maximum van € 300,- per verzekerde per kalenderjaar.

lid 2

Rolstoelen/Invalidenwagens

Vergoed worden de kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens.

lid 3

Steunzolen

Vergoed worden de kosten van aanschaf van steunzolen. Levering dient te geschieden door een orthopedisch schoentechnicus.

lid 4

Verpleegartikelen

Vergoed worden de kosten van huur van verpleegartikelen.

lid 5

Wekapparaten

Vergoed worden de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief bandages).

Artikel 9

Ziekenvervoer

De kosten van ziekenvervoer binnen Nederland worden vergoed voor zover het ziekenvervoer plaatsvindt ten behoeve van een behandeling waarop aanspraak bestaat op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering).

De volgende kosten worden vergoed:

1. de eigen bijdrage voor de verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering);
2. tot maximaal € 0,25 per gereden kilometer bij gebruik van de auto volgens de kortst gebruikelijke route;
3. taxivervoer (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Topfit).

Artikel 10

Reiskosten ziekenbezoek

Vanaf de 8e opnamedag vergoedt de verzekeraar de reiskosten van bezoek door een verzekerde aan een opgenomen gezinslid in een ziekenhuis in Nederland, tot maximaal € 0,25 per kilometer vanaf het

woonadres van de verzekerde in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats volgens de kortst gebruikelijke route. Zowel de verzekerde als het gezinslid dienen verzekerd te zijn bij ONVZ.

Artikel 11

Mondzorg

- lid 1 Vergoed worden de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder worden de kosten van behandeling vergoed tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 2 Vergoed worden de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen kan de zorg ook worden verleend door een tandprotheticus).
- lid 3 De kosten van het bleken van elementen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 12

Bijzondere behandelingen/therapieën

- lid 1 **Acnébehandeling**
Vergoed worden de kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e) voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend dermatoloog.
- lid 2 **Beweegprogramma's**
Vergoed worden de kosten van:
- een door KNGF erkend beweegprogramma gericht op genezing en herstel, ter voorkoming van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte, mits voorgeschreven door de behandelend arts;
 - het revalidatieprogramma Herstel & Balans, gericht op het verminderen van en het leren omgaan met (rest)klachten voor mensen met kanker, mits uitgevoerd door een instelling met een licentie van de stichting Herstel & Balans en mits voorgeschreven door de behandelend arts;
 - een beweegprogramma volgens de methode van CytoFys, OncoMove of Sportplan Tegenkracht tijdens een chemotherapie behandeling, onder begeleiding van een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum, mits voorgeschreven door de behandelend arts;
 - een beweegprogramma dat onderdeel uitmaakt van de gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan de overige componenten, dieetadvisering en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) worden vergoed. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag, verantwoord bewegen en het ontwikkelen van een actieve en gezonde levensstijl en wordt gegeven door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck of een thuiszorgorganisatie.
 - deelname aan Senioren Fitzzwemmen of 50-Fit zwemmen tot maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar. De cursus of training is gericht op senioren en bedoeld als ondersteuning van gezondheid en conditie, lenigheid, spierkracht en coördinatie.
- lid 3 **Camouflagetherapie**
Vergoed worden de kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten.

- lid 4 **Diëtist(e)**
Vergoed worden de kosten van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist.
- lid 5 **Elektrische epilatie of laserbehandeling**
Vergoed worden de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat tot maximaal € 1.500,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend dermatoloog.
- lid 6 **Ergotherapie**
Vergoed worden de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.
- lid 7 **In vitro fertilisatie (IVF)**
Vergoed worden de kosten van in vitro fertilisatiebehandelingen in een ziekenhuis.
- lid 8 **Lymfedrainage**
Vergoed worden de kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem.
- lid 9 **Overgangsconsulent(e)**
Vergoed worden de kosten van voorlichting, advies en zorg gedurende de menopauze gegeven door een overgangsconsulent(e) aangesloten bij Care for Women of bij de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VOC).
- lid 10 **Pedicure**
Vergoed worden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met diabetes mellitus of reumatoïde artritis.
- lid 11 **Plastische chirurgie**
- Vergoed worden de kosten van het corrigeren van standsafwijkingen van de oren voor kinderen tot 18 jaar.
 - Vergoed worden de kosten van plastische en reconstructieve chirurgie worden vergoed indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- lid 12 **Podotherapie**
Vergoed worden de kosten van behandeling door een podotherapeut of podoloog. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthonyxie.
- lid 13 **Psoriasisdagbehandeling**
Vergoed worden de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum.
- lid 14 **Sterilisatie/Refertilisatie**
Vergoed worden de kosten verbonden aan sterilisatie en de kosten verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie.
- lid 15 **Stottertherapie**
Vergoed worden de kosten van stottertherapie, inclusief maaltijdkosten en verblijfkosten.

Artikel 13

Verblijfkosten

lid 1

Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis

Vergoed wordt de verschuldigde eigen bijdrage voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonald-huis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis, in geval van een behandeling van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

lid 2

Verblijf gezinslid

De verzekeraar vergoedt de kosten van verblijf van een gezinslid van de verzekerde van 18 jaar of ouder in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van opname van deze verzekerde in het ziekenhuis vanwege een behandeling.

lid 3

Verblijf verzekerde

Vergoed worden de kosten van verblijf van de verzekerde en een begeleider in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis aansluitend op een transplantatie of een oncologische behandeling.

lid 4

Verblijf in een hospice

Vergoed wordt de eigen bijdrage tot maximaal € 25,- per dag, gedurende maximaal 3 maanden van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis. Het verblijf moet geïndiceerd zijn door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist.

lid 5

Therapeutisch kamp voor jongeren

Vergoed wordt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening.

lid 6

Herstellingsoord

De kosten van verblijf in een herstellingsoord dat is aangesloten bij de Stichting Nederlandse Herstelingsoord (SNH) voor herstel na een lichamelijke ziekte en/of een daaraan verbonden medische behandeling worden vergoed. Het verblijf moet plaatsvinden op verwijzing van de behandelend arts.

lid 7

Kuuroord

De kosten van verblijf in een kuuroord voor verzekerden met reumatoïde artritis of psoriasis, worden vergoed tot een maximum van € 500,- per verzekerde per jaar.

Artikel 14

Huishoudelijke hulp in natura

De huishoudelijke hulp is een voorziening uit hoofde van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de WMO geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

Bij ontslag uit een ziekenhuis na een opnameduur van minimaal 5 dagen bestaat voor een verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp tot een maximum van € 450,-. De hulp wordt geleverd door een door de verzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie, onder voorbehoud van beschikbaarheid en moet direct aansluiten op de ziekenhuisopname. Om in aanmerking te komen voor de huishoudelijke hulp moet zo spoedig mogelijk, uiterlijk op de dag van ontslag, een aanvraag worden gedaan bij de ONVZ ZorgConsulent.

De eigen bijdragen die gelden op grond van de WMO komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Nadere informatie over huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis wordt omschreven in Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Topfit.

Artikel 15

Vervangende mantelzorg

Vergoed worden de kosten van vervangende mantelzorg bij afwezigheid van de mantelzorger(s) van een gehandicapte of chronisch zieke verzekerde, om medische reden of vakantie, gedurende maximaal 16 dagen per verzekerde per kalenderjaar. Deze zorg moet worden geleverd door Stichting Mantelzorgvervanging Nederland "Handen-in-Huis" en vooraf worden bemiddeld door de ONVZ ZorgConsulent.

Artikel 16

Kinderopvang

Bij opname in een ziekenhuis van de verzekerde ouder bestaat recht op vergoeding van de kosten van kinderopvang onder de volgende voorwaarden:

- de kinderopvang wordt verleend door een door de bevoegde gemeentelijke instantie erkende instelling;
- de vergoedingsregeling vangt aan met ingang van de vierde dag van een aaneengesloten ziekenhuisopname;
- de vergoeding bedraagt per meeverzekerd kind tot een leeftijd van 12 jaar maximaal € 25,- per werkdag met een maximum van 60 aaneengesloten werkdagen;

In plaats van de hier omschreven vergoeding kan onder bepaalde voorwaarden worden gekozen voor kinderopvang in natura (zie daarvoor Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Topfit).

Voor meer informatie over kinderopvang kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Artikel 17

Preventieve zorg

lid 1

Griepvaccinatie

Vergoed worden de kosten van één griepvaccinatie per verzekerde per kalenderjaar voor zover de verzekerde niet tot één van de risicogroepen behoort die via het Nationaal Programma Grieppreventie in aanmerking komt voor een griepvaccinatie.

lid 2

Preventiecurssussen

Vergoed worden de kosten van maximaal twee, door de verzekeraar erkende preventiecurssussen tot een gezamenlijk maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. De door de verzekeraar erkende preventiecurssussen zijn op te vragen bij de ONVZ ZorgConsulent.

- lid 3 **Programma's voor stoppen met roken**
Vergoed worden de kosten van de hierna genoemde programma's voor stoppen met roken aanvullend op de zorg die geheel of gedeeltelijk uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) worden vergoed:
- Lasertherapie;
 - Allen Carr-training;
 - De Opluchting-training.
- lid 4 **Preventief medisch onderzoek**
De kosten van preventief medisch onderzoek worden vergoed tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Uitgesloten zijn echter de kosten van een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever. Voor meer informatie over preventief medisch onderzoek kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Topfit).
- lid 5 **Lidmaatschap patiëntenvereniging**
Vergoed worden de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) of Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad). Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.

