



OP  
DEAC  
TRFUEC  
BZFDL+EDC  
FEDZLONZEUW  
LUFZDFUW+RZUWOB  
ELWATYRFRKXZLZFRZ  
LWYKXZLZFRZ  
WYKXZLZFRZ



ZORGVERZEKERAAR

**OZF**



| **achmea**

# Polisvoorwaarden 2009 Aanvullende verzekeringen Tandheelkundige verzekeringen OZF Wereld Zorgpolis

*Waar alles om u draait.*



Deze voorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2009 en vervangen de voorgaande versie.  
Tevens zijn deze alleen van toepassing indien de betreffende dekking op uw polisblad is vermeld.

# Inhoudsopgave

## DEEL A: Verzekeringsvoorwaarden

### Artikel

1. Begripsomschrijvingen
2. Kring der verzekerden
3. Zorgverzekeraar
4. Grondslag van de verzekering
5. Totstandkoming, ingangsdatum, duur en einde van de verzekering
6. Persoonsgegevens, zorgpolis, polisblad en relatiepas
7. Premie
8. Verplichtingen van de verzekerde
9. Verrekening
10. Aansprakelijkheid van derden en samenloop van verzekeringen
11. Uitsluitingen
12. Medisch adviseur
13. Declareren
14. Geneeskundige noodhulp buiten het woonland
15. Coullance
16. Zorgbemiddeling
17. Wijziging van premie en/of voorwaarden
18. Geschillen
19. Fraude
20. Aansprakelijkheid OZF
21. Geldend maken van zorgaanspraken

## DEEL B: Vergoedingsvoorwaarden aanvullende verzekeringen AV Compact, AV Royaal, AV Top

### Artikel

22. Algemeen
23. Adoptie-kraamzorg of medische screening bij adoptie
24. Alternatieve geneeswijzen
25. Bevalling en kraamzorg
26. Brillen, lenzen en oogchirurgie
27. Buitenland
28. Cosmetische behandelingen
29. Dieetadvisering/voedingsvoorlichting
30. Farmaceutische zorg
31. Fysiotherapie
32. Herstellingsoord
33. Hulpmiddelen
34. Paramedische zorg (overig)
35. Preventieve cursussen
36. Preventieve onderzoeken
37. Psoriasis dagbehandeling
38. Psychische hulpverlening
39. Specialistische zorg
40. Stottertherapie volgens Del Ferro, De Pauw of Hausdörfer
41. Sportmedisch onderzoek en sportarts
42. Therapeutische kampen
43. Herstel en Balans
44. Verblijf en vervoer van partner/gezinsleden
45. Vervoer van zieken
46. Ziekenhuisbezoek

## DEEL C: Vergoedingsvoorwaarden tandheelkundige verzekeringen Tand Compact, Tand Royaal en AV Top

### Artikel

47. Tandheelkunde

## DEEL D: Aanvullende voorwaarden OZF Wereld Zorgpolis

### Artikel

48. Algemeen
49. Kring der verzekerden

# DEEL A: Verzekeringsvoorwaarden

## Artikel 1 Begripsomschrijvingen

### Aanvullende verzekering

De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op de OZF Zorgpolis.

### Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

### Apotheker

Een apotheek die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid van de Geneesmiddelenwet.

### Arts

Degene die op grond van de Nederlandse Wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

### Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

### Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

### Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en behandeling. Het DBC-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.

### Eerstelijnspsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

### EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: 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 de 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 in het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, één en ander rekening houdend met het door ons vastgesteld nadere reglement.

### Fraude

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzekeraar.

### Fysiotherapeut

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

### Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS)

Gemiddeld maximaal tarief voor een groep geneesmiddelen met dezelfde medicinale werking.

### Gezin

Twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenafrek ingevolge de belastingwetgeving.

### Herstellingsoord

Een instelling werkend in de psychosociale gezondheidszorg en vallend binnen de werkingsfeer van de AWBZ, danwel een instelling die zich richt op (psycho)somatische zorg, waarvan de financiering niet door de overheid plaatsvindt en die is erkend door OZF.

### Huidtherapeut

Een huidtherapeut, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG.

### Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het door de huisarts, verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

### Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële Regeling aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het door ons vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

### Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

### Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

### Kraamcentrum

Een conform bij of door de wet gestelde regels als kraamcentrum toegelaten en door ons als kraamcentrum erkende instelling.

### Kraamzorg

De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of als zodanig werkende verpleegkundige.

### Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

### Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

### Medische noodzaak

De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen, waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

### Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist zoals vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut" en van het "Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)".

### Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

### Opname

Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis of revalidatie-instelling, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden.

### Orthodontist

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

### Podotherapeut

Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

### Polisblad

De akte waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

### Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke 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 of krachtens wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

### Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

### Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

### U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met 'u' (verzekeringnemer) wordt bedoeld degene die de zorgverzekering met ons is aangegaan.

### Verblijf

Een opname met een duur van 24 uur of langer.

### Verdragsland

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. Hieronder worden verstaan Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

## Vergoedingstermijn

Daar waar sprake is van een vergoedingstermijn van 12 of 24 maanden dient men er rekening mee te houden dat deze termijnen de periode van een kalenderjaar kunnen overstijgen.  
 De (eerste) aanschafdatum/behandeldatum is bepalend als datum waarop de termijn van 12 of 24 maanden begint te lopen en eindigt.

## Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

## Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

## Verzekering

De AV Top, AV Compact, AV Royaal, Tand Compact, Tand Royaal en OZF Wereld Zorgpolis.

## Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met OZF is aangegaan.  
 Ingeval van een collectieve verzekeringsovereenkomst is de verzekeringnemer de instelling of persoon die als zodanig in de betreffende verzekeringsovereenkomst wordt genoemd.

## Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigen en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

## Wij/ons

OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.

## Zelfstandig behandelcentrum

Een centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten en door ons is geaccepteerd.

## Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum te Davos.

## Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

## Zorgverzekeraar

Voor de uitvoering van de aanvullende verzekering is dat OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.

### Artikel 2 Kring der verzekerden

Deze verzekering omvat aanspraken op vergoeding van kosten van zorg en kan als aanvullende verzekering worden afgesloten.

### Artikel 3 Zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar is OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V., hierna aangeduid als "OZF", "wij" of "ons".

### Artikel 4 Grondslag van de verzekering

#### 4.1 Verzekeringsovereenkomst

Deze verzekeringsovereenkomst geeft aanspraak op de vergoeding van de in deze overeenkomst genoemde zorg.

#### 4.2 Kosten van zorg

De zorg en/of de kosten van zorg op basis van deze aanvullende verzekering kunnen, behoudens eigen bijdragen, door de verzekerde bij OZF worden gedeclareerd. Wanneer en voor zover een overeenkomst is gesloten tussen de zorgverlener en OZF zal de zorgverlener op grond daarvan rechtstreeks bij OZF declareren. Een overzicht van gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Vergoeding wordt gegeven voor de werkelijk gemaakte kosten van medisch noodzakelijke zorg conform de door de NZA vastgestelde tarieven of door OZF met de zorgverlener overeengekomen prijzen en de vergoedingsvoorwaarden zoals vermeld in de delen B t/m D van deze polis, geldig op de datum waarop de kosten waarvan vergoeding wordt gevorderd zijn gemaakt. In geval van een betaling door OZF van meer dan waarop volgens de polisvoorwaarden aanspraak bestaat, kan OZF het teveel betaalde verrekenen en wordt verzekerde geacht aan OZF te hebben verleend een volmacht tot incasso voor het teveel betaalde.

