



Polisvoorwaarden
Vrije Keuze Zorgplan 2012



ONVZ Vrije Keuze Zorgplan

Optimale keuzevrijheid, persoonlijke aandacht en service

U heeft gekozen voor ONVZ Zorgverzekeraar. Een goede keuze! ONVZ staat namelijk voor kwaliteit, service en persoonlijke aandacht. Bovendien bieden wij u optimale keuzevrijheid in zorgverleners en medicijnen. Onze ZorgConsulent staat voor u klaar met informatie en advies over gezondheid, ziekte, preventie en zorg.

Voorwaarden op een rij

In dit boekje staan de polisvoorwaarden van het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan 2012 op een rij. Waar heeft u recht op? Welke diensten biedt ONVZ? En hoe kunt u hiervan gebruik maken?

De voorwaarden gaan in per 1 januari 2012 (en gelden tot eventuele wijzigingen van kracht worden).

Op uw polisblad ziet u welke voorwaarden voor u van toepassing zijn. U kunt uw gegevens ook bekijken op www.MijnONVZ.nl. Wel zo handig!

Leeswijzer

Het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan is opgebouwd uit de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering en verschillende aanvullende verzekeringen. In dit boekje vindt u de dekkingen (deel B) en de ONVZ- Zorgdiensten (deel C) per verzekering. De algemene bepalingen staan in het begin (deel A).

De algemene bepalingen beschrijven de afspraken over uw rechten (bijvoorbeeld privacy) en plichten (bijvoorbeeld premiebetaling en het doorgeven van adreswijzigingen). Deel A-1 geldt voor alle verzekeringen, waarbij enkele bepalingen voor de aanvullende verzekeringen zijn uitgesloten. Deel A-2 gaat alleen op voor de aanvullende verzekeringen.

Wilt u snel weten wat de dekking is voor een bepaalde behandeling? Kijk dan in het snel-zoek-overzicht voorin.

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 ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering 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	3
Snel-zoek-overzicht	4
Algemene bepalingen	7
Algemene bepalingen Deel A-1	9
Algemene bepalingen Deel A-2	21
Hoofdverzekering	
ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	25
Deel B Omvang dekking	27
Deel C Zorgdiensten	42
Aanvullende verzekeringen	
ONVZ Vrije Keuze Extrafit	43
Deel B Omvang dekking	45
Deel C Zorgdiensten	49
ONVZ Vrije Keuze Benfit	51
Deel B Omvang dekking	53
Deel C Zorgdiensten	59
ONVZ Vrije Keuze Optifit	61
Deel B Omvang dekking	64
Deel C Zorgdiensten	71
ONVZ Vrije Keuze Topfit	73
Deel B Omvang dekking	76
Deel C Zorgdiensten	84
ONVZ Vrije Keuze Superfit	87
Deel B Omvang dekking	90
Deel C Zorgdiensten	102
ONVZ Tandfit	105
Deel B Omvang dekking	107
ONVZ Privé Zorgpakket	109
Deel B Omvang dekking	111
ONVZ Zó-fit	113
Polisvoorwaarden ONVZ Zó-fit	115

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 zorgbemiddeling
Telefoon 0800 022 14 50
zorgconsulent@onvz.nl

ONVZ Kraamzorg Service

Informatie over en aanvraag van kraamzorg
Telefoon 088 668 97 05
Internet www.onvz.nl/kraamzorg

ONVZ Zorgassistance

Hulp en advies over geneeskundige zorg in noodsituaties
Telefoon + 31 (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

Taxivoer

Telefoon 0900 333 33 30

Snel-zoek-overzicht

	Basisverzekering	Extrafit	Benfit	Optifit	Topfit	Superfit
Acnebehandeling	-	46	55	67	79	93
Alternatieve geneeswijzen	-	46	54	65	77	91
Audiologische zorg	33	-	-	-	-	-
Bevalling / geboortezorg	31	45	53	64	76	90
Beweegzorg	-	45	53	64	76	90
Brillenglazen / contactlenzen / ooglaseren	-	-	-	66	78	92
Buitenland	40	47	57	70	82	96
Camouflagetherapie	-	46	55	67	79	93
Dieetadvisering	34	-	55	67	79	93
Dyslexiezorg	39	-	-	-	-	-
Elektrische epilatie / laserbehandeling	-	46	55	67	79	94
Erfelijkheidsonderzoek	33	-	-	-	-	-
Ergotherapie	34	-	-	-	79	94
Farmaceutische zorg	36	45	54	65	77	91
Fysiotherapie / oefentherapie	34	45	53	64	76	90
Geestelijke Gezondheidszorg (specialistisch)	39	-	-	-	-	-
Herstellingsoord	-	-	-	-	81	95
Huisartsenzorg	29	-	-	-	-	-
Huishoudelijke hulp	-	-	-	66	81	95
Hulpmiddelenzorg	37	46	55	66	78	92
In-vitrofertilisatie (ivf)	30	-	-	-	80	94
Kinderopvang	-	-	-	-	81	95
Kraamzorg / geboortezorg	31	45	53	64	76	90
Kuuroord	-	-	-	-	81	95
Logopedie	34	-	-	-	-	-
Loophulpmiddelen	37	46	55	66	78	92

	Basisverzekering	Extrafit	Benfit	Optifit	Topfit	Superfit
Lymfedrainage	-	46	55	67	80	94
Medisch-specialistische zorg	29	-	-	-	-	-
Mondzorg, excl. orthodontie	34	-	-	69	79	93
Nierdialyse	32	-	-	-	-	-
Oncologische aandoeningen bij kinderen	33	-	-	-	-	-
Ongevallendeckking	-	-	-	-	-	98
Organtransplantaties	32	-	-	-	-	-
Orthodontie	35	-	57	69	79	93
Overgangsconsulente	-	-	56	67	80	94
Pedicure bij diabetes en reuma	-	-	56	67	80	94
Plastische chirurgie	30	-	-	68	80	94
Podotherapie	-	47	56	68	80	94
Preventieve zorg	28	47	57	69	81	95
Psoriasisdagbehandeling	-	47	56	68	80	94
Psychologische zorg	39	-	-	65	77	91
Repatriëring	-	48	58	70	82	97
Revalidatie	32	-	-	-	-	-
Sterilisatie	-	-	56	68	80	94
Steunzolen	-	46	55	67	78	92
Stottertherapie	-	47	56	68	80	94
Vaccinaties	-	46	54	66	78	92
Verblijfkosten	-	47	56	68	80	94
Vervangende mantelzorg	-	-	54	66	81	95
Ziekenhuisopname	30	-	-	-	-	97
Ziekenvervoer	38	47	56	68	79	93

Algemene bepalingen

ONVZ Zorgverzekeraar

Inhoudsopgave

Deel A - 1 Algemene bepalingen ONVZ Zorgverzekeraar

Begripsomschrijvingen	
Artikel 1	9
Grondslag van de Basisverzekering	
Artikel 2	13
Verplichtingen van de verzekerde	
Artikel 3	14
Overige bepalingen	
Artikel 4 Fraude	14
Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving	14
Artikel 6 Betalingsverplichtingen	15
Artikel 7 Melding relevante gebeurtenissen	15
Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden	15
Artikel 9 Begin en einde van de Basisverzekering	15
Artikel 10 Geschillen	16
Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens	17
Artikel 12 Uitsluitingen	17
Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ	18
Artikel 14 Materieel controleren	18

Deel A – 1

Algemene bepalingen ONVZ Zorgverzekeraar

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Arts

Een arts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De volksverzekering die de hoge medische kosten dekt die niet onder de zorgverzekering vallen.

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts die volgens de Geneesmiddelenwet vergunning heeft om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker

Een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers.

Basisverzekering

De ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering.

Bekkentherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Bekkenfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Bedrijfsarts

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

Body Mass Index (BMI)

Een verhoudingscijfer voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. De BMI wordt berekend door het gewicht (in kilo's) te delen door de lengte (in meters) en de uitkomst nog een keer te delen door de lengte.

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair - of door ONVZ erkend - centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling met een vergunning op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

DBC

Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omschrijft door een code het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners voor een zorgvraag.

DBC-zorgproduct

De nieuwe naam voor een DBC voor medisch-specialistische zorg. Een DBC-zorgproduct omschrijft door een code het gemiddelde van alle voorkomende onderzoeken en behandelingen voor een zorgvraag over een bepaalde periode.

Dienstenstructuur

Een organisatie, die gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg verleent en een rechtsgeldig tarief in rekening brengt.

Diëtist

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

Eerstelijnsgezondheidszorg

De rechtstreeks toegankelijke gezondheidszorg, waarop iedereen zonder verwijzing een beroep kan doen. Het dient als eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben. Voorbeelden van eerstelijnszorgverleners zijn huisarts, fysiotherapeut of tandarts.

Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ

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

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen 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-land

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.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG of een heilgymnast masseur als bedoeld in artikel 108 Wet BIG.

Geboortecentrum

Een faciliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg waar bevallingen plaatsvinden onder leiding van een eerstelijnsverloskundige en waar de kraamtijd doorgebracht kan worden.

Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)

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.

Geregistreerd geneesmiddel

Geneesmiddel dat in één van de productgroepen geregistreerd is in het register van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen.

Geriatriefysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Geriatriefysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening en daarvoor wettelijk is toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut als volwaardig lid ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en gerechtigd deze titel te voeren.

Huisarts

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

Jeugdgezondheidszorgarts

Een arts ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid volgens de wet BIG en het profielregister jeugdgezondheidszorg van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit Register is ingesteld door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC).

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist als kaakchirurg ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheekunde.

Ketenzorg

Een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd. Het is een geïnstitutionaliseerd, regionaal of lokaal samenwerkingsverband, gericht op het faciliteren van samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor specifieke patiëntencategorieën.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Kinderfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Kinder- en Jeugdpsycholoog

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

Klinisch neuropsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog met de specialisatie klinisch neuropsycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog met de specialisatie klinisch psycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

Kraamzorg

De zorg verleend door een kraamverzorgende die moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. De kraamverzorgende is verbonden aan het ziekenhuis, geboortecentrum, kraamhotel of een kraambureau of werkt als zelfstandige.

Leefstijladviseur

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

Lichamelijke functiestoornis

Lichamelijke functiestoornis van ernstige aard, waarvan het aannemelijk is dat die veroorzaakt wordt door de te corrigeren lichamelijke afwijking en correctie daarvan die klachten zal doen wegnemen. Lichamelijke klachten die niet rechtstreeks verband houden met afwijkingen in het uiterlijk maar die verband houden met psychisch lijden als gevolg van die afwijkingen vormen geen indicatie.

Logopedist

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

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Manueeltherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Medisch adviseur

Een arts die ONVZ in medische zaken adviseert.

Medisch-specialist

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

Mondhygiënist

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

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het aantekeningenregister Oedeemfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar

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

ONVZ

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

Opname

Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, als medisch gezien verpleging, onderzoek en behandeling alleen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden, terwijl behandeling door een medisch-specialist of kaakchirurg noodzakelijk is.

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist geregistreerd in het betreffende register van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Physician assistant

Een verpleegkundige of paramedicus geregistreerd volgens de Wet BIG met specialisatie physician assistant. De physician assistant werkt onder supervisie van een medisch-specialist en voert bepaalde routinematige taken van artsen zelfstandig uit, zoals het verrichten van endoscopieën, catheterisaties, het geven van injecties en het voorschrijven van receptgeneesmiddelen.

Psychiater/zenuwarts

Een arts als psychiater ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Voor psychiater kan ook zenuwarts gelezen worden. Het register is ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).

Psychotherapeut

Een psychotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verleent de zorg. Het team is verbonden aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

Specialistische GGZ

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

Tandarts

Een tandarts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus opgeleid volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus en gerechtigd deze titel te voeren.

Thuiszorgorganisatie

Een organisatorisch verband dat volgens wet- en regelgeving zorg aan patiënten thuis verleent met als doel hen zo te begeleiden dat opname in een ziekenhuis, verzorgingshuis, verpleeghuis enz. niet nodig is. Een thuiszorgorganisatie levert naast algemene thuiszorg (wijkverpleging, huishoudelijke en persoonlijke verzorging, gezinszorg, uitlenen van verpleegartikelen), veelal kraamzorg, dieetadvisering en eventuele nevenactiviteiten zoals algemeen maatschappelijk werk.

U

De verzekerde(n) ten behoeve van wie de verzekering is gesloten.

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. Daarbij wordt niet bedoeld een EU-, EER-staat of Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verminking

Een ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt en niet te camoufleren is door bijvoorbeeld kleding. Voorbeelden zijn brandwonden, misvormingen door verlamming van de aangezichtszenuw of amputatie van armen of benen.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG met de specialisatie verpleegkundig specialist acute, chronische, preventieve of intensieve zorg bij somatische aandoeningen.

Verzekerde

Een op het polisblad als verzekerde vermelde persoon.

Verzekeringnemer

De persoon die de verzekering met ONVZ is aangegaan.

Verzekeringsplichtige

Degene die volgens artikel 2 Zorgverzekeringswet verplicht is een zorgverzekering te (laten) sluiten.

Voorschrift

Schriftelijke verwijzing met een gemotiveerde toelichting van een zorgverlener voor het verstrekken van zorg, een geneesmiddel, een hulp- of verbandmiddel, dat u gelet op uw gezondheidstoestand nodig heeft.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wet BOPZ

Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen. Deze wet regelt de opnameprocedure en de rechtspositie van mensen die onvrijwillig in een psychiatrische instelling worden opgenomen.

Zelfzorggeneesmiddel

Een geneesmiddel dat conform de Geneesmiddelenwet zonder recept verkrijgbaar is.