Artikel 18 **Buitenland**

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige zorg vergoed:

- lid 1 **Onvoorziene behandelingen**
Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:
- die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedrag; de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;
 - die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed tot maximaal de in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.
- lid 2 **Voorziene behandelingen**
- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen voor medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, volledig voor behandelingen ondergaan in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding uit hoofde van een (bij zorgverzekeraar of elders lopende) zorgverzekering maakt hier onderdeel van uit. De lijst met deze erkende ziekenhuizen is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
 - De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.

lid 3 Gedeclearde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.

Artikel 18

ONVZ Zorgassistance

lid 1 Bij acute ziekte of ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland dient in geval van een ziekenhuisopname contact te worden opgenomen met ONVZ Zorgassistance. Deze organisatie geeft advies over geneeskundige zorg voor rekening van de verzekeraar. ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer 0031 (0)88 668 97 67.

lid 2 **Meldingsplicht**

De verzekerde is verplicht, indien hulp van ONVZ Zorgassistance moet worden ingeroepen, zich zonder uitstel met haar in verbinding te stellen. Hij moet daarbij het cliëntnummer / burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

lid 3 **Medische gegevens**

De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance om de van belang zijnde gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond in geval van ziekenhuisopname en/of repatriëring te verschaffen aan de medisch adviseur van de verzekeraar.

lid 4 Extra dienstverlening bij tijdelijk verblijf buiten Nederland, van een verzekerde met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland, door of door bemiddeling van ONVZ Zorgassistance:

- a. bij acute ziekte/ongeval van de verzekerde:
 - verstrekking van een garantie op een rechtstreekse betaling van de verpleeg- en/of behandelkosten aan de zorginstelling waarin de verzekerde is opgenomen;
 - noodzakelijke voorschotbetalingen;
 - toezending van noodzakelijke medicijnen als deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn;
 - repatriëring: in geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding;
 - vergoeding van de noodzakelijke extra verblijfkosten van de verzekerde als repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan;
 - vergoeding van de reiskosten van een eenmalig bezoek van een gezinslid bij opname van de verzekerde en indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan.
- b. bij overlijden van de verzekerde vergoeding van de kosten van:
 - vervoer van het stoffelijk overschot; óf
 - begraving of crematie in het buitenland en de kosten van overkomst van gezinsleden tot maximaal het bedrag dat gepaard zou zijn gegaan met repatriëring van het stoffelijk overschot.
- c. vergoeding van de kosten van opsporing en/of redding van de verzekerde tot een maximumbedrag van € 11.345,-. Dat geldt indien de verzekerde tijdens het verblijf in het buitenland in een noodsituatie belandt waardoor kosten moeten worden gemaakt vanwege opsporing en/of redding die voor rekening van de verzekerde komen.
- d. vergoeding van de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Topfit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van ONVZ. Dat houdt in dat ONVZ meer doet dan het uitbetalen van nota's. De verzekerde kan terecht bij de ONVZ ZorgConsulent voor bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, hulp in natura en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg.

Verzekerden van ONVZ kunnen voor informatie en het aanvragen van onderstaande zorgdiensten contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

Het ONVZ gezondheidsbulletin Lijf & Leden informeert verzekerden over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Het wordt tweemaal per jaar gratis toegezonden.

Daarnaast kunnen verzekerden via de ONVZ ZorgConsulent:

- telefonisch een arts en/of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding;
- informatiemateriaal aanvragen over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg.

Kraamzorg

Kraamzorg in natura

Voor informatie over de kraamzorg en aanvraag van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met ONVZ Kraamzorg Service. Indien de verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt ONVZ Kraamzorg Service de kraamzorg in natura bij een erkende gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste vier maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd. ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 079 343 04 64.

Kraampakket

Met vragen over het kraampakket en de aanvraag van het pakket kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 079 343 04 64.

Bewakingsapparatuur wiegendood

Voor informatie over of aanvragen van bewakingsapparatuur, kan verzekerde contact opnemen met ONVZ ZorgConsulent.

TENS

Voor informatie over of aanvragen van een TENS, kan verzekerde contact opnemen met ONVZ ZorgConsulent.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer die wordt beschreven in artikel 9 van deel B Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Topfit. Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen aan haar verzekerden laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Indien de verzekerde hiervan gebruik wil maken kan contact worden opgenomen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Huishoudelijke hulp in natura

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

Kinderopvang

Bij opname in een ziekenhuis van de verzekerde ouder bestaat recht op vergoeding van de kosten van kinderopvang onder de voorwaarden zoals omschreven in de omvang dekking ONVZ Vrije Keuze Topfit.

De ONVZ ZorgConsulent regelt de kinderopvang in natura, met inachtneming van de onderstaande voorwaarden:

- de kinderopvang wordt geregeld door een door de verzekeraar gecontracteerde organisatie;
- de gecontracteerde organisatie verplicht zich een maximale inspanning te verrichten de kinderopvang te effectueren;
- de kinderopvang dient zo spoedig mogelijk doch uiterlijk de dag voor de opname te worden aangevraagd bij de ONVZ ZorgConsulent.

Voor meer informatie over kinderopvang kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Preventiecurssussen

Voor nadere informatie over de door ONVZ erkende preventiecurssussen kan verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Preventief medisch onderzoek

De ONVZ ZorgConsulent verzorgt informatie over preventief medisch onderzoek dat de verzekerde wordt aangeboden door ONVZ.

Wachtlijstbemiddeling

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

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

De verzekerde kan onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van verhaalsbijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan ziektekosten die niet door de verzekeraar worden betaald, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade. De totale kosten inclusief de kosten van het voeren van een procedure worden vergoed tot maximaal € 12.500,-. Een reglement met daarin alle voorwaarden is op aanvraag verkrijgbaar bij ONVZ Verhaalszaken. Voor het regelen en aanvragen van deze verhaalsbijstand kan de verzekerde contact opnemen met ONVZ Verhaalszaken.

ONVZ Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

ONVZ

Vrije Keuze Superfit

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Superfit

Deel B Omvang Dekking	114
Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg	114
Artikel 2 Paramedische zorg en sportarts	115
lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie	115
lid 2 Overige	115
Artikel 3 Psychologische zorg	115
Artikel 4 Farmaceutische zorg	116
Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen	116
Artikel 6 Vaccinaties	116
Artikel 7 Eigen bijdragen hulpmiddelen	117
Artikel 8 Overige hulpmiddelen	117
lid 1 Brillenglazen/Contactlenzen/Ooglaseren	117
lid 2 Rolstoelen/Invalidenwagens	117
lid 3 Steunzolen	117
lid 4 Verpleegartikelen	117
lid 5 Wekapparaten	117
Artikel 9 Ziekenvervoer	117
Artikel 10 Reiskosten ziekenbezoek	118
Artikel 11 Mondzorg	118
Artikel 12 Bijzondere behandelingen/therapiën	118
lid 1 Acnébehandeling	118
lid 2 Beweegprogramma's	118
lid 3 Camouflagetherapie	119
lid 4 Diëtist(e)	119
lid 5 Elektrische epilatie of laserbehandeling	119
lid 6 Ergotherapie	119
lid 7 IVF	119
lid 8 Lymfedrainage	119
lid 9 Overgangsconsulent(e)	119
lid 10 Pedicure	119
lid 11 Plastische chirurgie	119
lid 12 Podotherapie	120
lid 13 Psoriasisdagbehandeling	120
lid 14 Sterilisatie/Refertilisatie	120
lid 15 Stottertherapie	120

Artikel 13	Verblijfkosten	120
	lid 1 Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis	120
	lid 2 Verblijf gezinslid	120
	lid 3 Verblijf verzekerde	120
	lid 4 Verblijf in een hospice	120
	lid 5 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	120
	lid 6 Herstelloord	120
	lid 7 Kuuroord	120
Artikel 14	Huishoudelijke hulp in natura	121
Artikel 15	Vervangende mantelzorg	121
Artikel 16	Kinderopvang	121
Artikel 17	Preventieve zorg	122
Artikel 18	Buitenland	122
Artikel 19	ONVZ Zorgassistance	123
Artikel 20	Privé Kamer	124
Artikel 21	Zorg Luxe	125
Artikel 22	Zorg Assistent	125
Artikel 23	Ongevallendeckking	126
	Deel C Zorgdiensten	131
	ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	131
	Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	131
	Kraamzorg	131
	Taxivervoer	132
	Huishoudelijke hulp in natura	132
	Kinderopvang	132
	Preventiecurussen	132
	Preventief medisch onderzoek	132
	Wachlijstbemiddeling	132
	Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	133

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Superfit

Indien aanspraken bestaan op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de ONVZ Vrije Keuze Superfit een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde kosten volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

Artikel 1

Verloskundige zorg en kraamzorg

Voor vrouwelijke verzekerden geldt naast de vergoeding uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- lid 1 Bij bevalling in een ziekenhuis, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis: een uitkering van € 500,-. Deze uitkering kan onder meer worden gebruikt om:
- de eigen bijdrage voor kraamzorg te bekostigen die van toepassing is in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel een elders lopende zorgverzekering);
 - uitgestelde en/of aanvullende kraamzorg te bekostigen;
 - de couveuse nazorg te bekostigen;
 - de eigen bijdrage te bekostigen die geldt bij een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel een elders lopende zorgverzekering);
 - de adoptiekraamzorg te bekostigen.
- lid 2 **Kraampakket**
De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket. Het kraampakket kan bij de ONVZ Kraamzorg Service worden aangevraagd (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Superfit).
- lid 3 **Lactatiekundige**
Vergoed worden de kosten van een lactatiekundige.
- lid 4 **Bewakingsapparatuur wiegendood**
Vergoed worden de kosten van huur van bewakingsapparatuur, mits op verwijzing van de behandelend arts en uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Voor meer informatie kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Superfit).

lid 5 **Sensormatje**
Vergoed worden de aanschafkosten van een sensormatje voor bewegings- en ademhalingsregistratie bij een pasgeborene, maximaal één per pasgeborene.

lid 6 **TENS**
Vergoed worden de kosten van huur van een TENS (Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie), een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling, voor een periode van maximaal 6 weken. Een aanvraag kan worden ingediend bij de ONVZ ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Superfit).