#### 4.3 Aanspraak op vergoeding van kosten

De aanspraak op de vergoeding van kosten van de zorg als in de polis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

#### 4.4 Recht op vergoeding van kosten van zorg

De verzekerde heeft slechts recht op de vergoeding van de kosten van de zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

### Artikel 5 Totstandkoming, ingangsdatum, duur en einde van verzekering

#### 5.1 Totstandkoming van de verzekering

- 5.1.1 Een verzekeringsovereenkomst komt tot stand door acceptatie door OZF van de aanmelding door de verzekeringnemer. Aanmelding geschiedt door inzending van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier.
- 5.1.2 Wij kunnen een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren wanneer:
- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten;
  - u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 19 van de OZF Zorgpolis;
  - uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft.
- 5.1.3 Het is voor kinderen jonger dan 18 jaar niet mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan de laagste dekking van de aanvullende verzekering van tenminste één premiebetalende ouder of voogd.



## 5.2 Ingangsdatum en duur van uw aanvullende verzekering

**5.2.1** De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de datum waarop OZF het verzoek tot het sluiten van de verzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.

Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

**5.2.2** Een bij ons lopende verzekering kunt u, behoudens hetgeen in artikel 5.2.1 is bepaald, wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar en gaat in na schriftelijke bevestiging van ons.

## 5.3 Einde van de verzekering

**5.3.1** U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen:

- bij tussentijdse premieverhoging;
- door uiterlijk 31 december schriftelijk op te zeggen. De verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk;
- met ingang van de dag waarop u de OZF Zorgpolis beëindigt.

Indien u wenst kan de aanvullende verzekering bij beëindiging van de OZF Zorgpolis echter worden gecontinueerd. De voortzetting geschiedt alleen op individuele basis. Dit betekent dat uw eventuele collectieve premiekorting komt te vervallen. Bij vertrek naar het buitenland is voortzetting op individuele basis niet mogelijk.

**5.3.2** De verzekering eindigt:

- op een door ons te bepalen tijdstip gelegen in de toekomst wanneer de verschuldigde bedragen binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning van ons nog niet zijn betaald. Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van de verzekerde(n) waarvan u verzekeringnemer bent;
- met onmiddellijke ingang:
  - wanneer u niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering;
  - wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig hebt ingevuld, of omstandigheden hebt verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
  - bij aangetoonde fraude zoals beschreven in artikel 19 in welk geval OZF niet gebonden is aan enige opzegtermijn;
- bij overlijden;
- als wij ten gevolge van wijziging of intrekking van onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u uiterlijk twee maanden voor dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

**5.3.3** Wanneer uw verzekering eindigt, delen wij u dit schriftelijk mede.

## Artikel 6 Persoonsgegevens, polis, polisblad en relatiepas

**6.1** Bij de aanvraag van een verzekering vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst, relatiebeheer, ten behoeve van fraudepreventie en het uitvoeren van wettelijke regelingen.

Ook kunnen wij deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten.

Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij OZF Achmea, Postbus 94, 7550 AB Hengelo.

**6.2** OZF verstrekt ten bewijs van de verzekering aan iedere verzekeringnemer een polis alsmede een polisblad. Tevens ontvangt iedere verzekerde een relatiepas met nummers ten behoeve van zorgverleners. Deze pas is strikt persoonlijk, geldt voor de daarop aangegeven periode en doet tevens dienst als Europese Verzekeringskaart. Op vertoon van de pas kan de verzekerde zorg inroepen bij de door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder(s) waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat. De verzekerde dient zich bij vertoon van de pas tegenover de zorgverlener op diens verzoek te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart. Aan de pas kunnen geen rechten worden ontleend. Bij verlies van de pas dient de verzekerde dit direct aan OZF te melden waarna een nieuwe pas wordt toegezonden. OZF behoudt zich het recht voor per verloren pas een bedrag van € 7,50 in rekening te brengen.

## Artikel 7 Premie

### 7.1 Premievaststelling

Voor alle verzekerden is de premie verschuldigd die door OZF wordt vastgesteld. Voor kinderen onder de 18 jaar is geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekeringen (dit geldt nadrukkelijk niet voor de OZF Wereldzorgpolis) mits tenminste één ouder of voogd een Zorgpolis bij OZF heeft afgesloten. De maandpremie wordt berekend aan de hand van de situatie per de 1e van de betreffende maand.

Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd per de 1e van de maand volgend op de maand waarin deze leeftijd bereikt wordt.

Indien de dekking van een verzekerde onder de 18 jaar uitgebreid is dan de dekking van de ouder of voogd met de hoogste dekking, betalen zij het tarief van de premie van de leeftijdsklasse van 18-29 jaar. Dit geldt ook indien geen ouder of voogd verzekerd is.

OZF behoudt zich het recht voor om een opslag van 100% op de premie te heffen indien geen OZF Zorgpolis is afgesloten.

### 7.2 Hoogte premie

De hoogte van de premie is afhankelijk van uw leeftijd. Indien uw premie hoger wordt doordat u na de eerste van de maand een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand daaropvolgend. Wijzigt uw leeftijd per de eerste van de maand, dan wijzigt de premie per de eerste van de desbetreffende maand.

### 7.3 Bedrag premie

De verschuldigde premie is de premie zoals deze op het polisblad staat vermeld (zie artikel 7.2).

### 7.4 Premiebetaling

De verzekerde dient de premie alsmede bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen op overeengekomen wijze vooruit te betalen.

## 7.5 Niet-tijdige betaling

**7.5.1** U dient de premie conform de hiervoor gestelde regels te voldoen. Dit geldt ook wanneer de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met zorgkostennota's die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Wanneer het niet mogelijk is de achterstallige premie te verrekenen met schadekosten, dan kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u in rekening brengen.

**7.5.2** Wij kunnen de in artikel 7.5.1 genoemde kosten pas in rekening brengen als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt na de eerste schriftelijke aanmaning waarin een betalingstermijn is vermeld.

**7.5.3** In aanvulling op artikel 7.5.1 en 7.5.2 geldt dat de aanvullende verzekeringen beëindigd worden, als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning (ingebrekestelling) van ons. De aanspraken vervallen dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand volgend op het verstrijken van de betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Wij behouden ons het recht voor de aanvullende verzekering te beëindigen na het verstrijken van de betalingstermijn van de ingebrekestelling. Als wij tot beëindiging overgaan, ontvangt u een schriftelijke bevestiging hiervan. De verzekering kan niet met terugwerkende kracht worden beëindigd tenzij er sprake is van fraude.

## 7.6 (Her)inschrijving na wanbetaling

Bij een (her)inschrijving na wanbetaling dient de verzekerde zes maanden premie vooruit te betalen. Het is mogelijk dat aan de (her)inschrijving een medische beoordeling voorafgaat.

## Artikel 8 Verplichtingen van de verzekerde

### 8.1 U bent verplicht:

- bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, wanneer de arts of de medisch adviseur daarom vraagt;
- aan ons, onze medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, rekening houdend met de privacyregeling;
- ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- binnen twee maanden aan ons te melden dat u gedetineerd bent, in verband met de wettelijke bepaling over de opschorting en de premieplicht tijdens de duur van de detentie.

**8.2** Wanneer de belangen van ons worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft u geen aanspraak op zorg dan wel behoeven wij geen kosten te vergoeden.

**8.3** U (verzekeringnemer) bent verplicht binnen een maand aan ons kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals eindiging verzekeringsplicht, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. Kennisgevingen aan u (verzekeringnemer), gericht aan uw laatst bekende adres worden geacht u (verzekeringnemer) te hebben bereikt.

## Artikel 9 Verrekening

De verzekerde is niet gerechtigd de verschuldigde premie of een andere schuld aan OZF te verrekenen met een van OZF te vorderen vergoeding, tenzij met vooraf verkregen schriftelijke toestemming van OZF.

OZF kan vorderingen en schulden van verzekerde voortvloeiend uit deze verzekering en de OZF Zorgpolis onderling verrekenen. Deze verrekening door OZF is ook van toepassing op incasso- en deurwaarderskosten.