Ziekenhuis (waaronder begrepen Zelfstandig behandelcentrum)

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ), toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Grondslag van de Basisverzekering

Artikel 2

lid 1

De Basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering (met toelichtingen) en het ingevulde aanvraagformulier. De voorwaarden van de Basisverzekering zijn vastgelegd in de zorgpolis. Met voorbijgaan aan wat anders in de voorwaarden mocht zijn bepaald, wordt deze verzekering geacht te voldoen aan de door of op grond van de Zorgverzekeringswet gestelde eisen. U ontvangt een bewijs van de Basisverzekering (polis) en een verzekeringspas.

lid 2

De Basisverzekering kan worden gesloten met of voor verzekeringsplichtigen die wonen in Nederland of in het buitenland.

lid 3

De aanspraak op vergoeding van kosten op de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, wordt dit bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg. Dit wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.

lid 4

U heeft -met inachtneming van deze polisvoorwaarden- recht op vergoeding van zorgkosten gemaakt tijdens de looptijd van de Basisverzekering. Hierbij gaat het om de behandel- of leveringsdatum, dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC of DBC-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de DBC of het DBC-zorgproduct binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt. Als de zorg of dienst in twee opeenvolgende kalenderjaren is genoten en in één ongespecificeerd bedrag in rekening wordt gebracht, zoals bij een DBC of DBC-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de zorg of dienst binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt.

lid 5

U kunt kosten van zorg declareren bij ONVZ. ONVZ vergoedt de kosten die gedekt zijn op de Basisverzekering, behalve de eigen bijdragen en eigen risico's.

Bij een overeenkomst tussen de zorgverlener en ONVZ declareert de zorgverlener rechtstreeks bij ONVZ. ONVZ kan rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. Daarmee heeft ONVZ ook aan haar betalingsverplichtingen tegenover u voldaan. Als ONVZ rechtstreeks aan de zorgverlener betaalt, schiet ONVZ eigen risico, eigen bijdragen en eventueel niet verzekerde kosten voor u voor.

ONVZ kan bedragen die zijn voorgeschoten verrekenen met volgende uitkeringen op uw Basisverzekering. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt ONVZ u een nota.

lid 6 Als ONVZ meer vergoedt dan gedekt is op de Basisverzekering, wordt u geacht aan ONVZ een volmacht te hebben verleend tot incasso op naam van ONVZ van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3

lid 1

U bent verplicht:

1. zich bij een zorgvraag in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren;
2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, als deze daarom vraagt, met inachtneming van de privacyregelgeving;
3. aan ONVZ, zijn medisch adviseur of degene belast met de controle, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van de gewenste informatie, met inachtneming van de privacyregelgeving;
4. ONVZ kosteloos behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde en bij regeling van de eigen (letsel)schade rechten van ONVZ niet te benadelen.

lid 2

U moet de originele nota's indienen in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal binnen 36 maanden bij ONVZ. Hierbij gaat het om de behandel- of leveringsdatum, dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Het is echter wenselijk de nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen in verband met eventueel te verrekenen eigen risico of eigen bijdragen.

De nota moet zo zijn opgesteld dat ONVZ deze zonder verdere navraag kan afwikkelen. Als de nota in een andere dan een bovengenoemde taal is opgesteld kan ONVZ vragen om vertaling - eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau - op uw kosten.

lid 3

Als ONVZ een declaratie in behandeling neemt op basis van een niet originele nota - bijvoorbeeld een scan, foto of fax - dan moet u de originele nota een jaar lang bewaren. Deze termijn gaat lopen vanaf het moment van het indienen van de declaratie. ONVZ kan het origineel bij u opvragen tot bedoelde termijn is verlopen.

lid 4

Het niet nakomen van (één van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de betreffende kosten.

Overige bepalingen

Artikel 4

Fraude

lid 1

ONVZ kan onderzoek doen bij een vermoeden van fraude.

lid 2

Kosten die zijn ontstaan door het geven van een verkeerde voorstelling van zaken of het indienen van misleidende stukken, vordert ONVZ terug. Dit geldt ook voor onderzoekskosten.

lid 3

ONVZ heeft het recht om per de datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven of misleidende stukken zijn ingediend, de Basisverzekering te beëindigen.

In voorkomende gevallen kan ONVZ:

- a. aangifte doen bij de politie;
- b. persoonsgegevens van u of de verzekeringnemer registreren
 - in haar interne signaleringssysteem, en
 - bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars, en
 - in de tussen financiële instellingen erkende signaleringssystemen.

Artikel 5

Onrechtmatige inschrijving

lid 1

Als na het sluiten van de Basisverzekering blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de Basisverzekering vanaf de ingangsdatum of de dag waarop geen verzekeringsplicht meer bestond.

lid 2

Als de Basisverzekering vervalt, verrekent ONVZ de premie vanaf de vervalddag met de vanaf diezelfde dag verstrekte vergoedingen. Het saldo betaalt ONVZ aan de verzekeringnemer, of brengt dit bij hem in rekening.

Artikel 6

Betalingsverplichtingen

- lid 1 De verzekeringnemer is premie voor de Basisverzekering verschuldigd.
- lid 2 Voor uw Basisverzekering is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt.
- lid 3 De premie voor de Basisverzekering is gelijk aan de premiegrondslag (bruto premie) verminderd met een eventuele premiekorting.
- lid 4 De verzekeringnemer dient de premie op de overeengekomen wijze vooruit te betalen. Als de verzekeringnemer bij een betalingstermijn van een kwartaal, halfjaar of jaar de premie niet - tijdig - betaalt, kan ONVZ de termijn wijzigen in een maand.
- Bij wijziging van de Basisverzekering in de loop van een maand past ONVZ de premie naar verhouding aan.
- De verzekeringnemer mag de te betalen premie niet verrekenen met van ONVZ te vorderen vergoedingen.
- lid 5 Als de verzekeringnemer niet - tijdig - de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's of eigen bijdragen betaalt, kan ONVZ hem na de (premie)vervaldag schriftelijk aanmanen tot betaling. Bij betalingsachterstand van twee maandpremies, biedt ONVZ een betalingsregeling aan. Daarbij wijst ONVZ erop dat bij het niet accepteren van deze regeling of het niet betalen binnen de gestelde termijn, de Basisverzekering wordt beëindigd.
- Als ONVZ maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle redelijke kosten daarvan - al dan niet via een rechtszaak - voor rekening van de verzekeringnemer.
- lid 6 Als u komt te overlijden, betaalt ONVZ de premie terug vanaf de dag die volgt op de dag van overlijden.
- lid 7 De dekking en premieplicht van de Basisverzekering worden opgeschort tijdens detentie. Na de detentie is er weer dekking en moet weer premie worden betaald.

Artikel 7

Melding relevante gebeurtenissen

- lid 1 Voor u of de verzekeringnemer geldt de verplichting de gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de Basisverzekering van betekenis kunnen zijn binnen 30 dagen aan ONVZ te melden. Voorbeelden hiervan zijn verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, detentie of beëindiging daarvan, het vervallen van de verzekeringsplicht of het aantreden als militair in werkelijke dienst. Schriftelijke berichten aan u of de verzekeringnemer verzendt ONVZ naar het adres volgens de Gemeentelijke Basisadministratie.
- lid 2 Als u als verzekerde vanaf de leeftijd van 18 jaar een vrijwillig eigen risico wenst, moet ONVZ daarvan voor de 18e verjaardag een melding ontvangen. Anders berekent ONVZ de premie op basis van alleen het verplichte eigen risico.

Artikel 8

Herziening van premie of voorwaarden

- lid 1 ONVZ kan de voorwaarden en/of de premie van de Basisverzekering voor alle verzekeringnemers of groepsgewijs wijzigen. Deze wijziging gaat in op een door ONVZ te bepalen datum. ONVZ stelt u schriftelijk op de hoogte van een wijziging. Een wijziging in de grondslag van de premie van de Basisverzekering gaat niet eerder in dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.
- lid 2 Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijziging, kan hij de Basisverzekering beëindigen. Dit tenzij de wijziging rechtstreeks voortvloeit uit wijziging van een wettelijke bepaling. ONVZ moet de melding van beëindiging schriftelijk ontvangen vóór de dag waarop de wijziging ingaat of uiterlijk één maand nadat de verzekeringnemer de mededeling van de wijziging heeft ontvangen. Als ONVZ dan niets heeft vernomen, loopt de Basisverzekering door op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 3 Een collectiviteitkorting op de Basisverzekering vervalt als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden in de collectieve verzekeringsovereenkomst. De Basisverzekering loopt dan door op individuele voorwaarden.

Artikel 9

Begin en einde van de Basisverzekering

- lid 1 De ingangsdatum van de Basisverzekering is de dag waarop ONVZ de aanvraag tot het sluiten van de Basisverzekering heeft ontvangen. Op verzoek van de verzekeringnemer kan dit ook een latere dag zijn. De ingangsdatum is op het polisblad vermeld.

Vanaf 1 januari daarop volgend vindt ieder jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij ONVZ uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging heeft ontvangen.

- lid 2 Als de Basisverzekering ingaat binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, is de ingangsdatum de dag waarop die plicht ontstond.
- lid 3 Als de Basisverzekering ingaat binnen één maand nadat de vorige zorgverzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari of door wijziging van de voorwaarden of premie, is de ingangsdatum de dag waarop de vorige zorgverzekering is geëindigd.
- lid 4 ONVZ heeft niet het recht de Basisverzekering te beëindigen, tenzij sprake is van fraude (artikel 4) of wanbetaling (artikel 6 lid 5).
- lid 5 De Basisverzekering eindigt op de dag die volgt op de dag waarop u komt te overlijden.
- lid 6 De Basisverzekering eindigt op de dag waarop uw verzekeringsplicht vervalt. Dit is het geval als u niet meer verzekerd bent volgens de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.
- lid 7 De Basisverzekering eindigt als ONVZ door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen Basisverzekering meer aanbiedt of uitvoert.
De Basisverzekering eindigt als u door wijziging van het werkgebied van ONVZ buiten dat werkgebied komt te wonen.
ONVZ informeert u hierover uiterlijk twee maanden voordat een Basisverzekering eindigt met vermelding van de reden en de datum waarop de Basisverzekering eindigt.
- lid 8 De verzekeringnemer kan bij een nieuw dienstverband de Basisverzekering tussentijds opzeggen, als de opzegging verband houdt met de overstap van de collectieve verzekering van de vorige werkgever naar de collectieve verzekering van de nieuwe werkgever. De ingangsdatum van het nieuwe dienstverband dient direct aan te sluiten op de einddatum van het vorige dienstverband. Opzeggen van de Basisverzekering kan tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband ingaat. De opzegging en de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan in per de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin ze zijn gedaan.
- lid 9 Wanneer de verzekeringnemer een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan hij uw Basisverzekering opzeggen als deze verzekerde ergens anders een zorgverzekering heeft gesloten. De opzegging gaat in:
- op de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, als de opzegging voor die ingangsdatum door ONVZ is ontvangen, of
 - op de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de opzegging als de opzegging op of na die ingangsdatum door ONVZ is ontvangen.
- lid 10 Bij het aangaan van de Basisverzekering, heeft de verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de verzekering, of, als dat later is, binnen 14 dagen nadat hij de polisvoorwaarden heeft ontvangen. Opzegging betekent dat de verzekering nooit heeft bestaan. Hierdoor bestaat er geen aanspraak op dekking.
- lid 11 Als u door het College voor zorgverzekeringen bent verzekerd, kunt u de Basisverzekering gedurende 14 dagen laten vervallen. Deze termijn loopt vanaf de datum waarop het college u heeft meegedeeld dat hij voor u een zorgverzekering heeft gesloten. U moet aan het college en ONVZ het volgende aantonen. Dat u al elders verzekerd was in de drie maanden na verzending van het besluit waarin het college u opdraagt een zorgverzekering te (laten) sluiten en dat deze verzekering nog steeds van kracht is.
- lid 12 Als u door het College voor zorgverzekeringen bent verzekerd en blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was, vervalt de Basisverzekering vanaf de ingangsdatum op grond van onjuiste voorstelling van zaken.
- lid 13 Als het College voor zorgverzekeringen de Basisverzekering namens u heeft gesloten, kan deze niet worden opgezegd in de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

Artikel 10

Geschillen

- lid 1 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Als u het niet eens bent met een door ONVZ genomen beslissing kunt u ONVZ verzoeken om heroverweging. Dit geldt ook voor de verzekeringnemer. U richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van ONVZ.

lid 3 Als ONVZ gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven of niet op het verzoek om heroverweging reageert, kunt u of de verzekeringnemer een geschil over de Basisverzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen, die van deze stichting deel uitmaakt, kan een bindend advies geven.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postbus 291, 3700 AG Zeist
Telefoon: 030 698 83 60
E-mail: info@skgz.nl
Internet: www.skgz.nl

U of de verzekeringnemer kunt zich ook wenden tot de bevoegde rechter.

lid 4 Voor klachten over de wijze waarop ONVZ u of de verzekeringnemer heeft behandeld, kunt u of de verzekeringnemer zich ook wenden tot de afdeling Cliëntenservice en, in tweede instantie, tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

lid 5 Klachten over formulieren van ONVZ kunt u of de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht betreft formulieren die overbodig of te ingewikkeld zouden zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend.

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

ONVZ neemt persoonsgegevens op in haar persoonsregistratie. ONVZ gebruikt ze voor het sluiten en uitvoeren van de Basisverzekering, voor het bestrijden van fraude en voor statistische analyses. Ook gebruikt ONVZ persoonsgegevens om u of de verzekeringnemer te informeren over verzekeringen en zorgdiensten van ONVZ, voor toezending van het gezondheidsbulletin of om u te informeren en adviseren. ONVZ verstrekt voor de uitvoering van de Basisverzekering persoonsgegevens aan derden. Daarbij neemt ONVZ vanzelfsprekend de Wet bescherming persoonsgegevens in acht. ONVZ schermt adresgegevens af als dat geboden is. ONVZ moet het burgerservicenummer (BSN) in haar administratie opnemen. Zorgverleners en andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet moeten het BSN gebruiken in hun communicatie. ONVZ gebruikt bij contacten met deze partijen ook het BSN.