Artikel 2 **Paramedische zorg en beweegzorg**

Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

lid 1 **Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie**
Vergoed worden de kosten van zorg verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar.

lid 2 De kosten van de onderstaande behandelingen worden vergoed tot een gezamenlijk maximum van € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar, mits voorgeschreven door de behandelend huisarts of specialist:

- *Chiropractie*
De zorg verleend door een chiropractor.
- *Manuele therapie E.S. ®*
De zorg verleend door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).
- *Osteopathie*
De zorg verleend door een osteopaat.
- *Orthoptische zorg*
De zorg verleend door een orthoptist.
- *Sportarts*
De behandelingen verricht door een sportarts.

Artikel 3 **Psychologische zorg**

Vergoed worden de kosten van eerstelijns psychologische zorg vanaf de negende zitting door een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist tot maximaal € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van de eerstelijnspsychologische zorg komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als sprake is van voortzetting van eerstelijnspsychologische zorg, waarvan de eerste acht zittingen op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) zijn vergoed. De eigen bijdragen op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor de verstrekking van eerstelijnspsychologische zorg komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 4

Farmaceutische zorg

lid 1

De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden volledig vergoed:

- zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
- de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
- de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
- de kosten van verbandmiddelen, die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden en die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende zorg.

lid 2

Er bestaat echter geen aanspraak op vergoeding van kosten van:

- de middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel;
- homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 5, lid 3;
- vaccinaties en profylactische middelen. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 6.

Artikel 5

Alternatieve geneeswijzen

lid 1

Vergoed worden de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder arts acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult / behandeling, maximaal één consult / behandeling per dag met een maximum van € 1.250,- per verzekerde per kalenderjaar.

lid 2

Vergoed worden de kosten van een consult of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar, maximaal € 65,- per consult / behandeling met een maximum van één consult / behandeling per dag.

lid 3

Vergoed worden de kosten van homeopathische of antroposofische geneesmiddelen tot een maximum van € 750,- per verzekerde per kalenderjaar, mits door de behandelend arts of behandelaar voorgeschreven en door een apotheek of apotheekhoudende huisarts geleverd.

Artikel 6

Vaccinaties

Vergoed worden de kosten van vaccinaties en van profylactische middelen ter voorkoming van malaria wegens verblijf in het buitenland.

Artikel 7

Eigen bijdragen hulpmiddelen

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde verschuldigd is op basis van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 8

Overige hulpmiddelen

lid 1

Brillenglazen/Contactlenzen/Ooglaseren

Vergoed worden de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen, versterkende/corrigerende contactlenzen of ooglaserbehandeling tot een maximum van € 450,- per verzekerde per kalenderjaar.

lid 2

Rolstoelen/Invalidenwagens

Vergoed worden de kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens.

lid 3

Steunzolen

Vergoed worden de kosten van aanschaf van steunzolen. Levering dient te geschieden door een orthopedisch schoentechnicus.

lid 4

Verpleegartikelen

Vergoed worden de kosten van huur van verpleegartikelen.

lid 5

Wekapparaten

Vergoed worden de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief bandages).

Artikel 9

Ziekenvervoer

De kosten van ziekenvervoer binnen Nederland worden vergoed voor zover het ziekenvervoer plaatsvindt ten behoeve van een behandeling waarop aanspraak bestaat op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering).

De volgende kosten worden vergoed:

1. de eigen bijdrage voor de verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering);
2. tot maximaal € 0,25 per gereden kilometer bij gebruik van de auto volgens de kortst gebruikelijke route;
3. taxivervoer (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Superfit).

Artikel 10

Reiskosten ziekenbezoek

Vanaf de 8e opnamedag vergoedt de verzekeraar de reiskosten van bezoek door een verzekerde aan een opgenomen gezinslid in een ziekenhuis in Nederland, tot maximaal € 0,25 per kilometer vanaf het woonadres van de verzekerde in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats volgens de kortst gebruikelijke route. Zowel de verzekerde als het gezinslid dienen verzekerd te zijn bij ONVZ.

Artikel 11

Mondzorg

- lid 1 Vergoed worden de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist.
- lid 2 Vergoed worden de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen kan de zorg ook worden verleend door een tandprotheticus).
- lid 3 Vergoed worden de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) voor verzekerden van 18 jaar en ouder verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen kan de zorg ook worden verleend door een tandprotheticus) tot maximaal € 1.600,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 4 De tandarts- en techniekkosten na een ongeval worden vergoed, inclusief de eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen, tot een maximum van € 455,- per verzekerde per kalenderjaar. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:
- de noodzaak van de behandeling is het rechtstreekse gevolg van het ongeval;
 - het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden binnen de looptijd van de verzekering;
 - het ongeval en de behandeling moeten binnen een maand zijn gemeld;
 - de kosten moeten zijn gemaakt binnen een jaar na het ongeval;
 - na voorafgaande goedkeuring van de verzekeraar.
- Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.
- lid 5 De kosten van het bleken van elementen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 12

Bijzondere behandelingen/therapieën

- lid 1 **Acnébehandeling**
Vergoed worden de kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e). De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend dermatoloog.
- lid 2 **Beweegprogramma's**
Vergoed worden de kosten van:
- een door KNGF erkend beweegprogramma gericht op genezing en herstel, ter voorkoming van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte, mits voorgeschreven door de behandelend arts;
 - het revalidatieprogramma Herstel & Balans, gericht op het verminderen van en het leren omgaan met (rest)klachten voor mensen met kanker, mits uitgevoerd door een instelling met een licentie van de stichting Herstel & Balans en mits voorgeschreven door de behandelend arts;
 - een beweegprogramma volgens de methode van CytoFys, OncoMove of Sportplan Tegenkracht

tijdens een chemotherapie behandeling, onder begeleiding van een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum, mits voorgeschreven door de behandelend arts;

- een beweegprogramma dat onderdeel uitmaakt van de gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan de overige componenten, dieetadvisering en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) worden vergoed. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag, verantwoord bewegen en het ontwikkelen van een actieve en gezonde levensstijl en wordt gegeven door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck of een thuiszorgorganisatie.
- deelname aan Senioren Fitzwemmen of 50-Fit zwemmen tot maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar. De cursus of training is gericht op senioren en bedoeld als ondersteuning van gezondheid en conditie, lenigheid, spierkracht en coördinatie.

lid 3 **Camouflagetherapie**

Vergoed worden de kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten.

lid 4 **Diëtist(e)**

Vergoed worden de kosten van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist.

lid 5 **Elektrische epilatie of laserbehandeling**

Vergoed worden de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat tot maximaal € 2.000,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend dermatoloog.

lid 6 **Ergotherapie**

Vergoed worden de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.

lid 7 **In vitro fertilisatie (IVF)**

Vergoed worden de kosten van in vitro fertilisatiebehandelingen in een ziekenhuis.

lid 8 **Lymfedrainage**

Vergoed worden de kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem.

lid 9 **Overgangsconsulent(e)**

Vergoed worden de kosten van voorlichting, advies en zorg gedurende de menopauze gegeven door een overgangsconsulent(e) aangesloten bij Care for Women of bij de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VOC).

lid 10 **Pedicure**

Vergoed worden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met diabetes mellitus of reumatoïde artritis.

lid 11 **Plastische chirurgie**

- Vergoed worden de kosten van het corrigeren van standsafwijkingen van de oren voor kinderen tot 18 jaar.
- Vergoed worden de kosten van plastische en reconstructieve chirurgie worden vergoed indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

- lid 12 **Podotherapie**
Vergoed worden de kosten van behandeling door een podotherapeut of podoloog. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen en orthonyxie.
- lid 13 **Psoriasisdagbehandeling**
Vergoed worden de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum.
- lid 14 **Sterilisatie/Refertilisatie**
Vergoed worden de kosten verbonden aan sterilisatie en de kosten verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie.
- lid 15 **Stottertherapie**
Vergoed worden de kosten van stottertherapie, inclusief maaltijdkosten en verblijfkosten.

Artikel 13 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis**
Vergoed wordt de verschuldigde eigen bijdrage voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonald-huis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeershuis, in geval van een behandeling van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.
- lid 2 **Verblijf gezinslid**
Vergoed worden de kosten van verblijf van een gezinslid van de verzekerde van 18 jaar of ouder in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis gedurende de periode van opname van deze verzekerde in het ziekenhuis vanwege een behandeling.
- lid 3 **Verblijf verzekerde**
Vergoed worden de kosten van verblijf van de verzekerde en een begeleider in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis aansluitend op een transplantatie of een oncologische behandeling.
- lid 4 **Verblijf in een hospice**
Vergoed wordt de eigen bijdrage van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis. Het verblijf moet geïndiceerd zijn door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist.
- lid 5 **Therapeutisch kamp voor jongeren**
Vergoed wordt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening.
- lid 6 **Herstellingsoord**
De kosten van verblijf in een herstellingsoord dat is aangesloten bij de Stichting Nederlandse Herstelingsoord (SNH) voor herstel na een lichamelijke ziekte en/of een daaraan verbonden medische behandeling worden vergoed. Het verblijf moet plaatsvinden op verwijzing van de behandelend arts.
- lid 7 **Kuuroord**
De kosten van verblijf in een kuuroord voor verzekerden met reumatoïde artritis of psoriasis, worden vergoed tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 14

Huishoudelijke hulp in natura

De huishoudelijke hulp is een voorziening uit hoofde van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de WMO geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

Bij ontslag uit een ziekenhuis na een opnameduur van minimaal 5 dagen bestaat voor een verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp tot een maximum van € 750,-. De hulp wordt geleverd door een door de verzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie, onder voorbehoud van beschikbaarheid en moet direct aansluiten op de ziekenhuisopname. Om in aanmerking te komen voor de huishoudelijke hulp moet zo spoedig mogelijk, uiterlijk op de dag van ontslag, een aanvraag worden gedaan bij de ONVZ ZorgConsulent.