## Artikel 10 Aansprakelijkheid van derden en samenloop van verzekeringen

**10.1** Indien een derde aansprakelijk is voor kosten die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of letsel van u, moet u dit direct melden bij OZF, aangifte doen bij de politie en ons kosteloos medewerking verlenen en alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om verhaal te halen bij de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon. Vergoeding van medische kosten die veroorzaakt zijn door een derde vindt alleen plaats indien de verzekerde zijn desbetreffende vordering op die derde aan OZF overdraagt. Iedere vergoeding betaald door OZF voorafgaande aan deze overdracht kan door OZF onmiddellijk van de verzekerde worden teruggevorderd of verrekend met andere declaraties. Deze bepaling geldt niet indien en voor zover OZF door betaling van rechtswege in de rechten van de verzekerde treedt.

**10.2** U kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op genoten vergoedingen uit de aanvullende verzekering(en) die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt.

**10.3** Als u naast deze aanvullende verzekering(en) een reisverzekering heeft afgesloten en geneeskundige kosten maakt tijdens een reis waarvoor deze reisverzekering in beginsel dekking biedt, biedt de aanvullende verzekering voor die geneeskundige kosten geen vergoeding. De dekking van de aanvullende verzekering moet in geval van samenloop met de dekking van die andere verzekering geheel worden weggedacht. Deze vergoedingsuitsluiting is opgenomen in verband met een mogelijke excedentbepaling terzake van geneeskundige kosten in de voorwaarden van de bedoelde reisverzekering. De vergoedingsuitsluiting geldt niet voor de geneeskundige kosten die bij deze reisverzekering niet zijn opgenomen in een lijst van geneeskundige kosten die vergoed worden. De vergoedingsuitsluiting geldt ook niet wanneer vanwege toepassing van een eigen risico of een vergoedingsmaximum, geneeskundige kosten geheel of gedeeltelijk om die redenen niet onder de reisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Alleen in die situaties biedt de aanvullende verzekering vergoeding volgens de geldende polisvoorwaarden.

**10.4** Verzekerde zal geen regeling treffen met een aansprakelijke derde of een verzekeraar zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van OZF.



## Artikel 11 Uitsluitingen

- 11.1** Deze polis geeft geen aanspraak op vergoeding van kosten als gevolg van niet nagekomen afspraken.
- 11.2** Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura- uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura- uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede schade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het clauseblad terrorismedeckking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen en is in te zien op onze website.

## Artikel 12 Medisch adviseur

OZF is niet gehouden tot betaling van enige vergoeding indien verzekerde niet meewerkt aan een verzoek van OZF om een onderzoek door een medisch adviseur te ondergaan.

## Artikel 13 Declareren

De nota's dienen als origineel kenbaar te zijn en voldoende gefrankeerd te worden gezonden aan OZF. Nota's waarop vergoeding wordt gegeven, worden niet geretourneerd. Nota's waarop geen vergoeding wordt gegeven retourneren wij op uw verzoek. Ingediende nota's dienen zodanig gespecificeerd te zijn, dat OZF aan de hand daarvan kan beoordelen in hoeverre de gedeclareerde kosten voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota vermeld staan welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd.

De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is. Buitenlandse nota's dienen te zijn vergezeld van het volledig ingevulde declaratieformulier buitenland. Nota's dienen te worden voorzien van het relatienummer en de naam van de verzekerde die de zorg genoot, een akkoordverklaring plus de handtekening van de hoofdverzekerde met betrekking tot de geleverde prestatie, een vermelding, indien van toepassing, dat de kosten het gevolg zijn van een ongeval en eventueel andere relevante aantekeningen. Betaling van vergoedingen geschiedt door overboeking in Euro's op de Nederlandse bank- of girorekening van hoofdverzekerde. Bij betaling op buitenlandse rekeningnummers kunnen bankkosten in rekening worden gebracht.

U bent verplicht om in voorkomende gevallen de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij ons 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. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is. In het geval u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar bij ons indient, behouden wij ons het recht voor om een lagere vergoeding toe te kennen, dan waar u volgens de aanspraak recht op had. Op basis van artikel 942, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek worden nota's die langer dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg, bij ons worden ingediend, niet in behandeling genomen.

## Artikel 14 Geneeskundige noodhulp buiten het woonland

In medische noodsituaties buiten het woonland kan een beroep worden gedaan op de door OZF aangewezen alarmcentrale EuroCross. Opname in een zorginstelling in het buitenland dient op straffe van verval van het recht op vergoeding onmiddellijk aan EuroCross te worden gemeld. Onder woonland wordt verstaan het land waar men zich metterwoon heeft gevestigd voor een periode van langer dan drie maanden. EuroCross is 24 uur per dag bereikbaar voor het melden van opnames en voor adviezen of hulp in noodsituaties, verstrekt betalingsgaranties bij opnames, onderhoudt contact met de verzekerde, familie en behandelende artsen, verzendt geneesmiddelen die ter plaatse niet verkrijgbaar zijn, organiseert en verzorgt repatriëring van de patiënt naar zijn woonland en organiseert het vervoer van het stoffelijk overschot van verzekerde naar het woonland. De kosten van repatriëring die niet geschiedt in opdracht van of in overleg met en onder goedkeuring van EuroCross, blijven voor rekening van de verzekerde.

De ziektekosten uitgaande boven het dekkingsmaximum van deze polis blijven voor rekening van de verzekerde. Voorzover deze kosten door EuroCross zijn betaald, worden deze geacht voor rekening van de verzekerde te zijn betaald en wordt verzekerde geacht aan OZF een volmacht tot incasso te hebben verleend van de voor zijn rekening betaalde onverzekerde kosten.

## Artikel 15 Cou lance

In bijzondere gevallen kan OZF een tegemoetkoming geven waar de polis geen (volledige) vergoeding kent. Aan een cou lancebetaling kunnen geen afspraken worden ontleend.

## Artikel 16 Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

- Het verplicht eigen risico is alleen van toepassing op de OZF Zorgpolis en niet op de aanvullende verzekering.
- Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de OZF Zorgpolis aanspraak kan worden gemaakt. Het vrijwillig gekozen eigen risico is niet van toepassing op de aanvullende verzekering.



## Artikel 17 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 17.1** OZF heeft het recht de grondslag van de premie te wijzigen. Een dergelijke wijziging treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan u (verzekeringnemer) is meegedeeld.
- 17.2** De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop wij het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie hebben meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging.
- 17.3** De opzegging, bedoeld in artikel 17.2 gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
- 17.4** OZF heeft het recht de voorwaarden van de verzekering te wijzigen. Als een wijziging in de aanspraken c.q. vergoedingen ten nadele van u plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de verzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heeft u hiervoor 30 dagen nadat de wijziging door ons is medegedeeld.
- 17.5** Wanneer een wijziging in de premie ontstaat door het overschrijden van een leeftijdsgrens kunt u deze wijziging niet weigeren.

## Artikel 18 Geschillen

Bent u het niet eens met een beslissing over de uitvoering van uw aanvullende verzekering dan kunt u binnen zes maanden nadat de beslissing aan u is medegedeeld een klacht indienen bij onze afdeling Klachtenafhandeling. Deze afdeling handelt namens de directie. U kunt uw klacht schriftelijk, telefonisch of via onze website bij ons indienen.

De afdeling Klachtenafhandeling zal u verder informeren over het verloop van de procedure. Zij informeren u ook over de eventuele vervolgstappen die u kunt nemen, als u het niet eens bent met de wijze waarop wij uw klacht hebben afgehandeld (bijvoorbeeld via de Ombudsman Zorgverzekeringen).

Hoe u bij ons een klacht indient en hoe wij hier vervolgens mee omgaan, vertellen wij u in de folder 'Ontevreden? Vertel het ons'. Deze kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

## Artikel 19 Fraude

### 19.1 Algemeen

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzekeraar.

### 19.2 Verval van recht op vergoeding

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien u (verzekeringnemer) en/of verzekerde en/of een bij vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor

de verzekeraar bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

### 19.3 Gevolgen

Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:

- aangifte doen bij de politie;
- de verzekeringsovereenkomst beëindigen;
- registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- uitgekeerde vergoedingen en gemaakte (onderzoeks-) kosten terugvorderen.