Artikel 12

Uitsluitingen

lid 1 De Basisverzekering biedt geen dekking van kosten voor:

1. eigen bijdragen volgens de AWBZ en in verband met bevolkingsonderzoek;
2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij de Regeling zorgverzekering anders bepaalt;
3. griepvaccinatie;
4. alternatieve geneeswijzen;
5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
6. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan de zorg beschreven in deel B artikel 7 lid 1;
7. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas voor verloskundige zorg;
8. niet nagekomen afspraken;
9. incasso - al of niet via een rechtszaak - als u een nota niet - tijdig - betaalt aan een zorgverlener;
10. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij, volgens artikel 3:38 Wet op het financieel toezicht.

lid 2 Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van ONVZ beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan wat ONVZ ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Als ONVZ zich niet bij de NHT heeft herverzekerd, is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof zij 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 samen.

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 Na een terroristische handeling als bedoeld in artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 Besluit zorgverzekering kan een aanvullende bijdrage aan ONVZ ter beschikking worden gesteld. In dat geval heeft u, in aanvulling op lid 2, recht op een aanvullende vergoeding. De omvang van die vergoeding wordt bepaald volgens artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 Besluit zorgverzekering.

Artikel 13

Lidmaatschap Vereniging ONVZ

De verzekeringnemer wordt met het sluiten van een Basisverzekering met ONVZ lid van de Vereniging ONVZ. Als de Basisverzekering onderdeel is van een collectief contract, wordt de betrokken contractant lid. Een verzekeringnemer van meerdere Basisverzekeringen kan maar eenmaal lid worden. Bij beëindiging van de Basisverzekering eindigt ook het lidmaatschap van de Vereniging.

Artikel 14

Materieel controleren

ONVZ heeft het recht na te gaan of het onderzoek dat of de behandeling die de zorgverlener in rekening brengt, ook daadwerkelijk is uitgevoerd en of u die zorg nodig had gezien uw gezondheidstoestand.

Inhoudsopgave

Deel A – 2 Algemene bepalingen ONVZ Aanvullende Verzekering

Toepasselijkheid Algemene bepalingen voor de aanvullende verzekeringen Artikel 1	21
Begripsomschrijvingen Artikel 2	21
Overige bepalingen	
Artikel 3 Grondslag van de aanvullende verzekering	23
Artikel 4 Begin en einde van de aanvullende verzekering	23
Artikel 5 Verzwijging	23
Artikel 6 Toeslagen	23
Artikel 7 Uitsluitingen	23

Deel A – 2

Algemene bepalingen ONVZ Aanvullende Verzekering

Toepasselijkheid Algemene bepalingen voor de aanvullende verzekeringen

Artikel 1

De Algemene bepalingen hieronder zijn alleen van toepassing op de aanvullende verzekering(en). De Algemene bepalingen van deel A-1 zijn ook van toepassing op de aanvullende verzekering(en), als zonder de betreffende bepaling het onderwerp niet zou zijn geregeld. De volgende bepalingen van deel A-1 zijn echter nooit van toepassing op de aanvullende verzekering(en):

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

Begripsomschrijvingen

Artikel 2

Aanvullende verzekering

Alle verzekeringen behalve 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 ONVZ erkende beroepsorganisatie voor acupuncturisten. Een overzicht van deze beroepsorganisaties kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Alternatieve geneeswijzen

Door de reguliere geneeskunde niet erkende behandelingen of onderzoeksmethoden gericht op genezing of behandeling van een ziekte. Het wetenschappelijk bewijs van de werkzaamheid ontbreekt volgens de reguliere geneeskunde.

Antroposofisch geneesmiddel (geregistreerd)

Geneesmiddel dat onder de Geneesmiddelenwet valt en waarvoor het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) een handelsvergunning heeft verstrekt en dat wordt toegepast binnen de antroposofische geneeskunde.

Behandelaar

Een zorgverlener die volwaardig lid is van een door ONVZ voor de verleende zorg erkende beroepsorganisatie. Een overzicht van deze beroepsorganisaties kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. De door de behandelaar verleende zorg dient gebruikelijk te zijn in de beroepsgroep. De officiële of de binnen een beroepsgroep algemeen gebruikelijke tarieven bepalen het uit te keren bedrag. Normtarieven van een beroepsorganisatie zijn leidend.

Buitenland

Ieder ander land dan het land waar u woont.

Chiropractor

Een in Nederland gevestigde behandelaar, die volwaardig lid is van een door ONVZ erkende beroepsorganisatie voor chiropractoren. Een overzicht van deze beroepsorganisaties kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Herstellingsoord

Een instelling voor kortdurende individuele 24-uurszorg. De zorg is bedoeld voor mensen die door een lichamelijke aandoening of een hiervoor noodzakelijke medische behandeling continue tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben of in afwachting van zo'n behandeling niet zelfstandig thuis kunnen blijven.

Homeopathisch geneesmiddel (geregistreerd)

Geneesmiddel dat onder de Geneesmiddelenwet valt en waarvoor het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) een handelsvergunning heeft verstrekt en dat door het CBG als homeopathisch geneesmiddel is aangemerkt.

Hospice

Een verblijfshuis dat ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven begeleidt en verzorgt door de inzet van zorgverleners en vrijwilligers. De hospice dient een AWBZ-toelating te hebben.

Lactatiekundige

Een in Nederland gevestigde behandelaar die volwaardig lid is van een door ONVZ erkende beroepsorganisatie voor lactatiekundigen. Een overzicht van deze beroepsorganisaties kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Medische noodzaak

De noodzaak van onderzoek, behandeling of verpleging als de wetenschap dit voldoende beproefd en deugdelijk vindt en de zorg noodzakelijk, doelmatig en niet uitsluitend cosmetisch is.

Niet geneesmiddel

Middel dat niet onder de Geneesmiddelenwet valt en is 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. Voor de ONVZ Vrije Keuze Superfit geldt voor de ongevallendeckking echter de omschrijving in deel B.

Onvoorziene behandeling

Medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare behandeling die geen enkel uitstel toelaat omdat vanuit medisch oogpunt gezien direct ingrijpen vereist is.

ONVZ

ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., gevestigd aan De Molen 66 in Houten.

Orthoptist

Een orthoptist die voldoet aan de eisen 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 ONVZ erkende beroepsorganisatie voor osteopaten. Een overzicht van deze beroepsorganisaties kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Podoloog

Een in Nederland gevestigde behandelaar die volwaardig lid is van een door ONVZ erkende beroepsorganisatie voor podologen. Een overzicht van deze beroepsorganisaties kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

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 of onderzoeken door een medisch-specialist of huisarts, behalve onderzoek volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek.

Psychosomatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Psychosomatisch fysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Sportarts

Een in Nederland gevestigde arts, geregistreerd als sociaal-geneeskundige volgens de Wet BIG in het daartoe aangewezen register. De sportarts is opgeleid in de sociale geneeskunde en houdt praktijk als sportarts.

Ziekenvervoer

Vervoer binnen Nederland dat om medische redenen niet met openbaar vervoer kan plaatsvinden. Dit vervoer vindt plaats vanwege medisch onderzoek of medische behandeling.

Zorgverzekering

Een tussen de verzekeringnemer en een verzekeraar gesloten verzekering voor geneeskundige zorg - ten behoeve van een verzekeringsplichtige - volgens de Zorgverzekeringswet.

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 u of de verzekeringnemer afzonderlijk zijn verstrekt en ook - als de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve overeenkomst - de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- lid 2 U ontvangt een bewijs van de aanvullende verzekering (polis).
- lid 3 U heeft alleen aanspraak op vergoeding van kosten als sprake is van een medische noodzaak.

Artikel 4

Begin en einde van de aanvullende verzekering

- lid 1 Als u verhuist naar een land buiten Nederland, terwijl u verzekeringsplichtig blijft volgens de Zorgverzekeringswet, geldt dat:
1. de aanvullende verzekering eindigt;
 2. ONVZ een andere aanvullende verzekering kan aanbieden;
 3. u een aanvullende verzekering kunt aanvragen met een hogere dekking dan aangeboden. Hiervoor geldt een acceptatieprocedure.
- Als u verhuist naar een land buiten Nederland en niet meer verzekeringsplichtig bent volgens de Zorgverzekeringswet of volgens een ziektekostenverzekering in uw woonland, kan ONVZ een internationale verzekering aanbieden.
- lid 2 Een collectiviteitkorting op de premie vervalt, als niet meer wordt voldaan aan de collectieve verzekeringsovereenkomst. Als bepalingen van de collectieve verzekeringsovereenkomst in strijd zijn met die van een aanvullende verzekering, gaat de bepaling van de collectieve verzekeringsovereenkomst voor.

Artikel 5

Verzwijging

- lid 1 Als met kennis van de werkelijke stand van zaken geen verzekering was gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is ook het geval als is gehandeld om ONVZ te misleiden bij het sluiten van de verzekering. Als bij het sluiten van een verzekering met kennis van de werkelijke stand van zaken een verzekering met minder dekking was aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld volgens deze dekking.
- lid 2 ONVZ kan de verzekering beëindigen, als bij kennis van de werkelijke stand van zaken geen verzekering zou zijn gesloten of als ONVZ is misleid.

Artikel 6

Toeslagen

- lid 1 Als in het land waar u of de verzekeringnemer woont een heffing of belasting wordt opgelegd, brengt ONVZ een toeslag in rekening op de premie ter hoogte van bedoelde heffing of belasting.
- lid 2 ONVZ brengt een jaarlijks te bepalen toeslag in rekening op de premie, als een aanvullende verzekering is gesloten, niet in combinatie met de Basisverzekering. De toeslag staat in de premietabel, die deel uitmaakt van de voorwaarden van deze verzekering.

Artikel 7

Uitsluitingen

- Naast de uitsluitingen van artikel 12 lid 1 onder 8, 9 en 10 en lid 2 van deel A-1 bestaat geen aanspraak op vergoeding:
1. als u - zo de aanvullende verzekering niet bestond - aanspraak kunt maken op vergoeding volgens een andere overeenkomst, al of niet eerder ingegaan, of een wettelijke regeling;
 2. van door u of de verzekeringnemer verschuldigde eigen bijdragen of eigen risico's volgens een (buitenlandse) wettelijke regeling, behalve de eigen bijdragen gedekt op de aanvullende verzekering;
 3. van kosten die niet vergoed worden op een natura zorgverzekering (of een variant met een naturadekking) als een door de betrokken zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener de zorg naar verwachting tijdig kan verlenen en er is gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgverlener;
 4. van de kosten van consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij ONVZ hiervoor toestemming heeft verleend;
 5. van kosten van schade door terrorisme als u geen Nederlands ingezetene bent.

ONVZ

Vrije Keuze

Basisverzekering

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

Deel B Omvang Dekking

Artikel 1	Restitutiebasis	27
Artikel 2	Eigen risico	27
Artikel 3	Preventieve zorg	28
Artikel 4	Huisartsenzorg	29
Artikel 5	Medisch-specialistische zorg	29
Artikel 6	Verpleegkundige zorg	31
Artikel 7	Geboortezorg	31
Artikel 8	Revalidatie	32
Artikel 9	Orgaantransplantaties	32
Artikel 10	Dialysezorg	32
Artikel 11	Mechanische beademing	33
Artikel 12	Oncologische aandoeningen bij kinderen	33
Artikel 13	Trombosedienst	33
Artikel 14	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	33
Artikel 15	Audiologische zorg	33
Artikel 16	Paramedische zorg	34
Artikel 17	Mondzorg	34
Artikel 18	Farmaceutische zorg	36
Artikel 19	Hulpmiddelenzorg	37
Artikel 20	Ambulancevervoer	38
Artikel 21	Zittend ziekenvervoer	38
Artikel 22	Dyslexiezorg	39
Artikel 23	Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ	39
Artikel 24	Specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	39
Artikel 25	Buitenland	40
Artikel 26	Algemeen	41

Deel C Zorgdiensten

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	42
Zorgbemiddeling	42
Medisch-specialistische behandeling	42
Gezondheidsmagazine Lijf & Leden	42
ONVZ Kraamzorg Service	42
Taxivervoer	42
ONVZ Zorgassistance	42

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

Artikel 1 Restitutiebasis

- lid 1 De Basisverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn de bepalingen uit deel A-1 ook van toepassing. Binnen deze omschrijvingen bent u vrij in de keuze van zorgverlener. Voor zorg in het buitenland geldt artikel 25.
- lid 2 ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:
1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op het moment van behandeling, of
 2. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- lid 3 U heeft op verzoek aanspraak op bemiddeling. Hiervoor kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).
Als het gaat om wachtlijsten houdt ONVZ rekening met medisch inhoudelijke factoren en daarnaast maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

Artikel 2 Eigen risico

- lid 1 Voor de Basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 220,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillig eigen risico staan vermeld in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de Basisverzekering.
- lid 2 ONVZ brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de Basisverzekering. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico.
- De volgende kosten vallen buiten het verplichte en vrijwillige eigen risico:
1. kosten van huisartsenzorg, waaronder ook de kosten van inschrijving. De kosten van met de zorg samenhangend onderzoek vallen wel onder het eigen risico als dat onderzoek elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
 2. kosten van zorg bekostigd volgens de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. De beleidsregel heeft betrekking op ketenzorg voor diabetes mellitus type II bij verzekerden van 18 jaar en ouder, cardiovasculair risicomangement of COPD (chronisch obstructief longlijden);
 3. kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer vallen wel onder het eigen risico;
 4. kosten van nacontrole van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 9, lid 2 is verstreken;
 5. kosten van het in bruikleen verstrekken van hulpmiddelen. De kosten van de daarbij behorende verbruiksartikelen en gebruikskosten vallen wel onder het eigen risico.
- lid 3 ONVZ houdt geen verplicht eigen risico in op kosten van zorg of overige diensten waarvan zij de nota's op of na 31 december 2013 heeft ontvangen en het niet aan u te wijten is dat ONVZ de nota niet voor 31 december 2013 heeft ontvangen.
- lid 4 Kosten die niet onder de dekking van de Basisverzekering vallen, tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- lid 5 Als de Basisverzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekent ONVZ het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarop de verzekering liep, gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar. Wordt u 18 jaar, dan berekent ONVZ het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarover premie wordt betaald, gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- lid 6 Als gedurende het kalenderjaar het eigen risico wijzigt en u onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging al een Basisverzekering had gesloten, berekent ONVZ het eigen risico als volgt:
1. ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar gold of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen in dat jaar waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 2. de zo berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar, waarbij de uitkomst wordt afgerond op hele euro's.
- lid 7 Voor de verrekening van het eigen risico wordt een DBC of DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin de DBC of het DBC-zorgproduct wordt geopend.