De eigen bijdragen die gelden op grond van de WMO komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Nadere informatie over huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis wordt omschreven in Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Superfit.

Artikel 15

Vervangende mantelzorg

Vergoed worden de kosten van vervangende mantelzorg bij afwezigheid van de mantelzorger(s) van een gehandicapte of chronisch zieke verzekerde, om medische reden of vakantie, gedurende maximaal 24 dagen per verzekerde per kalenderjaar. Deze zorg moet worden geleverd door Stichting Mantelzorgvervanging Nederland "Handen-in-Huis" en vooraf worden bemiddeld door de ONVZ ZorgConsulent.

Artikel 16

Kinderopvang

Bij opname in een ziekenhuis van de verzekerde ouder bestaat recht op vergoeding van de kosten van kinderopvang onder de volgende voorwaarden:

- de kinderopvang wordt verleend door een door de bevoegde gemeentelijke instantie erkende instelling;
- de vergoedingsregeling vangt aan met ingang van de vierde dag van een aaneengesloten ziekenhuisopname;
- de vergoeding bedraagt per meeverzekerd kind tot een leeftijd van 12 jaar maximaal € 25,- per werkdag met een maximum van 60 aaneengesloten werkdagen;

In plaats van de hier omschreven vergoeding kan onder bepaalde voorwaarden worden gekozen voor kinderopvang in natura (zie daarvoor Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Superfit).

Voor meer informatie over kinderopvang kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Artikel 17

Preventieve zorg

lid 1

Griepvaccinatie

Vergoed worden de kosten van één griepvaccinatie per verzekerde per kalenderjaar voor zover de verzekerde niet tot één van de risicogroepen behoort die via het Nationaal Programma Grieppreventie in aanmerking komt voor een griepvaccinatie.

lid 2

Preventiecurssussen

Vergoed worden de kosten van, door de verzekeraar erkende preventiecurssussen tot een gezamenlijk maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Eenmaal per 3 kalenderjaren geldt een extra vergoeding van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. De door de verzekeraar erkende preventiecurssussen zijn of op te vragen bij de ONVZ ZorgConsulent.

lid 3

Programma's voor stoppen met roken

Vergoed worden de kosten van de hierna genoemde programma's voor stoppen met roken aanvullend op de zorg die geheel of gedeeltelijk uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) worden vergoed:

- Lasertherapie;
- Allen Carr-training;
- De Opluchting-training.

lid 4

Preventief medisch onderzoek

De kosten van preventief medisch onderzoek worden vergoed tot maximaal € 750,- per verzekerde per kalenderjaar. Uitgesloten zijn echter de kosten van een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever. Voor meer informatie over preventief medisch onderzoek kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Superfit).

lid 5

Lidmaatschap patiëntenvereniging

Vergoed worden de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) of Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad). Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs

Artikel 18

Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige zorg vergoed:

lid 1

Onvoorziene behandelingen

Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedrag; de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;

- die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed tot maximaal de in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.

lid 2

Voorziene behandelingen

Binnen een EU-/EER of Verdragsland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal 2x het in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedrag; de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;
- die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal 2x de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.
- voor medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, volledig voor behandelingen ondergaan in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding uit hoofde van een (bij zorgverzekeraar of elders lopende) zorgverzekering maakt hier onderdeel van uit. De lijst met deze erkende ziekenhuizen is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl.

Buiten een EU-/EER of Verdragsland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.

lid 3

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

Artikel 19

ONVZ Zorgassistance

lid 1

Bij acute ziekte of ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland dient in geval van een ziekenhuisopname contact te worden opgenomen met ONVZ Zorgassistance. Deze organisatie geeft advies over geneeskundige zorg voor rekening van de verzekeraar. ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer 0031 (0)88 668 97 67.

lid 2

Meldingsplicht

De verzekerde is verplicht, indien hulp van ONVZ Zorgassistance moet worden ingeroepen, zich zonder uitstel met haar in verbinding te stellen. Hij moet daarbij het cliëntnummer / burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

lid 3

Medische gegevens

De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance om de van belang zijnde gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond in geval van ziekenhuisopname en/of repatriëring te verschaffen aan de medisch adviseur van de verzekeraar.

lid 4

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

- a. bij acute ziekte/ongeval van de verzekerde:
 - verstrekking van een garantie op een rechtstreekse betaling van de verpleeg- en/of behandelkosten aan de zorginstelling waarin de verzekerde is opgenomen;

- noodzakelijke voorschotbetalingen;
 - toezending van noodzakelijke medicijnen als deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn;
 - repatriëring: in geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat dekking voor medisch-noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding;
 - vergoeding van de noodzakelijke extra verblijfkosten van de verzekerde als repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan;
 - vergoeding van de reiskosten van een eenmalig bezoek van een gezinslid bij opname van de verzekerde en indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan.
- b. bij overlijden van de verzekerde vergoeding van de kosten van:
- vervoer van het stoffelijk overschot; óf
 - begrafenis of crematie in het buitenland en de kosten van overkomst van gezinsleden tot maximaal het bedrag dat gepaard zou zijn gegaan met repatriëring van het stoffelijk overschot.
- c. vergoeding van de kosten van opsporing en/of redding van de verzekerde tot een maximumbedrag van € 11.345,-. Dat geldt indien de verzekerde tijdens het verblijf in het buitenland in een noodsituatie belandt waardoor kosten moeten worden gemaakt vanwege opsporing en/of redding die voor rekening van de verzekerde komen.
- d. vergoeding van de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

Artikel 20

Privé Kamer

- lid 1 Bij een ziekenhuis in Nederland dat een garantieovereenkomst met verzekeraar heeft afgesloten, bestaat dekking voor opname in een éénpersoonskamer indien:
- a. er een medische noodzaak voor de opname is in verband met specialistisch onderzoek of behandeling;
 - b. het één van de volgende specialismen betreft: chirurgie, gynaecologie, KNO, kaakchirurgie, orthopedie, oogheelkunde, urologie of plastische chirurgie;
 - c. de aanvraag geschiedt via de ONVZ ZorgConsulent.

Informatie over ziekenhuizen waarmee verzekeraar garantieovereenkomsten heeft afgesloten, is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl.

- lid 2 Bij opname in een ziekenhuis in Nederland waar verzekeraar geen garantieovereenkomst mee heeft afgesloten, bestaat dekking voor de extra kosten van opname in een éénpersoonskamer indien de faciliteit voor het betreffende specialisme aanwezig is. Aan de opname dient een medische noodzaak in verband met specialistisch onderzoek of behandeling ten grondslag te liggen.

- lid 3 Voorts bestaat dekking voor de extra kosten van door de verzekeraar aangegeven speciale specifieke arrangementen. Een overzicht van deze speciale specifieke arrangementen is op aanvraag verkrijgbaar of terug te vinden op de site van verzekeraar www.onvz.nl.

- lid 4 Indien in een ziekenhuis in Nederland een éénpersoonskamer voor het betreffende specialisme, zoals bedoeld in lid 1 sub b of lid 2, aanwezig is maar voor de verzekerde niet beschikbaar, geldt een vergoeding van € 75,- per opnamedag.

Bij vragen over of het regelen van de Zorg Kamer moet de verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Artikel 21

Zorg Luxe

- lid 1 De invulling van het luxe pakket is afhankelijk van wat het betreffende ziekenhuis in Nederland aanbiedt en kan bestaan uit:
- telefoneren binnen Nederland (alleen bij gebruik van het toestel dat op de kamer aanwezig is);
 - koelkast gevuld met diverse dranken;
 - krant of tijdschrift;
 - koffie en thee voor het bezoek;
 - luxe maaltijden of een extra verstrekking van een snack;
 - gebruikmaking van televisie en internetaansluiting.
- lid 2 Indien het pakket niet beschikbaar is tijdens opname in een ziekenhuis in Nederland, heeft verzekerde recht op een vergoeding van € 5,- per opnamedag.

Artikel 22

Zorg Assistent

- lid 1 Bij een voorziene opname in een ziekenhuis in Nederland:
- neemt de Zorg Assistent vooraf contact op met de verzekerde voor een intake;
 - regelt de Zorg Assistent desgewenst het vervoer naar het ziekenhuis;
 - is de Zorg Assistent bij de opname in het ziekenhuis aanwezig en maakt de verzekerde wegwijs in het ziekenhuis;
 - beantwoordt de Zorg Assistent zorgvragen;
 - kan de Zorg Assistent, desgewenst, telefonisch contact houden met de verzekerde, overleggen met de (medische) staf, de verzekerde bezoeken, bemiddelen in thuiszorg, kinderopvang en/of hulpmiddelen. De kosten van thuiszorg, kinderopvang en/of hulpmiddelen vallen niet onder de dekking;
 - begeleidt de Zorg Assistent de verzekerde bij ontslag;
 - regelt de Zorg Assistent desgewenst het vervoer bij ontslag uit het ziekenhuis.
- lid 2 Bij een onvoorziene opname in een ziekenhuis in Nederland heeft de verzekerde recht op hulp verleend door een Zorg Assistent zoals genoemd in lid 1, met uitzondering van lid a t/m c.
- lid 3 De kosten van vervoer van verzekerde van en naar een ziekenhuis in Nederland worden vergoed:
- bij gebruik van de auto tot maximaal € 0,25 per gereden kilometer;
 - bij taxivervoer volledig, indien gebruik wordt gemaakt van een door de verzekeraar gecontracteerd taxibedrijf (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Superfit).