## Artikel 20 Aansprakelijkheid OZF

Als een zorgverlener iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk, ook niet in die gevallen waarin de zorg of hulp van die zorgverlener deel uit maakt van de dekking van de verzekering.

## Artikel 21 Geldend maken van zorgaanspraken

### 21.1 Keuze zorgverlener

Als u zorg nodig heeft die deel uit maakt van de verzekering heeft u de keuze uit elke persoon of instelling in Nederland die een overeenkomst heeft gesloten met ons. Wij verstrekken informatie over de personen en instellingen met wie/waarmee een dergelijke overeenkomst bestaat.

### 21.2 Niet gecontracteerde zorg

Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd, heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. In de delen B t/m D "Vergoedingsvoorwaarden" van deze polisvoorwaarden wordt de vergoeding per zorgvorm nader beschreven. Als er geen lagere vergoeding geldt of eigen bijdrage verschuldigd is, heeft u aanspraak op vergoeding van kosten tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief;
- indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vergoeding van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

U kunt telefonisch contact met ons opnemen over de hoogte van de vergoeding.

### 21.3 Verrekening kosten

Wanneer en voor zover OZF meer vergoed dan waartoe wij door de overeenkomst zijn gehouden, wordt de verzekerde geacht aan ons een volmacht te hebben verleend tot incasso op onze naam van het door verzekerde aan zorgverlener teveel betaalde.

#### **21.4 Niet tijdige levering van zorg**

Wanneer de voor u benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door ons gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft u aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op de vergoeding van de kosten van de zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden vergoed. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief;
- indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vergoeding van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

#### **21.5 Acute zorg/noodhulp**

In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft, wordt de toestemming tot het invoeren van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval OZF zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

## DEEL B: VERGOEDINGSVOORWAARDEN

### Aanvullende verzekeringen AV Compact, AV Royaal en AV Top

(alleen van toepassing indien deze dekking op uw polisblad is vermeld)

#### Artikel 22 Algemeen

- Deze verzekeringsovereenkomst omvat de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in geheel Nederland. Zie artikel 27 "Buitenland" voor aanspraken op zorg in het buitenland.
- Aanspraak bestaat op (gehele of gedeeltelijke vergoeding van kosten van) de noodzakelijke medische zorg zoals hierna omschreven.
- Bij een verwijzing dient de indicatie en zo mogelijk de voorgeschreven behandeling duidelijk te worden aangegeven.
- Op verzoek van OZF dient u de huisarts of specialist te machtigen de reden van opname aan OZF kenbaar te maken.

#### Artikel 23 Adoptie-kraamzorg of medische screening bij adoptie

Nadat één of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de zorgverzekering wettig zijn geadopteerd, bij ons zijn ingeschreven in de OZF Zorgpolis, vergoeden wij de kosten van:

- adoptiekraamzorg door een hiervoor door ons gecontracteerd kraamcentrum of
- medische screening (preventief onderzoek) bij een adoptiekind afkomstig uit het buitenland.

Een lijst met gecontracteerde kraamcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

#### Voorwaarden

- Bij kraamzorg moet het adoptiekind op het moment van adoptie jonger zijn dan 12 maanden en niet reeds deel uitmaken van het desbetreffende gezin.
- De medische screening moet worden uitgevoerd door een kinderarts.
- De medische screening moet een verplicht onderdeel van het adoptieproces vormen.

#### Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van medische screening van het adoptiekind, nadat de adoptie heeft plaatsgevonden.

##### AV Compact

adoptiekraamzorg: maximaal 3 uur per dag gedurende 3 dagen  
óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

##### AV Royaal

adoptiekraamzorg: maximaal 3 uur per dag gedurende 3 dagen óf  
medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

##### AV Top

adoptiekraamzorg: maximaal 3 uur per dag gedurende 3 dagen óf  
medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

#### Artikel 24 Alternatieve geneeswijzen

24.1 Wij vergoeden de kosten van consulten van alternatieve genezers of therapeuten op het gebied van:

- acupunctuur;
- antroposofische geneeskunde;
- biomedische geneeskunde;
- cranio-sacraal therapie;
- energetische integratie therapie;
- enzymtherapie;
- flebologie, proctologie;
- gestalttherapie;
- haptonomie;
- haptotherapie;
- homeopathie;
- hypnotherapie;
- kinesilogie;
- manuele therapie (methode v/d Bijl of Utrechtse school);
- Moermantherapie;
- natuurgeneeskunde;
- orthomanuele geneeskunde;
- orthomanipulatie;
- orthomoleculaire geneeskunde;
- orthopedische geneeskunde;
- overgangsconsulenten van de organisatie 'Care for Women';
- paranormale geneeskunde;
- posturale integratie therapie;
- reflexzone therapie;
- shiatsu therapie.

#### Voorwaarden

- De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze kwaliteitseisen maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is wordt door ons beoordeeld.
- Het consult wordt gegeven op individuele basis.

#### Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is.
- Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.
- Wij vergoeden niet de kosten van kuren of reizen.
- Wij vergoeden niet de kosten van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie.

##### AV Compact

maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 175,- per persoon per kalenderjaar

##### AV Royaal

maximaal € 50,- per dag tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

##### AV Top

maximaal € 50,- per dag tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

## Artikel 25 Bevalling en kraamzorg

### 25.1 Poliklinische bevalling

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van de OZF Zorgpolis in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor gebruik van de verloskamer bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie geleid door een verloskundige of huisarts.

#### AV Compact

50% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage

#### AV Royaal

100% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage

#### AV Top

100% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage

### 25.2 Verlengde kraamzorg/vervangende kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van verlengde kraamzorg.

#### Voorwaarde

In geval van medische noodzaak - dit dient te blijken uit een medische verklaring - wordt kraamzorg vergoed gedurende ten hoogste 5 dagen, te rekenen met ingang van de 11e dag na de dag waarop de bevalling plaatsvond.

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

maximum vergoeding per dag

bij kraamzorg via kraamcentrum € 200,-

#### AV Top

maximum vergoeding per dag

bij kraamzorg via kraamcentrum € 200,-

### 25.3 Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een hiervoor door ons gecontracteerd kraamcentrum. Een lijst met gecontracteerde kraamcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

#### Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het door ons gecontracteerde kraamcentrum de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk acht.
- U ontvangt slechts een vergoeding als u gedurende de eerste tien dagen gerekend vanaf de dag waarop de bevalling plaatsvond nog geen kraamzorg heeft genoten.

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

maximum vergoeding

bij kraamzorg via kraamcentrum € 300,-

#### AV Top

maximum vergoeding

bij kraamzorg via kraamcentrum € 300,-

### 25.4 Kraampakket

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

#### Voorwaarde

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

#### AV Compact

100%

#### AV Royaal

100%

#### AV Top

100%

### 25.5 Lactatiekundige zorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met borstvoedingsproblemen de kosten van de hulp en advies door een lactatiekundige.

#### Voorwaarde

De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de beroepsvereniging NVL of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de beroepsvereniging NVL of in dienst zijn van een door ons gecontracteerd kraamcentrum. Een lijst met gecontracteerde kraamcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

#### AV Top

maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

## Artikel 26 Brillen, lenzen en oogchirurgie

### 26.1 Brillen en lenzen

Wij vergoeden de kosten van contactlenzen op sterkte en brillen met glazen op sterkte mits geleverd door een opticien of optiekbedrijf.

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

vergoeding van één enkelvoudige bril of lenzen

maximaal € 150,- per 24 maanden

óf een vergoeding voor één multifocale bril of lenzen

maximaal € 200,- per 24 maanden

#### AV Top

vergoeding van één enkelvoudige bril of lenzen

maximaal € 150,- per 24 maanden

óf een vergoeding voor één multifocale bril of lenzen

maximaal € 200,- per 24 maanden

Termijnen voor brillenglazen en contactlenzen zijn gelijk. Indien de verzekerde zowel een bril als ook contactlenzen heeft, wordt ofwel vergoeding gegeven voor een bril of voor contactlenzen.