Preventieve zorg

lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van zorg als omschreven in deze verzekering, ook als sprake is van de volgende vormen van preventie:

1. geïndiceerde preventie, gericht op het voorkomen van ziekte bij mensen die al een verhoogd risico of gezondheidsklachten hebben;
2. zorggerelateerde preventie, gericht op het voorkómen van complicaties of verergeren van een ziekte.

lid 2 Voor enkele vormen van geïndiceerde preventieve zorg zoals bedoeld in lid 1 gelden nadere bepalingen die hieronder zijn omschreven.

a. Begeleiding bij stoppen met roken

Aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van activiteiten ter ondersteuning bij het stoppen met roken. ONVZ vergoedt de volgende vormen van zorg, afzonderlijk of in combinatie, voor zover u daarop bent aangewezen:

1. korte ondersteunende stopadviezen en stopgesprekken in gebruikelijke zorgcontacten door de huisarts, medisch-specialist of verloskundige. ONVZ vergoedt de stopadviezen en stopgesprekken respectievelijk als huisartsenzorg (artikel 4), medisch-specialistische zorg (artikel 5) en geboortezorg (artikel 7);
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:
 - gedragstherapie, verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of klinisch psycholoog. ONVZ vergoedt de kosten als eerstelijnspsychologische zorg (artikel 23, lid 2);
 - intensievere begeleiding bij het stoppen met roken, zoals persoonlijke coaching, telefonische coaching en groepstraining, door een zorgverlener die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Stoppen met roken van het Partnership Stop met Roken. ONVZ vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). Het kwaliteitsregister stoppen met roken kunt u raadplegen op www.KwaliteitsregisterStopmetRoken.nl. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met het ONVZ Service Center.

De kosten van farmaceutische ondersteuning op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist worden niet vergoed. ONVZ vergoedt dus geen kosten van bijvoorbeeld nicotinevervangende zelfzorgmiddelen (pleisters, tabletten en kauwgom), norriptyline en bupropion (Zyban®), beide voor de indicatie stoppen met roken, en varenicline (Champix®).

b. Preventie van depressie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van depressie op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van een subklinische depressie. Iemand heeft dan depressieve klachten maar nog niet voldoende om van een depressie te spreken.

ONVZ vergoedt de kosten voor maximaal vijf zittingen van de volgende therapievormen:

- cognitieve gedragstherapie, waaronder de programma's *Beating the Blues* en *Kleur je leven*;
- interpersoonlijke therapie;
- problem solving therapy.

Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg. ONVZ vergoedt de kosten als eerstelijnspsychologische zorg (artikel 23, lid 2).

Onder de cognitieve gedragstherapie valt ook de cursus *In de put, uit de put*, gegeven in de vorm van individuele of groepsinterventies met rechtstreeks (face-to-face) contact met een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagooggeneralist.

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

c. Preventieve zorg bij overgewicht

Als sprake is van een BMI van 25 – 30 kg/m², bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van algemene leefstijladviezen door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Deze advisering over leefstijl, voeding en gedragsverandering vergoedt ONVZ als huisartsenzorg (artikel 4). Een praktijkondersteuner of leefstijladviseur in de huisartsenpraktijk kan de advisering dus ook uitvoeren.

De kosten van dieetadvisering door een diëtist(e) komen niet voor vergoeding in aanmerking. ONVZ adviseert om na te gaan of een eventuele aanvullende verzekering dekking biedt.

Aanspraak bestaat op vergoeding van een deel van de kosten van een gecombineerde leefstijlinterventie, zoals hierna beschreven. De gecombineerde leefstijlinterventie vindt plaats op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:

1. een BMI van minimaal 30 kg/m², of
2. een BMI van 25 – 30 kg/m² in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een

verhoogd risico op diabetes mellitus type II, of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht. Het verhoogde risico of de samenhang met een ziekte is vastgesteld door de huisarts. Een gecombineerde leefstijlinterventie is een samenhangend, door de huisarts begeleid, zorgprogramma dat gericht is op het aanwennen en behouden van gezond gedrag. Het bestaat uit drie componenten:

- advisering over en begeleiding bij dieet: ONVZ vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De kosten van dieetadviesing door een diëtiste komen niet voor vergoeding in aanmerking. ONVZ adviseert om na te gaan of een eventuele aanvullende verzekering dekking biedt.
- advisering over en begeleiding bij beweging. Als u jonger bent dan 18 jaar vergoedt ONVZ de kosten van advisering over en begeleiding bij beweging door een fysiotherapeut of een oefentherapeut als fysiotherapie en oefentherapie (artikel 16, lid 3). Als u 18 jaar bent of ouder, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking. ONVZ adviseert om na te gaan of een eventuele aanvullende verzekering dekking biedt. ONVZ vergoedt de kosten van advisering over beweging door een leefstijladviseur onder de verantwoordelijkheid van een huisarts (voor alle leeftijden) als huisartsenzorg (artikel 4);
- gedragsverandering.
 - a. ONVZ vergoedt de kosten van begeleiding door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts als huisartsenzorg (artikel 4). Een praktijkondersteuner of leefstijladviseur in de huisartsenpraktijk kan de begeleiding dus ook uitvoeren.
 - b. ONVZ vergoedt de kosten van eerstelijnspsychologische zorg als eerstelijnspsychologische zorg (artikel 23, lid 1 en 2).

d. Preventie van problematisch alcoholgebruik

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van problematisch alcoholgebruik op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, verloskundige of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid.

ONVZ vergoedt de kosten voor:

1. kortdurende motiverende gesprekken door een huisarts als huisartsenzorg (artikel 4);
2. kortdurende preventieve interventies door een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist als eerstelijnspsychologische zorg (artikel 23, lid 2). ONVZ vergoedt maximaal vijf zittingen. De interventies zijn gebaseerd op de therapeutische principes van motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie. Onder meer de programma's *Minder drinken* en *De Drinktest*, aangeboden door het Trimbos Instituut, voldoen aan deze criteria.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:

- anonieme behandeling via internet;
- preventieve zorg voor kinderen van ouders met een alcoholverslaving, als het kind niet zelf een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik loopt.

e. Preventie van paniekstoornis

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van paniekstoornissen op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van een subklinische paniekstoornis. Iemand heeft dan panieklachten maar er is geen sprake van een volwaardige paniekstoornis.

ONVZ vergoedt de kosten voor maximaal vijf zittingen van programma's op basis van cognitieve gedragstherapie, waaronder het programma *Geen Paniek*. Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg. ONVZ vergoedt de kosten als eerstelijnspsychologische zorg (artikel 23, lid 2).

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van het online programma *Fearfighter*.

Artikel 4

Huisartsenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder, werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts, verleent de zorg. Huisartsenzorg omvat ook daarmee samenhangend (laboratorium)onderzoek.

Artikel 5

Medisch-specialistische zorg

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, behalve bij onvoorziene behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan een verloskundige ook verwijzen. De aanspraak voor mondzorg door de kaakchirurg is omschreven in artikel 17.

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

ONVZ vergoedt de kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. ONVZ vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

De kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard vallen alleen onder de aanspraak als de behandeling is bestemd voor correctie van:

1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. de volgende aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemelte-spleten, 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-vitrofertilisatie (IVF)

Voor IVF bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van alleen de eerste, tweede en derde poging 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 gelijkgesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.
2. De aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen in verband met de eerste, tweede en derde poging IVF, is omschreven in artikel 18 Farmaceutische zorg.
3. Van een poging is sprake bij een geslaagde follikelpunctie. 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. Van een doorgaande zwangerschap is sprake bij een levende embryo van ten minste twaalf weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een spontaan ontstane zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij IVF betekent dat tien weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend op 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 vier dagen korter, dus in totaal negen weken en drie dagen.
5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap - spontaan of na een IVF - geldt als nieuwe eerste poging.

e. Behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten

Voor behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten bestaat tot 1 januari 2016 ook aanspraak op vergoeding van de kosten van behandeling met toepassing van radiofrequente denervatie. De indicatie en de behandeling moeten voldoen aan de voorwaarden die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd. Voor meer informatie over dit onderzoeksvoorstel kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of raadpleeg www.onvz.nl.

lid 3

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:

1. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
2. liposuctie (wegzuigen van onderhuids vet) van de buik;

3. abdominoplastiek (buikwandcorrectie), tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen als gevolg 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 (reconstructie van de huid);
7. behandelingen gericht op sterilisatie (zowel man als vrouw);
8. behandelingen gericht op het ongedaan maken van sterilisatie (zowel man als vrouw);
9. behandelingen gericht op circumcisie (besnijdenis van de man);
10. het plaatsen van hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden bij verzekerden van 21 jaar en ouder.

lid 4 Voor vergoeding van kosten voor geestelijke gezondheidszorg geldt niet dit artikel, maar artikel 24.

Artikel 6

Verpleegkundige zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. ONVZ vergoedt deze kosten als de verpleegkundige zorg noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg, zonder dat sprake is van opname. Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist verleent de zorg.

Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als ONVZ toestemming vooraf heeft gegeven. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan van de medisch-specialist te worden ingediend.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van verpleegkundige zorg noodzakelijk in verband met thuisbeademing of palliatieve terminale zorg. Aanspraak op deze vormen van zorg is geregeld in de AWBZ.

Artikel 7

Geboortezorg

lid 1 Als vrouwelijke verzekerde heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en voor kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. Een verloskundige, een medisch-specialist, of een huisarts verleent de zorg, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een geboortecentrum.

Onderdeel van deze zorg is prenatale screening, die omvat:

- het geven van informatie over prenatale screening (counseling);
- structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap (de 20-weeken echo);
- een combinatietest, bestaande uit een nekplooiemeting en een bloedonderzoek voor zwangeren van 36 jaar en ouder. Als u jonger bent, dan uitsluitend op medische indicatie van de huisarts, verloskundige, of medisch-specialist.

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

lid 2 De volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis met medische noodzaak

Als bevalling in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, vergoedt ONVZ voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor medisch-specialistische zorg en opname in het ziekenhuis volgens artikel 5.

b. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een geboortecentrum

Als de bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, of in een geboortecentrum, vergoedt ONVZ voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. Hiervoor geldt een eigen bijdrage voor zowel moeder als haar kind van € 16,- per persoon per dag. Deze eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum de € 112,50 per persoon per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van de opgave door het ziekenhuis of door het kraambureau dat kraamzorg verleent na ontslag uit het ziekenhuis.

c. Bevalling en/of kraamzorg thuis

Bij bevalling en kraamzorg thuis vergoedt ONVZ de 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, gedurende maximaal tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en haar kind en wordt vastgesteld en toegekend in overleg met ONVZ.

Het uitgangspunt is wat het geboortecentrum of kraambureau op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg indiceert. Voor deze vergoeding geldt een eigen bijdrage van € 4,- per uur.

Als na de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum de kraamzorg thuis of in een kraamhotel plaatsvindt, vergoedt ONVZ de kosten voor kraamzorg zoals omschreven onder 3. Hierbij geldt dat ONVZ het aantal dagen doorgebracht in het ziekenhuis of geboortecentrum in mindering brengt op de genoemde termijn van maximaal tien dagen.

Kosten van het kraamhotel anders dan voor kraamzorg worden niet vergoed.

- d. ONVZ regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 8

Revalidatie

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor revalidatie als:

1. deze zorg voor u het meest doeltreffend is ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. De handicap is het gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel en leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
- en
2. u met deze zorg een mate van zelfstandigheid kunt bereiken of behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

lid 2

Revalidatie kan plaatsvinden:

1. in deeltijd- of dagbehandeling;
2. tijdens een opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

Artikel 9

Orgaantransplantaties

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor transplantaties van weefsels en organen in een ziekenhuis als de transplantatie is verricht in:

1. een EU- of EER-land, of
2. een ander land, als de donor daar woont en uw echtgenoot, uw geregistreerd partner of uw bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is.

ONVZ vergoedt ook de kosten van de medisch-specialistische zorg voor de selectie van de donor en de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Verder vergoedt ONVZ de kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.

lid 2

De donor heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekering tot maximaal 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor voor selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal is opgenomen. Bij een levertransplantatie is deze periode maximaal een half jaar. Deze aanspraak betreft alleen kosten van verleende zorg die verband houdt met die opname. Ook heeft de donor aanspraak op vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel voor de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en voor de zorg, bedoeld in dit lid. Als dit medisch noodzakelijk is, kan dit vervoer ook per auto plaatsvinden.

Als een donor in het buitenland woont en er transplantatie plaatsvindt van een nier, beenmerg of lever in Nederland, dan vergoedt ONVZ ook de kosten van het vervoer van de donor naar Nederland en terug. Daarbij vergoedt ONVZ aan deze donor ook de overige kosten gemoeid met de transplantatie, als die kosten 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 gedeelde inkomsten.

Artikel 10

Dialysezorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort. De zorg wordt verleend in een dialysecentrum of bij u thuis en kan gepaard gaan met onderzoek, behandeling, verpleging, farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van uzelf of van personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis.

ONVZ vergoedt ook:

1. de kosten voor de opleiding door het dialysecentrum van hen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;

2. het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervangende inbegrepen), en de kosten van de chemicaliën, vloeistoffen en andere gebruiksartikelen nodig voor de dialyse;
3. de redelijke kosten voor aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, als andere - wettelijke - regelingen daarin niet voorzien;
4. de overige redelijke kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen als andere - wettelijke - regelingen daarin niet voorzien;
5. kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.

Het Reglement Hulpmiddelen bevat nadere voorwaarden voor de vergoeding onder 2, 3 en 4. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 11

Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor mechanische beademing in een beademingscentrum en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort.