Het vervoer dient plaats te vinden ten behoeve van een opname waarvoor dekking bestaat en beschreven onder 'Privé Kamer'. Indien de kosten van vervoer (deels) vanuit een andere bij (zorg) verzekeraar lopende (aanvullende) (zorg)verzekering worden vergoed of op grond van artikel 9 van deze verzekering, zal slechts aanvullende vergoeding vanuit deze bepaling plaatsvinden voor zover de in deze bepaling omschreven dekking niet volledig ter beschikking is gekomen uit de elders lopende (aanvullende) (zorg)verzekering of artikel 9 van deze verzekering.

Bij vragen over of het regelen van de Zorg Assistent moet de verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

De ONVZ ZorgConsulent is te bereiken tijdens kantooruren op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50

Ongevallendekking

lid 1

Nadere begripsomschrijvingen

sub 1 *Begunstiging*

De verzekerde is de begunstigde voor alle uitkering(en). Bij overlijden van de verzekerde zal uitkering rechtstreeks aan de nalatenschap van de verzekerde geschieden.

sub 2 *Letsel*

Een naar aard en plaats, volgens objectieve normen, geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel, voor zover dit letsel het directe en uitsluitende gevolg is van een ongeval, bedoeld onder lid 1 sub 3.

sub 3 *Ongeval*

Een plotseling, onafhankelijk van de wil van de verzekerde, van buitenaf rechtstreeks op het lichaam inwerkend fysiek geweld, dat letsel of overlijden tot gevolg heeft.

Onder ongeval wordt tevens verstaan:

- a. acute vergiftiging, tenzij deze is veroorzaakt door ziekteverwekkers of door het overmatig gebruik van geneesmiddelen, het overmatig gebruik van genotmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen;
- b. besmetting door ziekteverwekkers, mits deze besmetting uitsluitend een rechtstreeks gevolg is van een onvrijwillige val in het water of in een andere stof, of het zich daarin begeven ter redding van mens of dier;
- c. het ongewild van buitenaf binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen, met uitzondering van ziekteverwekkers, in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de gehoororganen, waardoor in een ogenblik medisch vast te stellen letsel wordt toegebracht;
- d. wondinfectie, bloedvergiftiging of tetanus ontstaan in verband met een ongeval;
- e. verstikking, verdrinking, zonnesteek, warmtestuwing, bevrozing, verbranding (tenzij als gevolg van de inwerking van stralen), veretsing en elektrische ontlading;
- f. uitputting, verhongering, verdorsting en zonnebrand als gevolg van een natuurramp;
- g. verstuiking, ontwrichting en verscheuring van spier- en bandweefsel, mits het letsel plotseling is ontstaan en de aard en plaats geneeskundig zijn vast te stellen;
- h. complicaties en verergeringen van het ongevalletsel als rechtstreeks gevolg van een door een bevoegd geneeskundige geboden eerste hulpverlening of medisch noodzakelijke behandeling;
- i. een letsel ontstaan bij rechtmatige, niet door de verzekerde zelf uitgelokte zelfverdediging of bij handelingen tot redding van mens of dier;
- j. moord, doodslag, mishandeling, of pogingen daartoe, gijzelingen en terreuracties door niet-militairen;
- k. letsel ontstaan tijdens het als amateur beoefenen van sport, waaronder ook wordt begrepen het voorbereiden van en het deelnemen aan wedstrijden. Uitzondering hierop zijn de sporten die genoemd zijn in lid 3 sub 1 onder j en het bepaalde in lid 3 sub 1 onder k.

Niet als een ongeval of ongevalgevolg worden beschouwd: ingewandsbreuk (hernia) en uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nucleii pulposi).

lid 2

Wat is verzekerd?

sub 1 *Verzekerde bedragen*

Per ongeval keert de verzekeraar in geval van overlijden of bij blijvend (functie)verlies van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens maximaal 100% van het daarvoor geldende verzekerde bedrag per verzekerde uit.

sub 2 *Uitkering bij overlijden*

Bij overlijden van de verzekerde keert de verzekeraar maximaal € 5.000,- uit, mits het overlijden een direct en uitsluitend gevolg is van het onder lid 1 sub 2 bedoelde letsel en het overlijden heeft plaatsgevonden binnen 2 jaar na het ongeval.

sub 3 *Uitkering bij blijvend (functie)verlies*

a. Recht op uitkering:

In geval van blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens van de verzekerde bestaat er recht op uitkering van maximaal € 20.000,-, indien dit (functie)verlies of deze blijvende onbruikbaarheid direct en uitsluitend het gevolg is van het onder lid 1 sub 2 bedoelde letsel en is ontstaan binnen 2 jaar na het ongeval.

b. Reeds aanwezige onbruikbaarheid/gebrekigheid:

Voor het geheel of gedeeltelijk (functie)verlies of gedeeltelijke onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens die reeds voor het ongeval onbruikbaar of gebrekkig waren, wordt alleen een uitkering verleend indien dit (functie)verlies of deze onbruikbaarheid het/de reeds voor het ongeval bestaand blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens te boven gaat.

lid 3

Nadere uitsluitingen

sub 1 Geen uitkering vindt plaats indien het ongeval het gevolg is van, of mede is veroorzaakt door:

- a. een ziekelijke toestand waarin de verzekerde verkeerde of van een geestelijke of lichamelijke afwijking;
- b. een ziekelijke toestand die is veroorzaakt door besmetting met ziekteverwekkers, met uitzondering van hetgeen genoemd is in lid 1 sub 3 onder b.;
- c. het (mede)plegen van een misdrijf door de verzekerde;
- d. roekeloosheid, tenzij het een ongeval betrof bij een poging tot redding van een mens of dier;
- e. misbruik van alcohol of gebruik van geneesmiddelen of van bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift;
- f. zelfdoding of een poging daartoe;
- g. een vechtpartij waaraan de verzekerde deelnam, tenzij hij kan aantonen dat het ongeval het gevolg is van rechtmatige zelfverdediging;
- h. het verblijf in een luchtvaartuig, tenzij de verzekerde tijdens het ongeval als passagier verbleef in een vliegtuig ingericht voor passagiersvervoer en bestuurd door een beroepspiloot. Tevens dient dit vliegtuig ten tijde van het ongeval gebruikt te zijn:
 - door een particuliere onderneming of staatsinstelling die bevoegd is tot exploitatie van een luchtvaartbedrijf;
 - door een onderneming ten behoeve van haar eigen bedrijf binnen Europa en Noord-Amerika;
- i. het jagen op groot wild;
- j. sportbeoefening waarvoor betaling wordt ontvangen;

- k. de beoefening van sporten met een verhoogd ongevalrisico, zoals boksen, worstelen, ijshockey, rugby, bergsport, bobsleeën, parasailing, hanggliding, parachutespringen, ijszeilen, skispringen, skivliegen en figuurspringen;
- l. voorbereidingen van en deelneming aan snelheidswedstrijden of recordritten, bijvoorbeeld met motorrijtuigen, skelters, te paard, per rijwiel of per motorboot;
- m. het beroepsmatig werken met houtbewerkingmachines;
- n. allergische reacties, anders dan door een gebeurtenis genoemd in lid 1 sub 3 onder b;
- o. verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies is afgegeven.

sub 2 *Psychisch letsel*

- a. Er vindt geen uitkering plaats bij verlies van de geestelijke of kennende vermogens. Deze uitsluiting geldt niet als dit verlies, volgens algemeen aanvaarde neurologische opvattingen, is veroorzaakt door een aantoonbaar grove organische beschadiging van het centrale zenuwstelsel.
- b. Ook vindt er geen uitkering plaats bij geheel of gedeeltelijk functieverlies of geheel of gedeeltelijke onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens, indien dit functieverlies of deze onbruikbaarheid het gevolg is van psychische stoornissen.

lid 4

Omvang van de uitkering

sub 1 *Bij overlijden*

Het verzekerde bedrag voor overlijden wordt uitgekeerd. Een eventueel reeds verrichte uitkering voor blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens wordt hierop in mindering gebracht. Terugvordering van een reeds gedane uitkering zal niet plaatsvinden.

sub 2 *Bij blijvend (functie)verlies*

In geval van blijvend (functie)verlies worden aan de getroffen verzekerde de volgende percentages van het verzekerde bedrag uitgekeerd, waarbij de uitkering echter nooit meer dan 100% van het verzekerde bedrag zal bedragen:

- bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van de hierna genoemde lichaamsdelen:
 - een arm: tot in het schoudergewricht 75%
 - een arm: tot in het ellebooggewricht 65%
 - een arm: tussen elleboog- en schoudergewricht 65%
 - een arm: tussen pols en ellebooggewricht 60%
 - een hand: tot in het polsgewricht 60%
 - een been: tot in het heupgewricht 70%
 - een been: tot in het kniegewricht 60%
 - een been: tussen knie- en heupgewricht 60%
 - een been: tussen enkel- en kniegewricht 50%
 - een voet: tot in het enkelgewricht 50%
- bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van de hierna genoemde lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens:
 - een duim 25%
 - een wijsvinger 15%
 - een middelvinger 15%
 - een ringvinger of pink 15%
 - bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van meer dan één vinger van een hand wordt maximaal 60% van het verzekerde bedrag uitgekeerd.