Naast deze vergoeding geven Pearle en Eye Wish de volgende aanvullende kortingen:

<b>Enkelvoudige bril</b>
korting € 50,-
<b>Multifocale bril</b>
korting € 100,-
<b>Contactlenzen</b>
korting 15% op de aanschaf van lenzen en vloeistoffen

### Voorwaarden

- U dient bij aanschaf van de bril of lenzen in de winkel aan te geven dat u van deze vergoedingsregeling gebruik wenst te maken.
- De vergoeding wordt door Pearle Opticiens en Eye Wish rechtstreeks met ons verrekend. Indien achteraf bij de ontvangst van de declaratie blijkt dat u géén recht heeft op de vergoeding van de aangeschafte bril of lenzen dan worden de kosten bij u teruggevorderd.
- Binnen de gestelde termijn van 24 maanden mag door u of door Pearle Opticiens of Eye Wish slechts één nota worden ingediend die betrekking heeft op de aanschaf van een enkelvoudige of multifocale bril.

## 26.2 Oogchirurgie

Wij vergoeden de kosten voor oogchirurgie (laserbehandeling of contactlensimplantatie) ter vervanging van een bril of contactlenzen.

### Voorwaarden

- U mag in een periode van zes maanden voorafgaande aan de laserbehandeling of contactlensimplantatie géén vergoeding van ons hebben ontvangen betreffende de aanschaf van een bril of contactlenzen.
- De aanspraak op vergoeding voor brillen en lenzen vervalt voor de duur van tien jaar gerekend vanaf de datum waarop de oogchirurgische behandeling heeft plaatsgevonden.

<b>AV Compact</b>
geen dekking
<b>AV Royaal</b>
maximaal € 500,- per oog voor de totale duur van de verzekering
<b>AV Top</b>
maximaal € 500,- per oog voor de totale duur van de verzekering

## Artikel 27 Buitenland

### 27.1 Spoedeisende zorg

De vergoeding van kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland wordt in het algemeen geregeld in de OZF Zorgpolis. Voor zover de kosten voor noodzakelijke medische zorg in acute gevallen tijdens verblijf van drie maanden of korter buiten het woonland niet worden vergoed uit hoofde van de OZF Zorgpolis biedt deze polis aanspraak op volledige vergoeding van het meerdere tot maximaal € 35.000,- per verzekerde per kalenderjaar. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland.

### Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- De zorg is verleend door lokaal erkende zorgverleners.
- Het verblijf in en/of de reis naar het buitenland had niet ten doel het ondergaan van de medische behandeling.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.
- Tandheelkundige zorg wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Tand Compact, Tand Royaal of AV Top dekking heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

<b>AV Compact</b>
100% tot maximaal € 35.000,- per kalenderjaar bij verblijf van maximaal 3 maanden
<b>AV Royaal</b>
100% tot maximaal € 35.000,- per kalenderjaar bij verblijf van maximaal 3 maanden
<b>AV Top</b>
100% tot maximaal € 35.000,- per kalenderjaar bij verblijf van maximaal 3 maanden

### 27.2 Vervoerskosten bij zorgbemiddeling naar het buitenland

Wij vergoeden de kosten van vervoer vanuit Nederland bij ziekenhuisopname via onze zorgbemiddeling in een zorginstelling in België of Duitsland en van hieruit terug naar Nederland. Wij vergoeden de kosten van door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus), vervoer per eigen auto en openbaar vervoer.

### Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- Er moet sprake zijn van wachttijdverkortings.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak kunt maken. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn vindt u op het vergoedingenoverzicht. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de folder "Vervoer". Deze kunt u downloaden vanaf onze website en bij ons opvragen.

<b>AV Compact</b>	
gecontracteerd taxivervoer	100%
openbaar vervoer (laagste klasse)	100%
eigen vervoer	€ 0,28 per km
<b>AV Royaal</b>	
gecontracteerd taxivervoer	100%
openbaar vervoer (laagste klasse)	100%
eigen vervoer	€ 0,28 per km
<b>AV Top</b>	
gecontracteerd taxivervoer	100%
openbaar vervoer (laagste klasse)	100%
eigen vervoer	€ 0,28 per km

### 27.3 Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden bij zorgbemiddeling naar het buitenland

Wij vergoeden, wanneer u vanuit Nederland voor zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling op grond van artikel 27.2 voor uw gezinsleden bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- de overnachtingskosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis;
- een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto van en naar het ziekenhuis.





## Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- Uw gezinsleden dienen eveneens bij ons aanvullend verzekerd te zijn.

### AV Compact

overnachtingskosten

maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen

vervoerskosten eigen auto

€ 0,28 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

### AV Royaal

overnachtingskosten

maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen

vervoerskosten eigen auto

€ 0,28 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

### AV Top

overnachtingskosten

maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen

vervoerskosten eigen auto

€ 0,28 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

## 27.4 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de volgende ziekten bij een reis naar het buitenland:

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- hepatitis A/B.

Bij een niet door ons gecontracteerde instelling geldt een eigen betaling. Een lijst met vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

### AV Compact

100% bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale,

75% bij andere zorgverleners

### AV Royaal

100% bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale,

75% bij andere zorgverleners

### AV Top

100% bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale,

75% bij andere zorgverleners

## Uitsluiting

Er is geen vergoeding indien de vaccinaties nodig zijn in verband met werk of stage in Nederland.

## 27.5 Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden de kosten van:

- ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar de woonplaats in Nederland;
- vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland.

## Voorwaarden

- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- De Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International, moet vooraf toestemming hebben gegeven.

### AV Compact

100%

### AV Royaal

100%

### AV Top

100%

Zie artikel 14 voor overige beperkingen.

## Artikel 28 Cosmetische behandelingen

### 28.1 Acnébehandeling

Wij vergoeden de kosten van een acnébehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

## Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist moet met de specialisatie 'Acné' geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).

## Uitsluiting

Bij dezelfde indicatie kan geen aanspraak op vergoeding camouflagetherapie worden verkregen.

### AV Compact

geen dekking

### AV Royaal

maximaal € 350,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering

### AV Top

maximaal € 350,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering

### 28.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden de kosten van camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

## Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist moet met de specialisatie 'Camouflage' geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).

## Uitsluiting

Bij dezelfde indicatie kan geen aanspraak op vergoeding acnétherapie worden verkregen.

### AV Compact

geen dekking

### AV Royaal

maximaal € 350,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering

### AV Top

maximaal € 350,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering

### 28.3 Epilatie behandeling

Wij vergoeden aan vrouwen waarbij sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehandling de kosten van elektrische- of laserepilatie behandelingen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

### Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een arts.
- In geval van laserepilatie moet deze worden uitgevoerd in een erkende laserkliniek of door een huidtherapeut.
- De schoonheidsspecialist moet met de specialisatie 'Ontharingstechniek' geregistreerd staan bij de Algemene Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

maximaal € 545,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering

#### AV Top

maximaal € 545,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering

## Artikel 29 Dieetadvisering/voedingsvoorlichting

Wij vergoeden de kosten van:

- dieetadvisering door een door ons gecontracteerde diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het gebied van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Voor verzekerden die op grond van de OZF Zorgpolis aanspraak hebben op dieetadvisering geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis;
- voedingsvoorlichting door een door ons gecontracteerde gewichtsconsulent of een door ons gecontracteerde diëtist. Voedingsvoorlichting omvat voorlichting en advisering.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

### Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Er moet sprake zijn van obesitas graad 1. Daarvan is sprake als uw Body Mass Index (BMI)  $\geq 30$  bedraagt.

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

#### AV Top

maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

## Artikel 30 Farmaceutische zorg

### 30.1 Alternatieve geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

#### Voorwaarden

- De homeopathische geneesmiddelen en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de geneeskunst (KNMP) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek of apotheekhoudend huisarts. Een lijst met gecontracteerde apothekers kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

#### AV Compact

maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

#### AV Royaal

100%

#### AV Top

100%

### 30.2 Griepvaccinaties

Wij vergoeden de kosten van griepvaccinaties.