De beademing kan ook plaatsvinden bij u thuis onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Dan vergoedt ONVZ de kosten van:

1. het door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur;
2. de medisch-specialistische en farmaceutische zorg die bij de beademing hoort, verleend onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Artikel 12

Oncologische aandoeningen bij kinderen

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

Artikel 13

Trombosedienst

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door de trombosedienst op verwijzing van een arts of medisch-specialist. ONVZ vergoedt de kosten van:

1. het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
2. het (onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst laten) verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken voor bepaling van de stollingstijd van het bloed;
3. het beschikbaar stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u zelf de stollingstijd van uw bloed kan meten;
4. opleiding in het gebruik van deze apparatuur, en begeleiding bij uw metingen;
5. advisering over de toepassing van geneesmiddelen voor beïnvloeding van de bloedstolling.

Het Reglement Hulpmiddelen bevat nadere voorwaarden voor de vergoeding onder 3. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 14

Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Aanspraak bestaat op vergoeding van de 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.

ONVZ vergoedt de kosten van: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de psychosociale begeleiding die bij deze zorg hoort. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, vergoedt ONVZ ook de kosten van onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Artikel 15

Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door een audiologisch centrum op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

ONVZ vergoedt de kosten van:

1. onderzoek naar het gehoor;
2. advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur;
3. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
4. psychosociale zorg noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
5. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

Paramedische zorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten die plegen te bieden. ONVZ vergoedt geen extra kosten voor behandeling buiten de reguliere werktijden.
- lid 2 **Fysiotherapie en oefentherapie**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, bekkentherapeut, geriatriefysiotherapeut of oedeemtherapeut. Bij oedeemtherapie kan ook een huidtherapeut de behandeling uitvoeren.
Er moet sprake zijn van een indicatie in verband met een aandoening, die in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is genoemd. De daarbij genoemde behandelduur mag niet zijn overschreden. Als u 18 jaar of ouder bent, worden de kosten van de eerste 20 behandelingen voor de betreffende aandoening niet vergoed, tenzij u op 31 december 2011 al minstens twaalf behandelingen fysiotherapie voor diezelfde aandoening heeft ontvangen.

In afwijking van deze vergoedingsregeling vergoedt ONVZ, als u 18 jaar of ouder bent, de kosten van maximaal negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Hier geldt de vergoeding dus vanaf de eerste behandeling.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 3 Voor fysiotherapie en oefentherapie aan kinderen tot 18 jaar bestaat - naast de dekking in lid 2 - ook aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut of oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar.
Op verwijzing van huisarts of medisch specialist vergoedt ONVZ voor deze verzekerden de kosten van maximaal negen extra behandelingen door de genoemde zorgverleners per indicatie per kalenderjaar als na negen behandelingen nog geen toereikend resultaat is bereikt.
- lid 4 **Ergotherapie**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen, op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. ONVZ vergoedt maximaal tien behandelingen per kalenderjaar. De ergotherapeut verleent de zorg in zijn behandelruimte of bij u thuis.
- lid 5 **Logopedie**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor behandeling door een logopedist, op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts, tandarts of orthopedagoog. ONVZ vergoedt de kosten van logopedische behandeling als deze een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. ONVZ vergoedt geen kosten van behandeling ter ondersteuning van onderwijs. Dit betreft onder meer de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen bij dialect of anderstaligheid.
- lid 6 **Dieetadvisering**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van dieetadvisering als deze onderdeel is van gecoördineerde, multidisciplinaire zorgverlening met betrekking tot uw diabetes, uw chronisch obstructieve longziekte (COPD) of uw cardiovasculair risico. De dieetadvisering omvat voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist. ONVZ vergoedt maximaal vier behandelingen per kalenderjaar op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of tandarts.

Mondzorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist verleent de zorg. ONVZ vergoedt alleen de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
- als u een zo ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
 - als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
 - als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening.

- lid 2 ONVZ vergoedt de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Het implantaat moet dienen voor bevestiging van een uitneembare prothese. De suprastructuur is het gedeelte op het implantaat dat boven het tandvlees zit.
- lid 3 ONVZ vergoedt de kosten van orthodontische zorg als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Daarbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.
- lid 4 Als u jonger bent dan 18 jaar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:
1. eenmaal per jaar periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, tenzij u die zorg tandheelkundig meer keren per jaar nodig heeft;
 2. incidenteel tandheelkundig consult;
 3. het verwijderen van tandsteen;
 4. fluoride-applicatie vanaf 6-jarige leeftijd, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u die zorg, tandheelkundig, meer keren per jaar nodig heeft;
 5. sealing (aanbrengen van een beschermlaag);
 6. parodontale zorg (voor tandvlees);
 7. anesthesie;
 8. endodontische zorg (voor het binnenste van de tand);
 9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 10. gnathologische zorg (voor de kaak en de kauwspieren);
 11. uitneembare prothetische voorzieningen;
 12. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten na toestemming vooraf van ONVZ. De zorg moet de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreffen die niet zijn aangelegd, of ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
 13. chirurgische tandheelkundige zorg, behalve de kosten van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 14. röntgenonderzoek, behalve de kosten van röntgenonderzoek voor orthodontische zorg.
- De kosten van deze zorg buiten de reguliere praktijkuren worden alleen vergoed als het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld.
- lid 5 Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:
1. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, behalve van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.
- lid 6 Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor boven- en/of onderkaak vergoedt ONVZ 75% van de kosten voor een volledige immediaatprothese, een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.
- ONVZ vergoedt 100% van de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothetische voorziening of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Bij rebasen wordt de ruimte tussen de kaak en het kunstgebit opgevuld met kunststof om de prothese vaster te laten zitten op een geslonken kaak.
- Toestemming vooraf van ONVZ is vereist als de totale kosten van de volledige prothetische voorziening (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
- € 600,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandarts, of
 - € 450,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandprotheticus.
- lid 7 Voor vergoeding van de kosten van mondzorg volgens lid 1 tot en met 3 is altijd toestemming vooraf van ONVZ vereist. Als de mondzorg volgens lid 4 en 5 in een instelling voor bijzondere tandheelkunde plaatsvindt, is ook toestemming vooraf van ONVZ vereist. Bij de aanvraag dient u een schriftelijke motivering van de tandarts en een behandelplan bij te voegen. De toestemming kan worden ingetrokken als de mondzorg niet meer nodig is, als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- lid 8 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opname in een ziekenhuis in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- ONVZ vergoedt de kosten voor chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

- lid 9 Voor vergoeding van de kosten van zorg door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg is toestemming vooraf van ONVZ vereist als het gaat om parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.
- lid 10 Voor vergoeding van de kosten van mondzorg op de plaats waar de verzekerde verblijft (dus niet in de praktijk van de zorgverlener) is een schriftelijk advies van de huisarts of de medisch-specialist vereist.
- lid 11 Voor zorg volgens lid 1 voor een verzekerde van 18 jaar en ouder kan een eigen bijdrage gelden. Deze eigen bijdrage geldt bij behandelingen die niet rechtstreeks in verband staan met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening zou zijn gebracht voor de reguliere behandeling, dus als u niet in het kader van bijzondere tandheelkunde zou zijn behandeld.
- lid 12 Voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, geleverd in het kader van de zorg bedoeld in lid 1, geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaakdeel.

Artikel 18

Farmaceutische zorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van terhandstelling van:
1. de door ONVZ aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De aanwijzing door ONVZ is zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor u beschikbaar is. Nadere omschrijving van de aanspraak is uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg. Het Reglement Farmaceutische zorg kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden;
 2. de geneesmiddelen - onder voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft - als bedoeld in:
 - a. artikel 40, lid 3, onder a Geneesmiddelenwet. In dit artikel wordt ingegaan op apotheekbereidingen of magistrale bereidingen. Kosten van apotheekbereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd, geregistreerd geneesmiddel zijn uitgesloten van de aanspraak;
 - b. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant bedoeld in artikel 1, lid 1, onder mm van die wet;
 - c. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een ander land en op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, binnen 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.
- Onder rationele farmacotherapie wordt verstaan behandeling of diagnostiek met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat het meest economisch is.
- Tevens bestaat aanspraak op advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de hierboven genoemde geneesmiddelen door BIG-geregistreerde zorgverleners.
- Onder deze aanspraak vallen:
- a. instructie patiënt receptplichtig geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel;
 - b. medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik;
 - c. farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek;
 - d. farmaceutische begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis.
- De kosten van een geneesmiddel opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering worden alleen vergoed als wordt voldaan aan de in deze bijlage genoemde indicatievoorwaarden.
- Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kunnen gedurende het jaar wijzigen. Een actueel overzicht kunt u raadplegen op www.wetten.nl. Vragen hierover kunt u stellen bij het ONVZ Service Center.
- lid 2 De onder lid 1 genoemde middelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

- lid 3 ONVZ vergoedt de kosten van dieetpreparaten alleen als niet kan worden volstaan met aangepaste normale voeding en andere bijzondere voeding en u:
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 bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.
- lid 4 Bij in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik vergoedt ONVZ niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen. Dit betreft laxantia, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen ter bescherming van de ogen tegen uitdroging en maagledigingsmiddelen, als ook andere geneesmiddelen met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in dezelfde toedieningsvorm.
- Ook bij in de Regeling zorgverzekering genoemde maagzuurremmers voor chronisch gebruik (inclusief combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten) vergoedt ONVZ niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen.
- lid 5 De in de Regeling zorgverzekering genoemde geneesmiddelen zijn zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep stelt de overheid een vergoedingslimiet vast. Als voor een geneesmiddel de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet geldt het verschil als eigen bijdrage. Een eigen bijdrage geldt ook voor een geneesmiddel dat wordt bereid uit een geneesmiddel met een eigen bijdrage.
- lid 6 In het Reglement Farmaceutische zorg stelt ONVZ nadere voorwaarden over de doelmatigheid van de farmaceutische zorg. Dit betreft onder andere toestemmingsvereisten, afleverhoeveelheden, advies en begeleiding. Het Reglement Farmaceutische zorg kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 7 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:
- farmaceutische zorg in de door de Regeling zorgverzekering bepaalde gevallen;
 - niet in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemde, in Nederland geregistreerde geneesmiddelen;
 - een eigen bijdrage volgens lid 5;
 - andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen;
 - geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel b Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel, dat niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering is opgenomen;
 - geneesmiddelen bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel f Geneesmiddelenwet. Het betreft geneesmiddelen waarvoor hetzij een aanvraag om een handelsvergunning bij het Europees Geneesmiddelenbureau is ingediend, hetzij waarmee nog klinische proeven gaande zijn.

Artikel 19

Hulpmiddelenzorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen van ONVZ. In uitzondering op de aanspraak op vergoeding van kosten, verstrekt ONVZ een aantal hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement Hulpmiddelen van ONVZ zijn de voorwaarden voor vergoeding, bruikleenverstrekking en de specifieke vereisten per hulpmiddel opgenomen. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 2 Waar dit blijkt uit het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel toestemming vooraf van ONVZ vereist. Daarbij kan ONVZ nadere voorwaarden stellen.
- lid 3 De kosten van normaal gebruik worden niet vergoed, behalve als het Reglement Hulpmiddelen anders bepaalt. Dit betreft onder meer kosten van energiegebruik en batterijen.
- lid 4 ONVZ vergoedt alleen de kosten van hulpmiddelen, of verstrekt ze in bruikleen, als de hulpmiddelen noodzakelijk zijn, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten of verstrekking in bruikleen als het hulpmiddel alleen dient voor gebruik op de werkplek of als onderwijsvoorziening, tenzij het solo-apparaat betreft.
- lid 5 ONVZ vergoedt alleen de kosten van verbandmiddelen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen nodig is.

- lid 6 Kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen geleverd bij een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling die kunnen worden geacht te horen bij die opname of behandeling, vallen niet onder deze vergoeding. Zij maken deel uit van de medisch-specialistische zorg en worden via een DBC-zorgproduct vergoed.
Als u verblijft en behandeld wordt in een AWBZ-instelling vallen de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen en verbandmiddelen ook niet onder deze vergoeding. Dit valt onder de aanspraken van de AWBZ.

Artikel 20

Ambulancevervoer

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per ambulance-auto van een ambulancevervoerder als ander vervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is. ONVZ vergoedt vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, tenzij ONVZ toestemming heeft gegeven voor vervoer over een grotere afstand.
- lid 2 ONVZ vergoedt de kosten van vervoer:
- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg zult ontvangen waarvan de kosten - geheel of gedeeltelijk - gedekt zijn op de Basisverzekering;
 - naar een instelling waarin u wordt opgenomen ten laste van de AWBZ;
 - vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek of een behandeling zult ondergaan, gedekt volgens de AWBZ;
 - vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese, als de prothese - geheel of gedeeltelijk - gedekt is volgens de AWBZ;
 - van de in dit lid genoemde zorgverleners of instellingen naar uw eigen woning of naar een andere woning, als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.
- lid 3 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.
- lid 4 Als ziekenvervoer per ambulance-auto niet mogelijk is kunt u ONVZ vooraf toestemming vragen voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Artikel 21

Zittend ziekenvervoer

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse, per taxi of per eigen auto tot maximaal 200 kilometer enkele reisafstand. Als ONVZ u toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking tot 200 kilometer niet.
- lid 2 ONVZ vergoedt de kosten van zittend ziekenvervoer alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. Bij het verlenen van toestemming kan ONVZ voorwaarden stellen aan de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.
- lid 3 Bij gebruik van de eigen auto vergoedt ONVZ € 0,30 per kilometer. ONVZ gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route per auto volgens de routeplanner Routenet.
- lid 4 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor vervoer van en naar een persoon, instelling of woning zoals bedoeld in artikel 20 lid 2 als:
- u nierdialyse moet ondergaan;
 - u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
 - uw gezichtsvermogen zo is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
- lid 5 In andere gevallen dan genoemd in lid 4 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor de behandeling van een langdurende ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet vergoeden van de kosten voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- lid 6 Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 93,- per kalenderjaar.
Deze eigen bijdrage geldt niet voor vervoer:
- vanaf een instelling waarin u bent opgenomen naar een andere instelling waarin u wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling dat in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. De kosten van beide opnames moeten gedekt zijn onder de Basisverzekering of de AWBZ;
 - heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling, dat in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Het onderzoek of de behandeling moeten gedekt zijn op de Basisverzekering, de opname moet gedekt zijn onder de Basisverzekering of AWBZ;
 - heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling, die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Zowel de behandeling als opname zijn gedekt onder de AWBZ.