- een grote teen 10%
- andere tenen dan de grote teen 5%
- het gezichtsvermogen van een oog 30%
- het gezichtsvermogen van beide ogen 100%
- het gehoor van een oor 20%
- het gehoor van beide oren 50%
- het reuk- en smaakvermogen 20%
- het verlies van het seksuele vermogen, echter behoudens hetgeen is bepaald in lid 3 sub 2 25%
- Bij de hierna genoemde letsels of combinatie van letsels:
 - totaal verlies van de geestelijke vermogens, echter behoudens hetgeen is bepaald in lid 3 sub 2 100%
 - verlies van beide armen of handen 100%
 - verlies van beide benen of voeten 100%
 - verlies van een arm of hand, tezamen met een been of voet 100%
- Bij gedeeltelijk (functie)verlies of gedeeltelijke onbruikbaarheid van de in dit artikel genoemde lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens, vastgesteld volgens algemeen aanvaarde medische maatstaven, wordt een gedeelte van de genoemde uitkeringspercentages evenredig aan de mate van dat (functie)verlies uitgekeerd. Gedeeltelijk verlies van de reuk en/of de smaak wordt niet als invaliditeit beschouwd.
- In geval van blijvend functieverlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens als gevolg van een letsel of een combinatie van letsels die niet als zodanig in het voorgaande zijn omschreven, is het uitkeringspercentage van het verzekerde bedrag gelijk aan het percentage blijvend (functie) verlies dat is vastgesteld volgens de Nederlandse richtlijnen of, indien er geen Nederlandse richtlijnen beschikbaar zijn, volgens in Nederland gebruikelijke richtlijnen. Daarbij blijven het beroep of de werkzaamheden van de verzekerde buiten beschouwing.

lid 5

Vaststelling uitkeringspercentage

- sub 1 Het uitkeringspercentage zal worden vastgesteld op basis van de als definitief erkende toestand van de getroffen verzekerde, voor zover mogelijk binnen 2 jaar na het ongeval.
- sub 2 Het is mogelijk dat na de beëindiging van de geneeskundige behandeling nog geen definitieve medische eindtoestand is ingetreden. In dat geval wordt de wettelijke rente over het uiteindelijk te betalen bedrag vergoed vanaf de dag waarop de geneeskundige behandeling wordt beëindigd tot de dag waarop de uitkering plaatsvindt. Blijkt er in opdracht van de verzekeraar uitgevoerde medische onderzoek nog geen definitieve medische eindtoestand is, dan zal uiterlijk binnen 5 jaar na de ongevaldatum in onze opdracht een nieuw medisch onderzoek plaatsvinden. De invaliditeit die bij dat onderzoek wordt vastgesteld zal dan gelden als definitieve medische eindtoestand, ook al vermeldt de betreffende arts dat er nog geen definitieve medische eindtoestand is ingetreden.

lid 6

Bestaande gezondheidstoestand

- sub 1 Indien de gevolgen van een ongeval worden vergroot door een ziekelijke toestand of door lichamelijke en/of geestelijke afwijkingen van de verzekerde die reeds voor het ongeval bestonden, wordt niet meer uitgekeerd dan er zou zijn uitgekeerd indien eenzelfde ongeval een persoon zonder een zodanige ziekte of afwijking zou zijn overkomen.

- sub 2 Het in lid 6 sub 1 bepaalde is niet van toepassing indien bedoelde omstandigheden uitsluitend en rechtstreeks een gevolg zijn van een eerder ongeval dat de verzekerde is overkomen tijdens de geldigheidsduur van deze verzekering.

lid 7

Medische expertise

Indien de verzekeraar een medische expertise noodzakelijk acht om het uitkeringspercentage te kunnen vaststellen, is de verzekerde verplicht hieraan zijn medewerking te verlenen. De verzekerde dient zich daartoe door een door de verzekeraar aan te wijzen arts te laten onderzoeken of voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar nader aan te wijzen instelling of inrichting. De medische expertise dient in Nederland plaats te vinden. De kosten hiervan komen voor rekening van de verzekeraar.

lid 8

Wat te doen na een ongeval

sub 1 *Melding van een ongeval*

- a. De verzekerde of de begunstigde is verplicht de verzekeraar zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 dagen in kennis te stellen van een ongeval dat tot uitkering kan leiden. Daarbij dient een nauwkeurige omschrijving van het ongeval te worden overgelegd, met zo mogelijk vermelding van de oorzaak en de gevolgen.
- b. Is de verzekerde door een ongeval overleden dan dient de melding te gebeuren binnen 48 uur, bij voorkeur telefonisch of via de fax.

sub 2 *Verplichtingen na een ongeval*

- a. De verzekerde is verplicht zich na een ongeval zo spoedig mogelijk onder geneeskundige behandeling te stellen en volledig aan zijn herstel mee te werken.
- b. De verzekerde is verplicht aan de verzekeraar of aan een door haar aangewezen arts alle gewenste inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken.
- c. De begunstigde(n) is/zijn verplicht toestemming te verlenen tot, en medewerking te verlenen aan alle maatregelen die de verzekeraar nodig acht voor de vaststelling van de doodsoorzaak (sectie)

sub 3 De verzekeraar heeft het recht uitkering te weigeren indien de verplichtingen vermeld in lid 7 en/of lid 8 sub 1 en/of sub 2 niet zijn of worden nagekomen. Indien de aangifte later plaatsvindt dan bedoeld onder lid 8 sub 1 a en b, behoudt de verzekerde recht op uitkering indien hij kan aantonen dat:

- het (functie)verlies of de onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens uitsluitend het gevolg is van een ongeval;
- de gevolgen van een ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid vergroot zijn;
- de verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd;
- de aangifte achterwege is gebleven ten gevolge van buitengewone omstandigheden.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Superfit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van ONVZ. Dat houdt in dat ONVZ meer doet dan het uitbetalen van nota's. De verzekerde kan terecht bij de ONVZ ZorgConsulent voor bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, hulp in natura en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg.

Verzekerden van ONVZ kunnen voor informatie en het aanvragen van onderstaande zorgdiensten contact opnemen met de ONVZ Zorgconsulent op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

Het ONVZ gezondheidsbulletin Lijf & Leden informeert verzekerden over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Het wordt tweemaal per jaar gratis toegezonden.

Daarnaast kunnen verzekerden via de ONVZ ZorgConsulent:

- telefonisch een arts en/of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding;
- informatiemateriaal aanvragen over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg.

Kraamzorg

Kraamzorg in natura

Voor informatie over de kraamzorg en aanvraag van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met ONVZ Kraamzorg Service. Indien de verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt ONVZ Kraamzorg Service de kraamzorg in natura bij een erkende gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste vier maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd. ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 079 343 04 64.

Kraampakket

Met vragen over het kraampakket en de aanvraag van het pakket kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. De ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 079 343 04 64.

Bewakingsapparatuur wiegendood

Voor informatie over of aanvragen van bewakingsapparatuur, kan verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

TENS

Voor informatie over of aanvragen van een TENS, kan verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer die wordt beschreven in artikel 9 van deel B (Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Superfit). Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen aan haar verzekerden laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Indien de verzekerde hiervan gebruik wil maken kan contact worden opgenomen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Huishoudelijke hulp in natura

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

Kinderopvang

Bij opname in een ziekenhuis van de verzekerde ouder bestaat recht op vergoeding van de kosten van kinderopvang onder de voorwaarden zoals omschreven in Deel B omvang dekking ONVZ Vrije Keuze Superfit.

De ONVZ ZorgConsulent regelt de kinderopvang in natura, met inachtneming van de onderstaande voorwaarden:

- de kinderopvang wordt geregeld door een door de verzekeraar gecontracteerde organisatie;
- de gecontracteerde organisatie verplicht zich een maximale inspanning te verrichten de kinderopvang te effectueren;
- de kinderopvang dient zo spoedig mogelijk doch uiterlijk de dag voor de opname te worden aangevraagd bij de ONVZ ZorgConsulent.

Voor meer informatie over kinderopvang kan de verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Preventiecurssussen

Voor nadere informatie over de door ONVZ erkende preventiecurssussen kan verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Preventief medisch onderzoek

De ONVZ ZorgConsulent verzorgt informatie over preventief medisch onderzoek dat de verzekerde wordt aangeboden door ONVZ.

Wachlijstbemiddeling

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

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

De verzekerde kan onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan ziektekosten die niet door de verzekeraar worden betaald, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade. De totale kosten inclusief de kosten van het voeren van een procedure worden vergoed tot maximaal € 12.500,-. Een reglement met daarin alle voorwaarden is op aanvraag verkrijgbaar bij ONVZ Verhaalszaken. Voor het regelen en aanvragen van deze verhaalsbijstand kan de verzekerde contact opnemen met ONVZ Verhaalszaken.

ONVZ Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

ONVZ
Tandfit

Inhoudsopgave

ONVZ Tandfit

Deel B Omvang Dekking	137
Tandfit A	137
Tandfit B	137
Tandfit C	138
Tandfit D	138
Tandheelkundige kosten buiten het woonland	138

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Tandfit

De verzekeraar vergoedt de kosten van behandeling zoals hieronder omschreven. Op het polisblad is vermeld welke dekking (Tandfit) van toepassing is.