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

100%

#### AV Top

100%

### 30.3 Eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

Wij vergoeden de eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van de OZF Zorgpolis.

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

#### AV Top

maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

### 30.4 Melatonine

Wij vergoeden bij slaapproblemen ten gevolge van DSPS, ADHD en PDD-NOS de kosten van het geneesmiddel melatonine.

#### Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Bij klachten ten gevolge van DSPS moet de melatonine zijn voorgeschreven door een arts die verbonden is aan een door ons gecontracteerd slaapcentrum in Nederland.
- Bij klachten ten gevolge van ADHD en PDD-NOS moet de melatonine zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts, of (kinder)neuroloog, die verbonden is aan een door ons gecontracteerde instelling.
- De melatonine moet geleverd worden door een door ons gecontracteerde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

#### AV Top

maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

## Artikel 31 Fysiotherapie

### 31.1 Fysiotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfdrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van de OZF Zorgpolis aanspraak hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis. Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per zitting. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder "Paramedische Zorg". Deze kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

#### Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Voor vergoeding van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

#### Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele behandeling of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van individuele behandeling, indien u in aanmerking komt voor groepsbehandeling zoals omschreven in artikel 31.2.

#### AV Compact

maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar

#### AV Royaal

maximaal aantal behandelingen per persoon per kalenderjaar

bij behandeling door een gecontracteerde zorgverlener 27 of

bij behandeling door een niet gecontracteerde zorgverlener 9

#### AV Top

maximaal aantal behandelingen per persoon per kalenderjaar

bij behandeling door een gecontracteerde zorgverlener 27 of

bij behandeling door een niet gecontracteerde zorgverlener 9

### 31.2 Bewegprogramma's

Wij vergoeden de kosten van bewegprogramma's door een hiervoor door ons gecontracteerde fysiotherapeut en/of oefentherapeut. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. De vergoeding geldt voor verzekerden met obesitas (BMI >30), osteoporose, revaliderende verzekerden met voormalig hartfalen, patiënten met diabetes type 2 en patiënten met COPD in de stadia Gold 1 en 2.

#### Voorwaarde

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

#### AV Compact

maximaal € 175,- per persoon per kalenderjaar

#### AV Royaal

maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar

#### AV Top

maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar

## Artikel 32 Herstellingsoord

Wij vergoeden de kosten van opname in door ons gecontracteerde herstellingsoorden voor somatische gezondheidszorg.

Een lijst met gecontracteerde herstellingsoorden kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

#### Voorwaarde

Wij moeten u schriftelijk toestemming hebben gegeven.

#### Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg.

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

maximaal € 65,- per dag tot maximaal 60 dagen per kalenderjaar

#### AV Top

maximaal € 65,- per dag tot maximaal 60 dagen per kalenderjaar

## Artikel 33 Hulpmiddelen

### 33.1 Eigen Bijdragen

#### 33.1.1 Eigen bijdrage hoortoestellen

Wij vergoeden de eigen bijdrage van een hoortoestel.

#### Voorwaarden

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 51, Hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

maximaal € 230,- per apparaat

#### AV Top

maximaal € 230,- per apparaat

#### 33.1.2 Eigen bijdrage pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage van een pruik.

#### Voorwaarden

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 51, Hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

maximaal € 190,50

#### AV Top

maximaal € 190,50

### 33.2 Plaswекker

Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van een plaswекker.

#### Voorwaarden

- Uitsluitend voor kinderen van 7 jaar of ouder.
- Wij moeten u schriftelijk toestemming hebben gegeven.

<b>AV Compact</b>
geen dekking
<b>AV Royaal</b>
maximaal € 90,- per persoon
voor de totale duur van de verzekering
<b>AV Top</b>
maximaal € 90,- per persoon
voor de totale duur van de verzekering

### 33.3 GeboorteTENS

Wij vergoeden de kosten van bruikleen van een GeboorteTENS voor pijnbestrijding tijdens de bevalling door een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts.

#### Voorwaarden

- De aanvraag van de apparatuur dient door uw verloskundige of als verloskundige actieve huisarts te worden ingediend bij de gecontracteerde leverancier.
- De apparatuur moet worden geleverd door een hiervoor door ons gecontracteerde leverancier en wordt tijdelijk aan u ter beschikking gesteld. Een lijst met gecontracteerde leveranciers kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

<b>AV Compact</b>
geen dekking
<b>AV Royaal</b>
100%
<b>AV Top</b>
100%

### 33.4 Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van een paar steunzolen.

<b>AV Compact</b>
geen dekking
<b>AV Royaal</b>
75% van één paar steunzolen per kalenderjaar
<b>AV Top</b>
75% van één paar steunzolen per kalenderjaar

### 33.5 Personalarmering

#### 33.5.1 Wij vergoeden de kosten van alarmcentrale EuroCross in verband met het gebruik van een alarmeringssysteem.

#### Voorwaarde

U moet recht hebben op vergoeding van het persoonsalarmeringskastje vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 51, Hulpmiddelen).

<b>AV Compact</b>
100%
<b>AV Royaal</b>
100%
<b>AV Top</b>
100%

#### 33.5.2 Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via een niet door ons gecontracteerde Alarmcentrale.

#### Voorwaarden

- U moet recht hebben op vergoeding van de kosten van alarmeringsapparatuur vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 51, Hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

<b>AV Compact</b>
maximaal € 35,- per kalenderjaar
<b>AV Royaal</b>
maximaal € 35,- per kalenderjaar
<b>AV Top</b>
maximaal € 35,- per kalenderjaar

### 33.6 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

#### 33.6.1 Bewakingsmonitor

Wij vergoeden de kosten van huur van een bewakingsmonitor voor maximaal 12 maanden.

#### Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een arts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de kosten van huur van een bewakingsmonitor.

<b>AV Compact</b>
100%
<b>AV Royaal</b>
100%
<b>AV Top</b>
100%

#### 33.6.2 Sensormatje

Wij vergoeden de volledige aanschafkosten van het sensormatje van Nanny Care in eigendom.

#### Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een arts.

<b>AV Compact</b>
100%
<b>AV Royaal</b>
100%
<b>AV Top</b>
100%

### 33.7 AeroChamber

Wij vergoeden de kosten van een AeroChamber, die wordt gebruikt voor de inhalatie van een dosis aërosol.

#### Voorwaarde

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

<b>AV Compact</b>
maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
<b>AV Royaal</b>
maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
<b>AV Top</b>
maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

**Artikel 34 Paramedische zorg (overig)****34.1 Podotherapie/podologie**

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut of podoloog.

**Voorwaarden**

- Wij vergoeden de kosten van een podoloog alleen indien u bent doorverwezen door een arts.
- De behandelend podoloog moet als Register-Podoloog B geregistreerd staan bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.

**Uitsluiting**

Wij vergoeden niet de kosten van schoenen en schoenaanpassingen.

**AV Compact**

geen dekking

**AV Royaal**

75% met een maximum van € 115,- per persoon per kalenderjaar

**AV Top**

75% met een maximum van € 115,- per persoon per kalenderjaar

**34.2 Pedicurezorg**

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met reuma of diabetes.

**Voorwaarden**

- De pedicure moet in het bezit zijn van het certificaat 'Diabetische voet' en/of 'Reumatische voet'.
- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met diabetes of reuma.

**AV Compact**

geen dekking

**AV Royaal**

75% met een maximum van € 115,- per verzekerde per kalenderjaar

**AV Top**

75% met een maximum van € 115,- per verzekerde per kalenderjaar

**34.3 Bewegen in extra verwarmd water**

Wij vergoeden voor verzekerden met reuma de kosten van oefentherapie in een zwembad met extra verwarmd water.