- lid 7 ONVZ vergoedt ook het vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het de begeleiding betreft van een kind jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunt u ONVZ toestemming vooraf vragen voor het vervoer van twee begeleiders.
- lid 8 ONVZ regelt graag taxivervoer voor u. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).
- lid 9 Als ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto niet mogelijk is, kunt u ONVZ toestemming vooraf vragen voor vervoer met een ander vervoermiddel.

Artikel 22

Dyslexiezorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg in verband met ernstige dyslexie. Aanspraak bestaat alleen:
1. voor kinderen van 7 jaar en ouder die basisonderwijs volgen,
 2. als de zorg op 7-, 8-, 9-, 10- of 11-jarige leeftijd begint, en
 3. als de zorg wordt verleend door het Regionaal Instituut Dyslexie (RID) of een gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist die staat ingeschreven in het kwaliteitsregister voor gekwalificeerde behandelaars van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO), en
 4. als de diagnostiek wordt uitgevoerd en de behandeling worden verleend volgens het *Protocol dyslexie diagnostiek en behandeling*.

Het *Protocol dyslexie diagnostiek en behandeling* dient als leidraad voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van mensen met dyslexie. Het doel is het beschrijven van de optimale zorg voor mensen met dyslexie, op basis van de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten. Dit protocol kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

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

Artikel 23

Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden. Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg.
- lid 2 ONVZ vergoedt maximaal vijf zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar.
- Voor eerstelijnspsychologische zorg geldt een eigen bijdrage van € 20,- per zitting en € 50,- voor een internetbehandeltraject. U moet de eigen bijdrage rechtstreeks aan de zorgverlener betalen.
- lid 3
1. Voor de eerstelijnspsychologische zorg is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.
 2. Voor kinderen bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b lid 5 AWBZ.
- lid 4 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor behandeling van aanpassingsstoornissen.

Artikel 24

Specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

- lid 1 **Psychiatrische ziekenhuisopname**
- Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. ONVZ vergoedt de kosten van de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

- lid 2 **Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van niet-klinische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychotherapeut. ONVZ vergoedt de kosten van de behandeling en van de bij de behandeling behorende verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- lid 3 De omvang van de zorg wordt begrensd door wat psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijnspsychologische zorg genoemd in artikel 23.
- lid 4 **Eigen bijdrage**
Als u 18 jaar of ouder bent, gelden voor specialistische geestelijke gezondheidszorg twee vormen van eigen bijdragen. Wanneer u tijdens een psychiatrische opname wordt behandeld, kunnen beide vormen van eigen bijdrage van toepassing zijn.
- a. Voor behandeling:
- € 100,- voor een DBC tot 100 minuten;
 - € 200,- voor een DBC vanaf 100 minuten.
- Deze eigen bijdragen gelden per kalenderjaar. In totaal brengt ONVZ maximaal € 200,- eigen bijdrage per kalenderjaar in rekening voor de behandeling. Dit maximum van € 200,- is dus zonder de eigen bijdrage die kan gelden voor verblijf (zie b). De zorg waarop de eigen bijdrage van toepassing is, geldt als ontvangen op de datum waarop de DBC is geopend. Deze datum bepaalt dus ook aan welk kalenderjaar de DBC wordt toegerekend.
- Deze eigen bijdragen gelden niet:
- voor de DBC's 'indirecte tijd' en 'crisis';
 - voor mensen die opgenomen worden volgens de wet BOPZ;
 - voor behandeling, waarbij bemoeizorg de aanleiding is voor het starten (openen) van een DBC.
- b. Voor verblijf langer dan 31 dagen in verband met een specialistische psychiatrische behandeling: € 145,- per maand.
- Deze eigen bijdrage geldt vanaf de 32ste dag van verblijf en bedraagt € 145,- per maand. Een onderbreking van maximaal zeven dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 31 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 31 dagen.
- Voor verblijf gedurende een gedeelte van de maand berekent ONVZ de eigen bijdrage door € 145,- te vermenigvuldigen met 12, gedeeld door 365 en de uitkomst hiervan te vermenigvuldigen met het aantal dagen van verblijf in die maand.
- lid 5 1. Voor de psychiatrische ziekenhuisopname en de niet-klinische GGZ is een verwijzing nodig door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.
2. Voor kinderen bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b lid 5 AWBZ.
- lid 6 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
 - psycho-analyse.

Artikel 25

Buitenland

Als u voor kortere of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert ONVZ u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft en of u vooraf een formulier moet aanvragen. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of raadpleeg www.onvz.nl/buitenland.

- lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.
- Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of kunt u de toelichting *De grens van zorg in het buitenland* raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

- lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:
1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of
 2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.
- Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een verdragsland.
- lid 3 Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.
- lid 4 Bij een ziekenhuisopname voor acute ziekte of ongeval kunt u contact opnemen met de ONVZ Zorgassistance voor het regelen van de zorg waarvoor de Basisverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).
- lid 5 ONVZ vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij in vrijwel alle landen de gemiddelde wisselkoers in de maand voor de afwikkeling. Alleen bij nota's uit EU- en EER-landen die geen euro voeren, hanteert ONVZ de door het College voor zorgverzekeringen berekende koers. Dat is de gemiddelde koers in de eerste maand van het kwartaal voor de afwikkeling.

Artikel 26

Algemeen

In voorkomende gevallen kunt u aanspraak maken op vergoeding van de kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering als vaststaat dat:

- deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en
- ONVZ toestemming vooraf heeft verleend, en
- deze zorg niet bij of krachtens de wet is uitgesloten.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De ONVZ ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtl)ijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 - 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

U kunt via de ONVZ ZorgConsulent:

- telefonisch een arts of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding;
- informatie krijgen over onderwerpen met betrekking tot gezondheidszorg, gezond leven, bewegen en voeding.

Zorgbemiddeling

Als u zorg nodig heeft en deze niet snel (genoeg) kunt krijgen, kunt u de ONVZ ZorgConsulent vragen om te bemiddelen. De ONVZ ZorgConsulent probeert dan de wachttijd te verkorten.

Ook als u om andere redenen behoefte heeft aan zorgbemiddeling, probeert de ONVZ ZorgConsulent aan uw wensen tegemoet te komen.

Medisch-specialistische behandeling

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

- ONVZ werkt samen met een netwerk van geselecteerde medisch-specialisten. Op uw verzoek verstrekt de ONVZ ZorgConsulent informatie over behandelmethodes, behandellocaties of behandelend medisch-specialisten. U ontvangt de informatie op schrift, zodat u deze kunt bespreken met uw (huis)arts of behandelend medisch-specialist;
- op uw verzoek bemiddelt de ONVZ ZorgConsulent bij het arrangeren van een (dag)behandeling in een ziekenhuis of zorghotel. Ook kan de ZorgConsulent bemiddelen bij het arrangeren van thuiszorg of kinderopvang. De kosten van de thuiszorg of kinderopvang zijn echter onder de Basisverzekering niet gedekt.

ONVZ voert de informatievoorziening en bemiddeling zo goed en zorgvuldig mogelijk uit. Zij is echter geen zorgverlener. ONVZ stelt dus zelf geen diagnose en verricht geen medische handelingen. Zij verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

Gezondheidsmagazine Lijf & Leden

Het gezondheidsmagazine Lijf & Leden informeert u over onderwerpen rond gezondheid, vitaliteit en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. ONVZ zendt het magazine driemaal per jaar gratis toe.

ONVZ Kraamzorg Service

Kraamzorg is onderdeel van de dekking geboortezorg zoals beschreven in artikel 7 van deel B van de Basisverzekering. Voor informatie over kraamzorg of als u kraamzorg door ONVZ wilt laten regelen, kunt u bellen met de ONVZ Kraamzorg Service. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.onvz.nl/kraamzorg.

ONVZ Kraamzorg Service regelt de kraamzorg bij een erkende kraamzorgorganisatie. U dient de kraamzorg minimaal vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aan te vragen. ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 05.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 21 van deel B van de Basisverzekering. Om u optimaal van dienst te zijn, laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u contact opnemen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

ONVZ Zorgassistance

Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, kunt u (laten) bellen met ONVZ Zorgassistance. Daarbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Ook voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kunt u contact opnemen.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 67.

ONVZ

Vrije Keuze Extrafit

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Extrafit

Deel B Omvang Dekking

Artikel 1	Geboortezorg	45
	lid 1 Kraampakket	45
	lid 2 Bewakingsapparatuur wiegendood	45
Artikel 2	Beweegzorg	45
	lid 1 Fysiotherapie en oefen therapie	45
	lid 2 Sportarts	45
Artikel 3	Farmaceutische zorg	45
Artikel 4	Alternatieve geneeswijzen	46
Artikel 5	Vaccinaties	46
Artikel 6	Overige hulpmiddelen	46
	lid 1 Elleboogkrukken	46
	lid 2 Rolstoelen of invalidenwagens	46
	lid 3 Steunpessarium	46
	lid 4 Steunzolen	46
	lid 5 Verpleegartikelen	46
	lid 6 Wekapparaten	46
Artikel 7	Overige behandelingen en therapieën	46
	lid 1 Acnebehandeling	46
	lid 2 Camouflagetherapie	46
	lid 3 Elektrische epilatie of laserbehandeling	46
	lid 4 Lymfedrainage	46
	lid 5 MammaPrint	46
	lid 6 Podotherapie	47
	lid 7 Psoriasisdagbehandeling	47
	lid 8 Stottertherapie	47
Artikel 8	Verblijfkosten	47
	lid 1 Verblijf in een logeershuis	47
	lid 2 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	47
Artikel 9	Ziekenvervoer	47
Artikel 10	Gezondheidscheck-up	47
Artikel 11	Buitenland	47
	lid 1 Onvoorziene behandelingen	47
	lid 2 Voorziene behandelingen	48
	lid 3 Wisselkoers	48
	lid 4 ONVZ Zorgassistance	48
	lid 5 Repatriëring	48
	lid 6 Medische gegevens	48

Deel C Zorgdiensten

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	49
De ZorgConsulent ondersteunt u	49
Gezondheidsmagazine Lijf & Leden	49
Kraamzorg	49
Taxivervoer	49
ONVZ Zorgassistance	49
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	49

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Extrafit

Als er volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de ONVZ Vrije Keuze Extrafit een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven, volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen. Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1

Geboortezorg

lid 1

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de ONVZ Kraamzorg Service. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).

lid 2

Bewakingsapparatuur wiegendood

ONVZ vergoedt de kosten van huur van bewakingsapparatuur voor maximaal 18 maanden, op verwijzing van de behandelend arts en als ONVZ toestemming vooraf heeft verleend. Voor meer informatie of het aanvragen van bewakingsapparatuur kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 2

Beweegzorg

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

ONVZ vergoedt de kosten van maximaal negen behandelingen per kalenderjaar door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck, oefentherapeut Cesar, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, geriatriefysiotherapeut of psychosomatisch fysiotherapeut.

lid 2

Sportarts

ONVZ vergoedt de kosten van behandelingen door een sportarts tot maximaal € 100,- per kalenderjaar.

Artikel 3

Farmaceutische zorg

lid 1

ONVZ vergoedt tot maximaal € 100,- per kalenderjaar de kosten van terhandstelling van:

- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek, een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij.

lid 2

ONVZ verleent geen vergoeding voor:

- andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling zoals bedoeld in lid 1;
- middelen die geregistreerd staan als 'Niet-geneesmiddel';
- homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
- vaccinaties en preventieve middelen anders dan omschreven in artikel 5;
- zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap), tenzij sprake is van een medische noodzaak;
- geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteit.

lid 3

ONVZ kan bepalen dat alleen door ONVZ aangewezen geneesmiddelen worden vergoed als het gaat om onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen. Als behandeling met het aangewezen geneesmiddel echter niet medisch verantwoord is, vergoedt ONVZ een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 4 Alternatieve geneeswijzen

- lid 1 ONVZ vergoedt 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 en maximaal 20 consulten / behandelingen per kalenderjaar.
- lid 2 ONVZ vergoedt geen kosten van met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de in lid 1 bedoelde arts.

Artikel 5 Vaccinaties

ONVZ vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningococcen en rabiës, en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria tot maximaal € 75,- per kalenderjaar.

Artikel 6 Overige hulpmiddelen

Voor de vergoeding van verbandmiddelen geldt artikel 3 lid 1.

- lid 1 **Elleboogkrukken**
ONVZ vergoedt de kosten van aanschaf of huur van elleboogkrukken op voorschrift van de behandelend arts. De vergoeding bedraagt maximaal € 50,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Rolstoelen of invalidenwagens**
ONVZ vergoedt de kosten van huur van niet-(elektro)motorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens.
- lid 3 **Steunpessarium**
ONVZ vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.
- lid 4 **Steunzolen**
ONVZ vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Een orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen.
- lid 5 **Verpleegartikelen**
ONVZ vergoedt de kosten van huur van verpleegartikelen.
- lid 6 **Wekapparaten**
ONVZ vergoedt 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,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 7 Overige behandelingen en therapieën

- lid 1 **Acnebehandeling**
Als u jonger bent dan 21 jaar, vergoedt ONVZ de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of schoonheidsspecialiste. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts).
- lid 2 **Camouflagetherapie**
Als sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat of de hals, vergoedt ONVZ de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de hiervoor te gebruiken cosmetische producten.
- lid 3 **Elektrische epilatie of laserbehandeling**
ONVZ vergoedt voor een vrouwelijke verzekerde met overmatige haargroei in het gezicht de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). De vergoeding bedraagt maximaal € 1.000,- voor de gehele duur van de verzekering.
- lid 4 **Lymfedrainage**
ONVZ vergoedt de kosten van behandeling van ernstig lymfoedeem door een huidtherapeut.
- lid 5 **MammaPrint**
ONVZ vergoedt de kosten van MammaPrint, op voorschrift van de behandelend medisch-specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint is een diagnostische test voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch-specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.