Vergoed worden de kosten van behandeling door een tandarts of een mondhygiënist volgens wettelijke of marktconforme bedragen. Uitgezonderd zijn de kosten van orthodontie en het bleken van elementen.

Tandfit A

Artikel 1 De vergoeding van de gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) bedraagt 75% van deze kosten tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 2 Wanneer sprake is van een ongeval zijn naast de in artikel 1 gedekte kosten bovendien nog verzekerd de extra tandarts- en techniekkosten inclusief de eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen tot een maximum van € 250,- per verzekerde. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:

- de noodzaak van de behandeling is het rechtstreekse gevolg van het ongeval;
- het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden binnen de looptijd van de verzekering;
- het ongeval en de behandeling moeten binnen drie maanden zijn gemeld;
- de kosten moeten zijn gemaakt binnen een jaar na het ongeval;
- na voorafgaande goedkeuring van de verzekeraar.

Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.

Tandfit B

Artikel 1 De vergoeding van de gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) bedraagt 75% van deze kosten tot maximaal € 750,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 2 Wanneer sprake is van een ongeval zijn naast de in artikel 1 gedekte kosten bovendien nog verzekerd de extra tandarts- en techniekkosten inclusief de eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen tot een maximum van € 455,- per verzekerde. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:

- de noodzaak van de behandeling is het rechtstreekse gevolg van het ongeval;
- het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden binnen de looptijd van de verzekering;
- het ongeval en de behandeling moeten binnen drie maanden zijn gemeld;
- de kosten moeten zijn gemaakt binnen een jaar na het ongeval;
- na voorafgaande goedkeuring van de verzekeraar.

Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.

Tandfit C

Artikel 1 De vergoeding van de gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) bedraagt 75% van deze kosten tot maximaal € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 2 Dezelfde dekking zoals omschreven onder Tandfit B artikel 2.

Tandfit D

Artikel 1 De vergoeding van de gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) bedraagt maximaal € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 2 Dezelfde dekking zoals omschreven onder Tandfit B artikel 2.

Tandheelkundige kosten buiten het woonland

Artikel 1 Voor de kosten van tandheelkundige hulp gemaakt buiten het woonland zal vergoeding per consult of behandeling plaatsvinden tot ten hoogste het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag van een overeenkomstige behandeling in Nederland tot het in de Tandfit A, B, C en D genoemde maximale bedrag.

Artikel 2 Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt

ONVZ
Zó-fit

Inhoudsopgave

ONVZ Zó-fit

Algemene Bepalingen	141
Artikel 1 Toepasselijkheid algemene bepalingen	141
Omvang Bemiddeling ONVZ Zó-fit	141
Artikel 2 Bemiddeling	141
Artikel 3 Routing	142
Artikel 4 Griepvaccinatie	142
Artikel 5 Aansprakelijkheid	142

Polisvoorwaarden

ONVZ Zó-fit

Algemene bepalingen

Artikel 1

Toepasselijkheid algemene bepalingen

- lid 1 De Algemene bepalingen ONVZ Zorgverzekeraar, voor zover van toepassing op de aanvullende verzekeringen, zijn van toepassing op ONVZ Zó-fit. De Algemene bepalingen ONVZ Zorgverzekeraar zijn bijgevoegd.
- lid 2 Bij strijdigheid met (één van) de bepaling(en) van de Algemene bepalingen ONVZ Zorgverzekeraar prevaleren de polisvoorwaarden ONVZ Zó-fit.
- lid 3 De ingangsdatum is de dag waarop ONVZ het verzoek tot het sluiten van ONVZ Zó-fit van de verzekeringnemer heeft ontvangen, dan wel op verzoek van de verzekeringnemer een latere dag. ONVZ Zó-fit kan niet met terugwerkende kracht ingaan.
- lid 4 Daar waar in artikel 12 (Uitsluitingen) van de Algemene bepalingen ONVZ Zorgverzekeraar staat "aanspraak op vergoeding van kosten" dient te worden gelezen: "aanspraak op uitkering (in natura)".

Omvang bemiddeling ONVZ Zó-fit

Artikel 2

Bemiddeling

- lid 1 ONVZ biedt de garantie dat, indien verzekerde zijn werkzaamheden geheel of gedeeltelijk niet meer kan voortzetten wegens ziekte of ongeval, binnen maximaal 5 werkdagen vanaf de dag van melding bij de verzekeraar zal worden aangevangen met het stellen van de diagnose (inclusief bijbehorende onderzoeken) of de behandeling, beide gericht op werkhervatting.
- Indien de diagnose is gesteld, geldt de garantie voor de behandeling met een aansluitende gelijke termijn. De garantie heeft betrekking op de gangbare aandoeningen (bijvoorbeeld in het kader van een wachtlijst). Zonodig wordt een zorgverlener benaderd in het buitenland -binnen EU- en EER-staten- voor een en ander.
- lid 2 Voormelde termijn is van toepassing indien de situatie in verband met het stellen van de diagnose of de behandeling niet dermate complex is dat hieraan redelijkerwijs niet kan worden voldaan; er rust dan wel een inspanningsverplichting op de verzekeraar. De garantie geldt niet voor transplantaties en vergelijkbare behandelingen.

lid 3 Tevens kan worden bemiddeld ten behoeve van kinderopvang, huishoudelijke hulp of taxivervoer, als aangeboden door de door ONVZ gecontracteerde organisaties.

lid 4 Aanspraak bestaat op bemiddeling ten behoeve van kinderopvang in geval van ziekte of ongeval van een verzekerde, of ziekte of ongeval van zijn/haar partner en/of kind tot en met 12 jaar. Indien nodig kan de kinderopvang thuis gecombineerd worden met huishoudelijke hulp.
Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de diagnosestelling of behandeling zelf. Deze kosten zijn eventueel gedekt onder de (aanvullende) (zorg)verzekering van verzekerde. Het verdient aanbeveling hierover vooraf overleg te voeren met de (zorg)verzekeraar van verzekerde. Verder bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten voor de kinderopvang, huishoudelijke hulp of het taxivervoer zelf.

Artikel 3 **Routing**

lid 1 Bemiddeling geschiedt op basis van een verzoek van verzekerde. ONVZ licht verzekerde de verschillende mogelijkheden toe en regelt een afspraak volgens de keuze van verzekerde.

lid 2 De ONVZ Zó-fit Assistent is voor verzekerde het aanspreekpunt. De ONVZ Zó-fit Assistent is bereikbaar op werkdagen van 08.30 – 17.30 uur op telefoonnummer 030 639 62 25, of via zo-fit@onvz.nl.

lid 3 Verzekerde dient in het bezit te zijn van een verwijzing van de huisarts, de bedrijfsarts of een medisch specialist voordat wordt bemiddeld. Op verzoek van ONVZ dient de verwijzing te worden overgelegd.

Artikel 4 **Griepvaccinatie**

Vergoed worden de kosten van één griepvaccinatie per verzekerde per kalenderjaar voor zover de verzekerde niet tot één van de risicogroepen behoort die via het Nationaal Programma Grieppreventie in aanmerking komt voor een griepvaccinatie.

Artikel 5 **Aansprakelijkheid**

ONVZ voert de betreffende werkzaamheden -volgens de hiervoor omschreven dekking- naar beste inzicht en vermogen uit. Zij is echter geen zorgverlener. ONVZ stelt dus zelf geen diagnose en verricht geen medische handelingen. Verder verstrekt zij geen medische adviezen. ONVZ kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de door de zorgverlener te verrichten handelingen. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt uitsluitend bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

ONVZ
ZorgConsulent

Inhoudsopgave

ONVZ ZorgConsulent

Artikel 1	De ONVZ ZorgConsulent	145
Artikel 2	(Second) opinion van ervaren specialisten	145
Artikel 3	Gezond zijn en blijven	146
Artikel 4	Aansprakelijkheid	146

ONVZ ZorgConsulent

De ONVZ ZorgConsulent ondersteunt verzekerde met informatie over behandelmethodes en het regelen van zorg binnen Nederland bij zowel ziekte als gezondheid.

De ONVZ ZorgConsulent is telefonisch bereikbaar op werkdagen van 08.30 – 17.30 uur op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50.

De dekking van de ONVZ ZorgConsulent is beschreven in de volgende artikelen:

Artikel 1

De ONVZ ZorgConsulent

De ONVZ ZorgConsulent informeert u over behandelingen in een ziekenhuis en regelt zaken die daarmee verband houden:

- lid 1 De ONVZ ZorgConsulent werkt samen met een door ONVZ gecontracteerd netwerk van geselecteerde specialisten. Op verzoek van verzekerde verstrekt de ONVZ ZorgConsulent informatie over behandelingen door medische dienstverleners en instellingen. De verzekerde ontvangt de informatie op schrift en deze omvat onder andere de mogelijke behandelmethodes, behandellocaties en/of behandelend specialisten. Deze informatie kan verzekerde bespreken met zijn (huis)arts of behandelend specialist.
- lid 2 Op verzoek van verzekerde licht de ONVZ ZorgConsulent de verschillende alternatieven mondeling aan hem toe.
- lid 3 Op verzoek van verzekerde bemiddelt de ONVZ ZorgConsulent bij het arrangeren van een (dag)behandeling in een ziekenhuis of zorghotel.
- lid 4 Op verzoek van verzekerde bemiddelt de ONVZ ZorgConsulent bij het arrangeren van thuiszorg of kinderopvang.

Artikel 2

(Second) opinion van ervaren specialisten

ONVZ heeft een landelijk netwerk van zorgvuldig geselecteerde medische specialisten gecontracteerd.