**Voorwaarden**

- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen, waaruit blijkt dat oefentherapie in extra verwarmd water nodig is in verband met reuma.
- De oefentherapie moet in groepsverband en onder leiding van een gediplomeerde fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

**AV Compact**

geen dekking

**AV Royaal**

maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

**AV Top**

maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

**34.4 Osteopathie**

Wij vergoeden de kosten van osteopathie door een fysiotherapeut.

**Voorwaarden**

- In de periode waarin de behandelingen osteopathie worden verkregen, wordt geen vergoeding gegeven voor fysiotherapie met betrekking tot dezelfde indicatie.
- De fysiotherapeut moet zijn aangesloten bij een door ons erkende vereniging (NOF of NRO/NVO).

**AV Compact**

geen dekking

**AV Royaal**

maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar

maximum vergoeding € 40,- per dag

**AV Top**

maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar

maximum vergoeding € 40,- per dag

**34.5 Chiropractie**

Wij vergoeden de kosten van chiropractie.

**Voorwaarde**

De behandelaar moet aangesloten zijn bij een door ons erkende vereniging (NCA, DCF of SCN).

**AV Compact**

geen dekking

**AV Royaal**

maximaal 24 behandelingen per kalenderjaar

maximum vergoeding € 35,- per dag

**AV Top**

maximaal 24 behandelingen per kalenderjaar

maximum vergoeding € 35,- per dag

**Artikel 35 Preventieve cursussen**

Wij geven een tegemoetkoming in de kosten van de volgende preventieve cursussen:

- afvallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling, één van de schriftelijke- en online programma's georganiseerd door Happy Weight of programma "Slim healthy" georganiseerd door onze Health Centers;
- hartproblemen, cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- lymfoedeem, bewustwordings- en/of zelfmanagement-cursus die ten doel heeft zelf een actieve bijdrage te leveren aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. De cursus moet worden georganiseerd door een daartoe bevoegde docent die de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) heeft gevolgd. Een lijst met bevoegde docenten kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen;
- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health, een thuiszorginstelling en hiervoor door ons gecontracteerde lasertherapeuten bij Prostop Lasertherapie, Lasercentrum SMOKE FREE en Lasercentra Noord – Oost Nederland;
- de 'Vrij van alcohol' training, georganiseerd door De Helderheid;
- eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging;
- babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling;



- EHBO, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging en die opleidt tot het diploma 'eerste hulp' van het Oranje Kruis;
- reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew, cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hun ziekte, georganiseerd door de reuma patiëntenbond of een thuiszorginstelling;
- diabetes type 2 patiënten, basis of vervolg educatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling;
- basis Reanimatiecursus via de Nederlandse Hartstichting.

Wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

### Voorwaarde

U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

#### AV Compact

75% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

#### AV Royaal

75% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

#### AV Top

75% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

## Artikel 36 Preventieve onderzoeken

Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of specialist ten behoeve van de vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten;
- prostaatcancer.

### Voorwaarden

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

### Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van bevolkingsonderzoek, waarvoor niet de noodzakelijke vergunning is afgegeven. Een dergelijke vergunning is noodzakelijk bij bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en prostaatcancer.

#### AV Compact

100%

#### AV Royaal

100%

#### AV Top

100%

## Artikel 37 Psoriasis dagbehandeling

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis in een door ons gecontracteerd psoriasisdagbehandelingscentrum. Een lijst met gecontracteerde psoriasisdagbehandelingscentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

### Voorwaarden

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasisdagbehandelingscentrum overleggen.
- Het psoriasisdagbehandelingscentrum moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

#### AV Compact

maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar

#### AV Royaal

maximaal € 1.250,- per persoon per kalenderjaar

#### AV Top

maximaal € 1.250,- per persoon per kalenderjaar

## Artikel 38 Psychische hulpverlening

Wij vergoeden de kosten van een aantal trajecten zoals die zijn overeengekomen met Hoogduin Schaap en Kladler, een landelijk opererende organisatie, gespecialiseerd in onderzoek en behandeling van psychische problematiek.

### Voorwaarde

Er kan binnen een algemeen aanvaardbare termijn door de reguliere zorg geen passende zorg worden verleend.

### Uitsluiting

Arbeidsgerelateerde aandoeningen van werknemers die zijn aangesloten bij een collectief contract vallen niet onder de dekking van deze polisvoorwaarden.

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

gecontracteerd: 100%

#### AV Top

gecontracteerd: 100%

## Artikel 39 Specialistische zorg

### 39.1 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis of hiervoor door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. Een lijst met gecontracteerde zelfstandige behandelcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

### Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

100%

#### AV Top

100%

### 39.2 Plastische chirurgie/Cosmetische chirurgie

#### 39.2.1 Correctie van bovenoogleden (met medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van plastisch chirurgische correctie van bovenoogleden wanneer er sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.

### Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde zorgverlener.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

<b>AV Compact</b>
100%
<b>AV Royaal</b>
100%
<b>AV Top</b>
100%

### 39.2.2 Correctie van de oorstand (zonder medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

### Voorwaarde

Een correctie van de oorstand moet worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

<b>AV Compact</b>
100% voor kinderen tot 18 jaar
<b>AV Royaal</b>
100% voor kinderen tot 18 jaar
<b>AV Top</b>
100% voor kinderen tot 18 jaar

### Artikel 40 Stottertherapie volgens Del Ferro, De Pauw of Hausdörfer

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het Del Ferro instituut te Amsterdam;
- volgens de Hausdörfermethode van het Instituut Natuurlijk Spreken te Barchem;
- volgens de BOMA-methode in het instituut 'De Pauw' te Harlingen.

### Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of tandarts.

<b>AV Compact</b>
maximaal € 225,- per persoon voor de totale duur van de verzekering
<b>AV Royaal</b>
maximaal € 500,- per persoon voor de totale duur van de verzekering
<b>AV Top</b>
maximaal € 500,- per persoon voor de totale duur van de verzekering

### Artikel 41 Sportmedisch onderzoek en Sportarts

#### 41.1 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek in een Sport Medische Instelling.

### Voorwaarde

De Sport Medische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI). Wij kunnen u informeren over de instellingen waar u deze behandelingen kunt laten uitvoeren.

### Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek die wordt uitgevoerd door een sportsarts ter beoordeling van de individuele gezondheid en geschiktheid van de verzekerde om een specifieke sport uit te oefenen of om toegelaten te worden tot een sportopleiding.

### AV Compact

Sportmedisch onderzoek per persoon, 1x per 2 kalenderjaren:

Basis: maximaal € 85,-

Basis Plus: maximaal € 100,-

Groot: maximaal € 135,-

### AV Royaal

Sportmedisch onderzoek per persoon, 1x per 2 kalenderjaren:

Basis: maximaal € 85,-

Basis Plus: maximaal € 100,-

Groot: maximaal € 135,-

### AV Top

Sportmedisch onderzoek per persoon, 1x per 2 kalenderjaren:

Basis: maximaal € 85,-

Basis Plus: maximaal € 100,-

Groot: maximaal € 135,-

#### 41.2 Sportarts

Wij vergoeden de kosten van een blessure- of herhalingsconsult door een sportarts in een Sport Medische Instelling.

### Voorwaarde

De Sport Medische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

### AV Compact

100%, maximaal 2x per persoon per kalenderjaar

### AV Royaal

100%, maximaal 2x per persoon per kalenderjaar

### AV Top

100%, maximaal 2x per persoon per kalenderjaar

### Artikel 42 Therapeutische kampen voor kinderen en gehandicapten

#### 42.1.1 Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen

Wij vergoeden voor kinderen tot 18 jaar de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door:

- Victory Camp of Dikke Vrienden kamp;
- Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Hartenark).

### AV Compact

geen dekking

### AV Royaal

maximaal € 10,- per dag tot maximaal 42 dagen per persoon per kalenderjaar

### AV Top

maximaal € 10,- per dag tot maximaal 42 dagen per persoon per kalenderjaar

### 42.1.2 Therapeutisch vakantiekamp voor gehandicapten

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn en die niet in een AWBZ-instelling verblijven of worden behandeld de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiekamp.