- lid 6 **Podotherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt ONVZ ook de vervaardigde podotherapeutische zolen en orthesen.
- lid 7 **Psoriasisdagbehandeling**
ONVZ vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts.
- lid 8 **Stottherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van stottherapie en de maaltijd- en verblijfkosten in het betreffende instituut, als die deel uitmaken van de behandeling. De vergoeding bedraagt maximaal € 350,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 8 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeershuis**
- Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouders in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis. De vergoeding bedraagt maximaal € 12,50 per dag met een maximum van € 260,- per kalenderjaar.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis gedurende de periode van uw opname. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.
- lid 2 **Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren**
ONVZ vergoedt de verschuldigde eigen bijdrage tot maximaal € 6,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

Artikel 9 **Ziekenvervoer**

Als u vergoeding krijgt voor ziekenvervoer volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering, vergoedt ONVZ de eigen bijdrage.

Artikel 10 **Gezondheidscheck-up**

Na bemiddeling door de ONVZ ZorgConsulent vergoedt ONVZ een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: medische vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sport- of beweegkeuring. Deze keuring bestaat uit: medische vragenlijst, BMI, vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat.

Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of sport- of beweegkeuring moet u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 11 **Buitenland**

Als u voor kortere of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert ONVZ u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft en of u vooraf een formulier moet aanvragen. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of raadpleeg www.onvz.nl/buitenland.

ONVZ vergoedt de hierna omschreven kosten van geneeskundige zorg in het buitenland. Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1). Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of kunt u de toelichting *De grens van zorg in het buitenland* raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

- lid 1 **Onvoorzienne behandelingen**
Als sprake is van acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf in een EU-/EER- of verdragsland vergoedt ONVZ de kosten van:
- zorg die volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;

- zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
- niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die geregistreerd staan als 'Niet geneesmiddel' tot maximaal € 50,- per kalenderjaar.

Als sprake is van acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf buiten een EU-/EER- of verdragsland vergoedt ONVZ de kosten van:

- zorg die volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
- niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die geregistreerd staan als 'Niet geneesmiddel' tot maximaal € 50,- per kalenderjaar.

lid 2

Voorziene behandelingen

ONVZ vergoedt de kosten:

- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de Basisverzekering, als de zorg is verleend in een door ONVZ erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Een overzicht van de erkende ziekenhuizen kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden;
- die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

lid 3

Wisselkoers

ONVZ vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij in vrijwel alle landen de gemiddelde wisselkoers in de maand voor de afwikkeling. Alleen bij nota's uit EU- en EER-landen die geen euro voeren, hanteert ONVZ de door het College voor zorgverzekeringen berekende koers. Dat is de gemiddelde koers in de eerste maand van het kwartaal voor de afwikkeling.

lid 4

ONVZ Zorgassistance

Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met ONVZ Zorgassistance. Hierbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar (zie deel C).

lid 5

Repatriëring

Bij ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bij tijdelijk verblijf in het buitenland bestaat aanspraak op medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland met de voorgeschreven medische begeleiding. ONVZ Zorgassistance organiseert de repatriëring.

Bij de noodzaak tot repatriëring bent u verplicht om direct hulp van ONVZ Zorgassistance in te (laten) roepen. Hierbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven.

lid 6

Medische gegevens

U geeft - voor zover nodig - toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van ONVZ. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname of de repatriëring.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Extrafit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De ONVZ ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 - 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

De ZorgConsulent ondersteunt u

De ZorgConsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening.

Het regelen van:

- bewakingsapparatuur wiegendood, zie deel B, art. 1 lid 2;
- gezondheidscheck-up of beweegadvies, zie deel B, art. 10;
- telefonisch een arts of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De ONVZ ZorgConsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De ZorgConsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De ZorgConsulent verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

Gezondheidsmagazine Lijf & Leden

Het gezondheidsmagazine Lijf & Leden informeert u over onderwerpen rond gezondheid, vitaliteit en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. ONVZ zendt het magazine driemaal per jaar gratis toe.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. De ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 05. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.onvz.nl/kraamzorg. Een overzicht van de inhoud van het kraampakket kunt u raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 9 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

ONVZ Zorgassistance

Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met ONVZ Zorgassistance. Dit geldt ook bij de noodzaak tot repatriëring. Hierbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 67.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt 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 kosten van zorg die niet door ONVZ worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

ONVZ vergoedt de totale kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Een reglement met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij ONVZ Verhaalszaken of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u 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

Artikel 1	Geboortezorg	53
	lid 1 Kraamuitkering	53
	lid 2 Kraampakket	53
	lid 3 Lactatiekundige	53
	lid 4 Adoptie-uitkering	53
	lid 5 Bewakingsapparatuur wiegendood	53
Artikel 2	Beweegzorg	53
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	53
	lid 2 Overige therapieën voor houding en beweging	53
	lid 3 Beweegprogramma's	53
Artikel 3	Farmaceutische zorg	54
Artikel 4	Alternatieve geneeswijzen	54
Artikel 5	Vaccinaties	54
Artikel 6	Vervangende mantelzorg	54
Artikel 7	Eigen bijdragen hulpmiddelen	54
Artikel 8	Overige hulpmiddelen	55
	lid 1 Elleboogkrukken	55
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	55
	lid 3 Rolstoelen of invalidenwagens	55
	lid 4 Steunpessarium	55
	lid 5 Steunzolen	55
	lid 6 Verpleegartikelen	55
	lid 7 Wekapparaten	55
Artikel 9	Overige behandelingen en therapieën	55
	lid 1 Acnebehandeling	55
	lid 2 Camouflagetherapie	55
	lid 3 Diëtiste	55
	lid 4 Elektrische epilatie of laserbehandeling	55
	lid 5 Lymfedrainage	55
	lid 6 MammaPrint	55
	lid 7 Orthoptie	55
	lid 8 Overgangsconsulente	56
	lid 9 Pedicure	56
	lid 10 Podothérapie	56
	lid 11 Psoriasisdagbehandeling	56
	lid 12 Sterilisatie	56
	lid 13 Stottertherapie	56
Artikel 10	Verblijfkosten	56
	lid 1 Verblijf in een logeerkamer	56
	lid 2 Therapeutisch kamp voor jongeren	56
Artikel 11	Ziekenvervoer	56
Artikel 12	Reiskosten ziekenbezoek	56
Artikel 13	Orthodontie	57
Artikel 14	Preventieve zorg	57
	lid 1 Gezondheidscheck-up	57
	lid 2 Griepvaccinatie	57
Artikel 15	Buitenland	57
	lid 1 Onvoorzienne behandelingen	57
	lid 2 Voorzienne behandelingen	57
	lid 3 Wisselkoers	58
	lid 4 ONVZ Zorgassistance	58
	lid 5 Repatriëring	58
	lid 6 Medische gegevens	58
	lid 7 Telefoonkosten	58

Deel C Zorgdiensten

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	59
De ZorgConsulent ondersteunt u	59
Gezondheidsmagazine Lijf & Leden	59
Kraamzorg	59
Taxivervoer	59
ONVZ Zorgassistance	59
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	59

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Benfit

Als er volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de ONVZ Vrije Keuze Benfit een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven, volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen. Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1

Geboortezorg

lid 1

Kraamuitkering

Bij bevalling in een ziekenhuis, geboortecentrum, polikliniek of thuis heeft de moeder recht op een uitkering van € 250,-.

U kunt deze uitkering onder meer gebruiken om te betalen:

- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- kosten van uitgestelde of aanvullende kraamzorg;
- kosten van couveusenazorg;
- de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

lid 2

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de ONVZ Kraamzorg Service. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).

lid 3

Lactatiekundige

ONVZ vergoedt de kosten van maximaal twee consulten bij een lactatiekundige.

lid 4

Adoptie-uitkering

Bij adoptie van een kind jonger dan drie maanden keert ONVZ € 250,- uit als tegemoetkoming in de kosten van adoptiekraamzorg. Als twee ouders verzekerd zijn bij ONVZ bestaat aanspraak op maximaal één adoptie-uitkering per kind.

lid 5

Bewakingsapparatuur wiegendood

ONVZ vergoedt de kosten van huur van bewakingsapparatuur voor maximaal 18 maanden, op verwijzing van de behandelend arts en als ONVZ toestemming vooraf heeft verleend. Voor meer informatie of het aanvragen van bewakingsapparatuur kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 2

Beweegzorg

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

ONVZ vergoedt de kosten van maximaal twaalf behandelingen per kalenderjaar door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck, oefentherapeut Cesar, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, geriatriefysiotherapeut of psychosomatisch fysiotherapeut.

lid 2

Overige therapieën voor houding en beweging

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tezamen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar:

- chiropractie door een chiropractor;
- manuele therapie E.S.® door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
- osteopathie door een osteopaat;
- behandelingen door een sportarts.

lid 3

Beweegprogramma's

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende beweegprogramma's tezamen tot maximaal € 250,- per kalenderjaar:

- een beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden beweginginterventies en is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- het revalidatieprogramma Herstel & Balans, gericht op het verminderen van en leren omgaan met (rest) klachten voor mensen met kanker. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt uitgevoerd door een instelling met een licentie van de Stichting Herstel & Balans;

- een beweegprogramma dat deel uitmaakt van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan de overige componenten - dieetadvisering en gedragsverandering - geheel of gedeeltelijk volgens de Basisverzekering of een andere (aanvullende) zorgverzekering worden vergoed. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl. Het programma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie.

Artikel 3

Farmaceutische zorg

lid 1

ONVZ vergoedt tot maximaal € 200,- per kalenderjaar de kosten van terhandstelling van:

- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaanandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek, een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij.

Voor vergoeding van vaccinaties en preventieve middelen in verband met verblijf in het buitenland geldt artikel 5.

lid 2

ONVZ verleent geen vergoeding voor:

- andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling zoals bedoeld in lid 1;
- middelen die geregistreerd staan als 'Niet-geneesmiddel';
- homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
- zelfzorggeneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteit.

lid 3

ONVZ kan bepalen dat alleen door ONVZ aangewezen geneesmiddelen worden vergoed als het gaat om onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen. Als behandeling met het aangewezen geneesmiddel echter niet medisch verantwoord is, vergoedt ONVZ een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 4

Alternatieve geneeswijzen

lid 1

ONVZ vergoedt 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 en maximaal 20 consulten / behandelingen per kalenderjaar.

lid 2

ONVZ vergoedt geen kosten van met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de in lid 1 bedoelde arts of acupuncturist.

Artikel 5

Vaccinaties

ONVZ vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningococci en rabiës, en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria tot maximaal € 75,- per kalenderjaar.

Artikel 6

Vervangende mantelzorg

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt ONVZ vervangende mantelzorg voor maximaal acht dagen per kalenderjaar. De Stichting Mantelzorgvervanging Nederland "Handen-in-Huis" verleent de zorg. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg kunt u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 7

Eigen bijdragen hulpmiddelen

ONVZ vergoedt de eigen bijdragen volgens het Reglement Hulpmiddelen tezamen tot maximaal € 250,- per kalenderjaar. Het Reglement Hulpmiddelen maakt onderdeel uit van de Basisverzekering. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 8

Overige hulpmiddelen

Voor de vergoeding van verbandmiddelen geldt artikel 3 lid 1.

- lid 1 **Elleboogkrukken**
ONVZ vergoedt de kosten van aanschaf of huur van elleboogkrukken op voorschrift van de behandelend arts. De vergoeding bedraagt maximaal € 50,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Hulpmiddelen voor anticonceptie**
Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt ONVZ de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.
- lid 3 **Rolstoelen of invalidenwagens**
ONVZ vergoedt de kosten van huur van niet-(elektro)motorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens.
- lid 4 **Steunpessarium**
ONVZ vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.
- lid 5 **Steunzolen**
ONVZ vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Een orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen.
- lid 6 **Verpleegartikelen**
ONVZ vergoedt de kosten van huur van verpleegartikelen.
- lid 7 **Wekapparaten**
ONVZ vergoedt 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,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 9

Overige behandelingen en therapieën

- lid 1 **Acnebehandeling**
Als u jonger bent dan 21 jaar, vergoedt ONVZ de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of schoonheidsspecialiste. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts).
- lid 2 **Camouflagetherapie**
Als sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat of de hals, vergoedt ONVZ de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de hiervoor te gebruiken cosmetische producten.
- lid 3 **Diëtiste**
ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtiste tot maximaal € 120,- per kalenderjaar. De dieetadvisering vindt plaats op voorschrift van de huisarts, bedrijfsarts of tandarts.
- ONVZ vergoedt geen kosten van:
- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
 - behandeling van overgewicht bij een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren.
- lid 4 **Elektrische epilatie of laserbehandeling**
ONVZ vergoedt voor een vrouwelijke verzekerde met overmatige haargroei in het gezicht de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). De vergoeding bedraagt maximaal € 1.000,- voor de gehele duur van de verzekering.
- lid 5 **Lymfedrainage**
ONVZ vergoedt de kosten van behandeling van ernstig lymfoedeem door een huidtherapeut.
- lid 6 **MammaPrint**
ONVZ vergoedt de kosten van MammaPrint, op voorschrift van de behandelend medisch-specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint is een diagnostische test voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch-specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.
- lid 7 **Orthoptie**
ONVZ vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch-specialist.

- lid 8 **Overgangsconsulente**
ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente tot maximaal € 120,- per kalenderjaar. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VOC).
- lid 9 **Pedicure**
ONVZ vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis tot maximaal € 100,- per kalenderjaar.
- lid 10 **Podotherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt ONVZ ook de vervaardigde podotherapeutische zolen en orthesen.
- lid 11 **Psoriasisdagbehandeling**
ONVZ vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts.
- lid 12 **Sterilisatie**
ONVZ vergoedt de kosten van sterilisatie. De kosten van het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.
- lid 13 **Stottertherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van stottertherapie en de maaltijd- en verblijfkosten in het betreffende instituut, als die deel uitmaken van de behandeling. De vergoeding bedraagt maximaal € 350,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 10 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeerkamer**
- Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouders in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer. De vergoeding bedraagt maximaal € 12,50 per dag met een maximum van € 260,- per kalenderjaar.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer gedurende de periode van uw opname. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.
- lid 2 **Therapeutisch kamp voor jongeren**
ONVZ vergoedt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- voor maximaal één kamp per kalenderjaar.