Via de ONVZ ZorgConsulent kan verzekerde een beroep doen op een (second) opinion bij één van deze specialisten. Per specialisme kan de ONVZ ZorgConsulent één of meer specialisten voorstellen.

Artikel 3

Gezond zijn en blijven

De ONVZ ZorgConsulent is aanspreekpunt voor vragen met betrekking tot gezondheid en preventie.

- lid 1 Op aanvraag en op basis van beschikbaarheid zendt de ONVZ ZorgConsulent verzekerde informatiepakketten over gezond leven, bewegen en voeding toe.
- lid 2 Verzekerde kan via de ONVZ ZorgConsulent terecht bij een diëtiste of (sport)arts voor telefonische adviezen.
- lid 3 De ONVZ ZorgConsulent regelt en vergoedt op verzoek van verzekerde een jaarlijkse gezondheid check up. Deze bestaat uit: medische vragenlijst, BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie, bloeddrukmeting, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en houdings- en bewegingsapparaat.

Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheid check up kan verzekerde kiezen voor een sport/beweegkeuring. Deze keuring bestaat uit: medische vragenlijst, BMI, vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat.

Aanmelding van de gezondheid check up dient te geschieden via de ONVZ ZorgConsulent.

Artikel 4

Aansprakelijkheid

ONVZ voert de betreffende werkzaamheden -volgens de hiervoor omschreven dekking- naar beste inzicht en vermogen uit. Zij is echter geen zorgverlener. ONVZ stelt dus zelf geen diagnose en verricht geen medische handelingen. Verder verstrekt zij geen medische adviezen. ONVZ kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de door de zorgverlener te verrichten handelingen. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt uitsluitend bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

ONVZ

Privé Zorgpakket

Inhoudsopgave

ONVZ Privé Zorgpakket

Deel B Omvang Dekking	149
Artikel 1 Privé Kamer	149
Artikel 2 Zorg Luxe	150
Artikel 3 Zorg Assistent	150
Artikel 4 Zorg Totaal	151
Artikel 5 Buitenland	151
Artikel 6 Diensten	151

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Privé Zorgpakket

Deel B (omvang dekking) bevat de omschrijving van de te verzekeren onderdelen van het ONVZ Privé Zorgpakket.

Op het polisblad wordt aangegeven welk onderdeel is afgesloten.

De verzekeraar vergoedt de kosten van de in artikel 1 tot en met 4 beschreven dekking tegen het overeengekomen tarief tussen verzekeraar en ziekenhuis. Bij afwezigheid van een overeengekomen tarief vergoedt verzekeraar in Nederland ten hoogste het in Nederland wettelijke of geldende marktconforme bedrag en in het buitenland tot ten hoogste 2 keer het in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedrag.

Artikel 1

Privé Kamer

- 1.1 Bij een ziekenhuis in Nederland dat een garantieovereenkomst met verzekeraar heeft afgesloten, bestaat dekking voor opname in een éénpersoonskamer indien:
- er een medische noodzaak voor de opname is in verband met specialistisch onderzoek of behandeling;
 - het één van de volgende specialismen betreft: chirurgie, gynaecologie, KNO, kaakchirurgie, orthopedie, oogheelkunde, urologie en plastische chirurgie;
 - de aanvraag geschiedt via de ONVZ ZorgConsulent (zie artikel 6).

Informatie over ziekenhuizen waarmee verzekeraar garantieovereenkomsten heeft afgesloten, is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl.

- 1.2 Bij opname in een ziekenhuis in Nederland waar verzekeraar geen garantieovereenkomst mee heeft afgesloten, bestaat dekking voor de extra kosten van opname in een éénpersoonskamer indien de faciliteit voor het betreffende specialisme aanwezig is. Aan de opname dient een medische noodzaak in verband met specialistisch onderzoek of behandeling ten grondslag te liggen.
- 1.3 Voorts bestaat dekking voor de extra kosten van door de verzekeraar aangegeven specifieke arrangementen. Een overzicht van deze specifieke arrangementen is op aanvraag verkrijgbaar of is terug te vinden op de site van verzekeraar, www.onvz.nl.
- 1.4 Indien in een ziekenhuis in Nederland een éénpersoonskamer voor het betreffende specialisme, zoals bedoeld in artikel 1.1.b of artikel 1.2, aanwezig is maar voor de verzekerde niet beschikbaar, geldt een vergoeding van € 75,- per opnamedag.

Artikel 2

Zorg Luxe

Zorg Luxe omvat de Privé Kamer (artikel 1) en de vergoeding van een luxe pakket van een ziekenhuis in Nederland.

- 2.1 De invulling van het luxe pakket is afhankelijk van wat het betreffende ziekenhuis in Nederland aanbiedt en kan bestaan uit:
- telefoneren binnen Nederland (alleen bij gebruik van het toestel dat op de kamer aanwezig is);
 - koelkast gevuld met diverse dranken;
 - krant of tijdschrift;
 - koffie en thee voor bezoek;
 - luxe maaltijden of een extra verstrekking;
 - gebruikmaking van televisie en internetaansluiting.
- 2.2 Indien het pakket niet beschikbaar is tijdens opname in een ziekenhuis in Nederland, heeft verzekerde recht op een vergoeding van € 5,- per opnamedag.

Artikel 3

Zorg Assistent

Zorg Assistent omvat de Privé Kamer (artikel 1) en de dienstverlening door een Zorg Assistent, evenals de vergoeding van de kosten van vervoer.

- 3.1 Bij een voorziene opname in een ziekenhuis in Nederland:
- a. neemt de Zorg Assistent vooraf contact op met de verzekerde voor een intake;
 - b. regelt de Zorg Assistent desgewenst het vervoer naar het ziekenhuis;
 - c. is de Zorg Assistent bij opname in het ziekenhuis aanwezig en maakt de verzekerde wegwijs;
 - d. beantwoordt de Zorg Assistent zorgvragen;
 - e. kan de Zorg Assistent, desgewenst, telefonisch contact houden met de verzekerde, overleggen met de (medische) staf, de verzekerde bezoeken, bemiddelen in thuiszorg, kinderopvang en/of hulpmiddelen. De kosten van thuiszorg, kinderopvang en/of hulpmiddelen vallen niet onder de dekking;
 - f. begeleidt de Zorg Assistent de verzekerde bij ontslag;
 - g. regelt de Zorg Assistent desgewenst het vervoer bij ontslag uit het ziekenhuis.
- 3.2 Bij een onvoorziene opname in een ziekenhuis in Nederland heeft verzekerde recht op hulp verleend door een Zorg Assistent zoals genoemd in artikel 3.1, met uitzondering van sub a t/m sub c.
- 3.3 De kosten van vervoer van verzekerde van en naar een ziekenhuis in Nederland:
- a. bij gebruik van de auto tot maximaal € 0,25 per gereden kilometer;
 - b. bij taxivoer volledig, indien gebruik wordt gemaakt van een door de verzekeraar gecontracteerd taxibedrijf (zie artikel 6).

Het vervoer dient plaats te vinden ten behoeve van een opname waarvoor dekking bestaat op grond van de in artikel 1 (Privé Kamer) beschreven dekking. Indien de kosten van vervoer (deels) vanuit een andere bij (zorg)verzekeraar lopende (aanvullende) (zorg)verzekering worden vergoed, zal slechts aanvullende vergoeding vanuit deze verzekering plaatsvinden voor zover de in dit artikel omschreven dekking niet volledig ter beschikking is gekomen uit de elders lopende (aanvullende) (zorg)verzekering.

Artikel 4

Zorg Totaal

Zorg Totaal omvat de in artikel 1 t/m 3 beschreven dekking.

Artikel 5

Buitenland

5.1

In Nederland woonachtige verzekerden kunnen desgewenst kiezen voor opname in een ziekenhuis in België, Duitsland of Frankrijk. Bij opname in ziekenhuizen in deze landen bestaat dekking voor de extra kosten van opname in een éénpersoonskamer of tweepersoonskamer indien de faciliteit voor het betreffende specialisme aanwezig is. Aan de opname dient een medische noodzaak in verband met specialistisch onderzoek of behandeling ten grondslag te liggen. De ONVZ ZorgConsulent kan bij deze opnames niet bemiddelen. Verzekerde dient aan verzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de éénpersoonskamer of tweepersoonskamer te overleggen.

5.2

Voor in het buitenland woonachtige verzekerden geldt dat bij opname in ziekenhuizen in enig land dekking voor de extra kosten van opname in een éénpersoonskamer of tweepersoonskamer indien de faciliteit voor het betreffende specialisme aanwezig is. Aan de opname dient een medische noodzaak in verband met specialistisch onderzoek of behandeling ten grondslag te liggen. De ONVZ ZorgConsulent kan bij deze opnames niet bemiddelen. Verzekerde dient aan verzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de éénpersoonskamer of tweepersoonskamer te overleggen. Indien de opname in een ziekenhuis in Nederland plaatsvindt, bestaat recht op de in artikel 1 lid 1 omschreven dekking.

Artikel 6

Diensten

Bij vragen over of het regelen van de Privé Kamer of de Zorg Assistent moet verzekerde contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

De ONVZ ZorgConsulent is te bereiken tijdens kantooruren op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50

Voor het aanvragen van taxivervoer, voor zover niet geregeld door de Zorg Assistent, kan verzekerde contact opnemen met het door ONVZ gecontracteerde taxibedrijf, te bereiken op het telefoonnummer 0900 333 33 30



ONVZ
zorgverzekeraar

ONVZ Zorgverzekeraar

De Molen 66
Postbus 392
3990 GD Houten
Telefoon 030 639 62 22
www.onvz.nl

Verzeker je kostbaarste bezit bij ONVZ