<b>AV Compact</b>
geen dekking
<b>AV Royaal</b>
maximaal € 10,- per dag tot maximaal 42 dagen per persoon per kalenderjaar
<b>AV Top</b>
maximaal € 10,- per dag tot maximaal 42 dagen per persoon per kalenderjaar

### Uitsluiting

Wij vergoeden deze kosten niet bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

<b>AV Compact</b>
maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen
<b>AV Royaal</b>
maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen
<b>AV Top</b>
maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen

## Artikel 43 Herstel en balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten uitgevoerd door instellingen onder de licentie van de Stichting Herstel en Balans.

### Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

<b>AV Compact</b>
maximum vergoeding € 600,- per persoon per kalenderjaar
<b>AV Royaal</b>
maximum vergoeding € 700,- per persoon per kalenderjaar
<b>AV Top</b>
maximum vergoeding € 700,- per persoon per kalenderjaar

## Artikel 45 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van zittend ziekenvervoer wanneer en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is. De vergoeding geldt voor verzekerden die geen aanspraak kunnen maken op vervoer vanuit de OZF Zorgpolis. Wij vergoeden de kosten van taxivervoer of eigen vervoer per auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname en ontslag;
- een orthopedische instrumentmakerij voor het aanpassen van een prothese;
- een inrichting waarin u ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Bij taxivervoer door een niet door ons gecontracteerde vervoerder ontvangt u slechts een gedeeltelijke vergoeding.

### Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak kunt maken. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn vindt u op het vergoedingenoverzicht. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de folder "Vervoer". Deze kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die vanuit uw OZF Zorgpolis, de AWBZ of uw aanvullende verzekering wordt vergoed.
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer per rit bedragen, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

## Artikel 44 Verblijf en vervoer van partner/gezinsleden

### 44.1 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Wij vergoeden de kosten van overnachting in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis, wanneer u een poliklinische behandelcyclus ondergaat.

<b>AV Compact</b>
maximaal € 35,- per dag
<b>AV Royaal</b>
maximaal € 35,- per dag
<b>AV Top</b>
maximaal € 35,- per dag

### 44.2 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

Wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt, vergoeden wij bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- de kosten van overnachting van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis;
- een kilometervergoeding voor de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,28 per kilometer;
- de kosten van openbaar vervoer (laagste klasse) van en naar het ziekenhuis;
- uw gezinsleden dienen eveneens bij ons aanvullend verzekerd te zijn.

### Voorwaarde

U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.

<b>AV Compact</b>
geen vergoeding
<b>AV Royaal</b>
eigen vervoer € 0,28 per km taxivervoer gecontracteerd 100%, niet gecontracteerd maximaal € 0,70 per km openbaar vervoer (2e klasse) 100%
Eigen bijdrage € 89,- per persoon per kalenderjaar Maximum vergoeding € 1.000,- per persoon per kalenderjaar
<b>AV Top</b>
eigen vervoer € 0,28 per km taxivervoer gecontracteerd 100%, niet gecontracteerd maximaal € 0,70 per km openbaar vervoer (2e klasse) 100%
Eigen bijdrage € 89,- per persoon per kalenderjaar Maximum vergoeding € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

## Artikel 46 Ziekenhuisbezoek

Wij vergoeden maximaal 3 bezoeken per kalenderweek aan een tot het gezin behorende OZF-verzekerde die is opgenomen in een in Nederland gelegen ziekenhuis of erkende revalidatie-instelling. De eerste 80 km per bezoek blijven voor eigen rekening van de verzekerde.

### Voorwaarde

Uw gezinsleden dienen eveneens bij ons aanvullend verzekerd te zijn.

#### AV Compact

geen dekking

#### AV Royaal

vergoeding € 0,28 per km ongeacht de wijze van vervoer

#### AV Top

vergoeding € 0,28 per km ongeacht de wijze van vervoer

## DEEL C: VERGOEDINGSVOORWAARDEN

### Tandheelkundige verzekeringen

#### Tand Compact, Tand Royaal en AV Top

(alleen van toepassing indien deze dekking op uw polisblad is vermeld en mits er sprake is van een gesaneerd gebit)

## Artikel 47 Tandheeskunde

### 47.1 Mondhygiëne en gewone tandheelkundige hulp door een tandarts

Wij vergoeden aan verzekerden van 22 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of een door ons gecontracteerde tandprotheticus. Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) voor 100%. Mondhygiëne, kleine vullingen en sealing mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist wanneer u bent doorverwezen door een tandarts.

Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor 75% wanneer u een Tand Compact verzekering heeft en voor 80% wanneer u een Tand Royaal of AV TOP verzekering heeft. De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

### Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende codes:

- C70 en C75 (keuringsrapporten) en C90 (niet nagekomen afspraak);
- E97, E98 en E00 (uitwendig bleken van tanden en kiezen);
- D-codes (orthodontie m.u.v. artikel 47.4);
- M 60 (mondbeschermer);
- Tandheelkundige behandelingen uitgevoerd door een tandtechnicus.

#### Tand Compact

C-codes, M-codes, V-codes en H-codes

100%

overige codes

75%

totale vergoeding is maximaal € 225,- per persoon per kalenderjaar

#### Tand Royaal

C-codes, M-codes, V-codes en H-codes

100%

overige codes

80%

geen maximum vergoeding per persoon per kalenderjaar

#### AV Top

C-codes, M-codes, V-codes en H-codes

100%

overige codes

80%

geen maximum vergoeding per persoon per kalenderjaar

#### 47.2 Tandheelkundige zorg – prothesen

Wij vergoeden de kosten van de op basis van de OZF Zorgpolis in rekening gebrachte eigen bijdrage bij tandheelkundige prothesen.

##### Uitsluiting

Geen vergoeding voor de eigen bijdrage voor prothesen op implantaten (zie art. 61.2 OZF Zorgpolis).

<b>Tand Compact</b>	geen dekking
<b>Tand Royaal</b>	100%
<b>AV Top</b>	100%

#### 47.3 Tandheelkundige zorg – kronen, bruggen, inlays en implantaten

Wij vergoeden aan verzekerden de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief de techniekkosten.

##### Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of een kaakchirurg.

##### Uitsluiting

De kosten voor een kroon, brug, enz. mogen niet over meerdere nota's worden verdeeld.

<b>Tand Compact</b>	geen dekking
<b>Tand Royaal</b>	80% tot maximaal € 725, - per persoon per 12 maanden (ongeacht leeftijd)
<b>AV Top</b>	80% tot maximaal € 725, - per persoon per 12 maanden (ongeacht leeftijd)

#### 47.4 Orthodontie

Wij vergoeden aan verzekerden tot 22 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een orthodontist of door een tandarts.

##### Uitsluiting

In geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid, vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging van die voorziening.

<b>Tand Compact</b>	geen dekking
<b>Tand Royaal</b>	80% tot maximaal € 1.760,- voor de totale duur van de aanvullende verzekering tot de 22 jarige leeftijd
<b>AV Top</b>	80% tot maximaal € 1.760,- voor de totale duur van de aanvullende verzekering tot de 22 jarige leeftijd

## DEEL D: Aanvullende voorwaarden OZF Wereld Zorgpolis

(alleen van toepassing indien deze dekking op uw polisblad is vermeld)

### Artikel 48 Algemeen

De voorwaarden van de OZF Zorgpolis zijn van toepassing op verzekerden met de OZF Wereld Zorgpolis, met dien verstande dat er geen sprake is van een wettelijke polis. Verwijzingen naar wetteksten, besluiten en regelingen kennen derhalve geen wettelijk kader.

### Artikel 49 Kring der verzekerden

Waar in de OZF Zorgpolis sprake is van een verzekeringsplicht geldt deze niet voor de OZF Wereld Zorgpolis. De kring der verzekerden bestaat uit een ieder die door OZF wordt geaccepteerd voor de OZF Wereld Zorgpolis. OZF behoudt zich het recht voor verzekerden op grond van (medische) selectie te weigeren.