Artikel 11 **Ziekenvervoer**

ONVZ vergoedt de kosten van ziekenvervoer binnen Nederland als vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt:

1. de eigen bijdrage volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
2. € 0,25 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
3. taxivervoer.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan ONVZ het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 12 **Reiskosten ziekenbezoek**

Als uw gezinslid in een ziekenhuis in Nederland is opgenomen, vergoedt ONVZ vanaf de achtste opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan dit opgenomen gezinslid. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. ONVZ vergoedt € 0,25 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. De vergoeding bedraagt maximaal € 150,- per kalenderjaar. Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij ONVZ.

Orthodontie

ONVZ vergoedt de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.365,- voor de gehele duur van de verzekering.

Niet vergoed worden de kosten van het maken en plaatsen van een MRA (Mandibulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Preventieve zorg

lid 1

Gezondheidscheck-up

Na bemiddeling door de ONVZ ZorgConsulent vergoedt ONVZ een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: medische vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sport- of beweegkeuring. Deze keuring bestaat uit: medische vragenlijst, BMI, vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat.

Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of sport- of beweegkeuring moet u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 2

Griepvaccinatie

ONVZ vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.

Buitenland

Als u voor kortere of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert ONVZ u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft en of u vooraf een formulier moet aanvragen. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of raadpleeg www.onvz.nl/buitenland.

ONVZ vergoedt de hierna omschreven kosten van geneeskundige zorg in het buitenland. Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1). Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of kunt u de toelichting *De grens van zorg in het buitenland* raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

lid 1

Onvoorzien behandelingen

Als sprake is van acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf in een EU-/EER- of verdragsland vergoedt ONVZ de kosten van:

- zorg die volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
- niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die geregistreerd staan als 'Niet geneesmiddel' tot maximaal € 75,- per kalenderjaar.

Als sprake is van acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf buiten een EU-/EER- of verdragsland vergoedt ONVZ de kosten van:

- zorg die volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
- niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die geregistreerd staan als 'Niet geneesmiddel' tot maximaal € 75,- per kalenderjaar.

lid 2

Voorziena behandelingen

ONVZ vergoedt de kosten:

- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de Basisverzekering, als de zorg is verleend in een door ONVZ erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Een overzicht van de erkende ziekenhuizen kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden;

- die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

lid 3

Wisselkoers

ONVZ vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij in vrijwel alle landen de gemiddelde wisselkoers in de maand voor de afwikkeling. Alleen bij nota's uit EU- en EER-landen die geen euro voeren, hanteert ONVZ de door het College voor zorgverzekeringen berekende koers. Dat is de gemiddelde koers in de eerste maand van het kwartaal voor de afwikkeling.

lid 4

ONVZ Zorgassistance

Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met ONVZ Zorgassistance. Hierbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar (zie deel C).

lid 5

Repatriëring

Bij ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bij tijdelijk verblijf in het buitenland bestaat aanspraak op medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland met de voorgeschreven medische begeleiding. Bij overlijden vergoedt ONVZ de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot naar Nederland. ONVZ Zorgassistance organiseert de repatriëring.

Bij de noodzaak tot repatriëring bent u verplicht om direct hulp van ONVZ Zorgassistance in te (laten) roepen. Hierbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven.

lid 6

Medische gegevens

U geeft - voor zover nodig - toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van ONVZ. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname of de repatriëring.

lid 7

Telefoonkosten

ONVZ vergoedt de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Benfit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De ONVZ ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 - 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

De ZorgConsulent ondersteunt u

De ZorgConsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening.

Het regelen van:

- bewakingsapparatuur wiegendood, zie deel B, art. 1 lid 5;
- vervangende mantelzorg, zie deel B, art. 6;
- gezondheidscheck-up, zie deel B, art. 14, lid 1;
- telefonisch een arts of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De ONVZ ZorgConsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De ZorgConsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De ZorgConsulent verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

Gezondheidsmagazine Lijf & Leden

Het gezondheidsmagazine Lijf & Leden informeert u over onderwerpen rond gezondheid, vitaliteit en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. ONVZ zendt het magazine driemaal per jaar gratis toe.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. De ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 05. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.onvz.nl/kraamzorg. Een overzicht van de inhoud van het kraampakket kunt u raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 11 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

ONVZ Zorgassistance

Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met ONVZ Zorgassistance. Dit geldt ook bij de noodzaak tot repatriëring. Hierbij dient u uw burgerservicenummer of naam van de verzekeringnemer op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 67.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt 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 kosten van zorg die niet door ONVZ worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

ONVZ vergoedt de totale kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Een reglement met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij ONVZ Verhaalszaken of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u 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

Artikel 1	Geboortezorg	64
	lid 1 Kraamuitkering	64
	lid 2 Kraampakket	64
	lid 3 Lactatiekundige	64
	lid 4 Geboortetens	64
	lid 5 Adoptie-uitkering	64
	lid 6 Bewakingsapparatuur wiegendood	64
	lid 7 Sensormatje	64
Artikel 2	Beweegzorg	64
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	64
	lid 2 Overige therapieën voor houding en beweging	64
	lid 3 Beweegprogramma's	65
Artikel 3	Eerstelijnspsychologische zorg	65
Artikel 4	Farmaceutische zorg	65
Artikel 5	Alternatieve geneeswijzen	65
Artikel 6	Vaccinaties	66
Artikel 7	Huishoudelijke hulp	66
Artikel 8	Vervangende mantelzorg	66
Artikel 9	Eigen bijdragen hulpmiddelen	66
Artikel 10	Overige hulpmiddelen	66
	lid 1 Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling	66
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	66
	lid 3 Loophulpmiddelen	66
	lid 4 Rolstoelen of invalidenwagens	67
	lid 5 Steunpessarium	67
	lid 6 Steunzolen	67
	lid 7 Verpleegartikelen	67
	lid 8 Wekapparaten	67
Artikel 11	Overige behandelingen en therapieën	67
	lid 1 Acnebehandeling	67
	lid 2 Camouflagetherapie	67
	lid 3 Diëtiste	67
	lid 4 Elektrische epilatie of laserbehandeling	67
	lid 5 Lymfedrainage	67
	lid 6 MammaPrint	67
	lid 7 Orthoptie	67
	lid 8 Overgangsconsulente	67
	lid 9 Pedicure	67
	lid 10 Plastische chirurgie	68
	lid 11 Podothérapie	68
	lid 12 Psoriasisdagbehandeling	68
	lid 13 Sterilisatie	68
	lid 14 Stottertherapie	68
Artikel 12	Verblijfkosten	68
	lid 1 Verblijf in een logeershuis	68
	lid 2 Verblijf in een hospice	68
	lid 3 Therapeutisch kamp voor jongeren	68
Artikel 13	Ziekenvervoer	68
Artikel 14	Reiskosten ziekenbezoek	69
Artikel 15	Mondzorg	69
Artikel 16	Preventieve zorg	69
	lid 1 Gezondheidscheck-up	69
	lid 2 Griepvaccinatie	69
	lid 3 Lidmaatschap patiëntenvereniging	69
	lid 4 Preventiecurussen	69
	lid 5 Preventief medisch onderzoek	69
	lid 6 Programma's voor stoppen met roken	69

Artikel 17	Buitenland	70
	lid 1 Onvoorziene behandelingen	70
	lid 2 Voorziene behandelingen	70
	lid 3 Wisselkoers	70
	lid 4 ONVZ Zorgassistance	70
	lid 5 Repatriëring	70
	lid 6 Medische gegevens	70
	lid 7 Telefoonkosten	70
	Deel C Zorgdiensten	
	ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	71
	De ZorgConsulent ondersteunt u	71
	Gezondheidsmagazine Lijf & Leden	71
	Kraamzorg	71
	Taxivervoer	71
	ONVZ Zorgassistance	71
	Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	71

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Optifit

Als er volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de ONVZ Vrije Keuze Optifit een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven, volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen. Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1

Geboortezorg

lid 1

Kraamuitkering

Bij bevalling in een ziekenhuis, geboortecentrum, polikliniek of thuis heeft de moeder recht op een uitkering van € 350,-.

U kunt deze uitkering onder meer gebruiken om te betalen:

- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- kosten van uitgestelde of aanvullende kraamzorg;
- kosten van couveusezorg;
- de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

lid 2

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de ONVZ Kraamzorg Service. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).

lid 3

Lactatiekundige

ONVZ vergoedt de kosten van maximaal vier consulten bij een lactatiekundige.

lid 4

Geboortetens

ONVZ vergoedt de kosten van huur voor maximaal zes weken van een geboortetens. Een geboortetens is een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling. Een aanvraag voor de geboortetens kunt u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 5

Adoptie-uitkering

Bij adoptie van een kind jonger dan drie maanden keert ONVZ € 350,- uit als tegemoetkoming in de kosten van adoptiekraamzorg. Als twee ouders verzekerd zijn bij ONVZ bestaat aanspraak op maximaal één adoptie-uitkering per kind.

lid 6

Bewakingsapparatuur wiegendood

ONVZ vergoedt de kosten van huur van bewakingsapparatuur voor maximaal 18 maanden, op verwijzing van de behandelend arts en als ONVZ toestemming vooraf heeft verleend. Voor meer informatie of het aanvragen van bewakingsapparatuur kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 7

Sensormatje

ONVZ vergoedt de kosten van een sensormatje voor bewegings- en ademhalingsregistratie bij een pasgeborene, maximaal één per pasgeborene. U kunt het sensormatje aanschaffen vanaf vier weken voor de uitgerekende bevallingsdatum tot maximaal drie maanden na de geboorte.

Artikel 2

Beweegzorg

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

ONVZ vergoedt de kosten van maximaal 35 behandelingen per kalenderjaar door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck, oefentherapeut Cesar, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, geriatriefysiotherapeut of psychosomatisch fysiotherapeut.

lid 2

Overige therapieën voor houding en beweging

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tezamen tot maximaal € 750,- per kalenderjaar:

- chiropractie door een chiropractor;
- manuele therapie E.S.® door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
- osteopathie door een osteopaat;
- behandelingen door een sportarts.

lid 3

Beweegprogramma's

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende beweegprogramma's tezamen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar:

- een beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden beweeginterventies en is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- het revalidatieprogramma Herstel & Balans, gericht op het verminderen van en leren omgaan met (rest) klachten voor mensen met kanker. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt uitgevoerd door een instelling met een licentie van de Stichting Herstel & Balans;
- een beweegprogramma volgens de methode van CytoFys, OncoMove of Sportplan Tegenkracht tijdens een chemotherapiebehandeling. Het beweegprogramma is voorgeschreven door de behandelend arts en een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum verzorgt de begeleiding;
- een beweegprogramma dat deel uitmaakt van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan de overige componenten - dieetadvisering en gedragsverandering - geheel of gedeeltelijk volgens de Basisverzekering of een andere (aanvullende) zorgverzekering worden vergoed. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl. Het programma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie.

Artikel 3

Eerstelijnspsychologische zorg

ONVZ vergoedt de kosten van eerstelijnspsychologische zorg vanaf de zesde zitting tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg. De eerste vijf zittingen eerstelijnspsychologische zorg zijn volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering vergoed.

ONVZ vergoedt geen:

- eigen bijdragen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- kosten voor behandeling van aanpassingsstoornissen.

Artikel 4

Farmaceutische zorg

lid 1

ONVZ vergoedt tot maximaal € 4.540,- per kalenderjaar de kosten van terhandstelling van:

- geregistreerde zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek, een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij.

Voor de vergoeding van:

- geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen geldt artikel 5, lid 2;
- vaccinaties en preventieve middelen in verband met verblijf in het buitenland geldt artikel 6.

lid 2

ONVZ verleent geen vergoeding voor:

- kosten van andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling zoals bedoeld in lid 1;
- kosten van middelen die geregistreerd staan als 'Niet geneesmiddel'.

lid 3

ONVZ kan bepalen dat alleen door ONVZ aangewezen geneesmiddelen worden vergoed als het gaat om onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen. Als behandeling met het aangewezen geneesmiddel echter niet medisch verantwoord is, vergoedt ONVZ een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 5

Alternatieve geneeswijzen

lid 1

ONVZ vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een arts-acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult / behandeling met een maximum van één consult / behandeling per dag. ONVZ vergoedt maximaal € 750,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.

lid 2 ONVZ vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult / behandeling met een maximum van één consult / behandeling per dag. ONVZ vergoedt maximaal € 250,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.

lid 3 ONVZ vergoedt tot maximaal € 250,- per kalenderjaar:

- de kosten van geregistreerde homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. De homeopathische of antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts of behandelaar en geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- de kosten van met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de in lid 1 en 2 bedoelde arts of behandelaar.

Artikel 6 Vaccinaties

ONVZ vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningococci en rabiës, en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria tot maximaal € 100,- per kalenderjaar.

Artikel 7 Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp is een voorziening volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Als u geen gebruik kunt maken van deze WMO-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel. De eigen bijdragen volgens de WMO worden niet vergoed.

ONVZ vergoedt de kosten van huishoudelijke hulp tot maximaal € 205,- als:

- u 18 jaar of ouder bent,
- de hulp direct aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal vijf dagen,
- de hulp zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag is aangevraagd bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C), en
- de ONVZ ZorgConsulent de huishoudelijke hulp heeft geregeld.

Artikel 8 Vervangende mantelzorg

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt ONVZ vervangende mantelzorg voor maximaal acht dagen per kalenderjaar. De Stichting Mantelzorgvervanging Nederland "Handen-in-Huis" verleent de zorg. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg kunt u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 9 Eigen bijdragen hulpmiddelen

ONVZ vergoedt de eigen bijdragen volgens het Reglement Hulpmiddelen tezamen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. Het Reglement Hulpmiddelen maakt onderdeel uit van de Basisverzekering. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 10 Overige hulpmiddelen

Voor de vergoeding van verbandmiddelen geldt artikel 4 lid 1.

lid 1 Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling

ONVZ vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen, versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking of ooglaserbehandeling tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.

lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie

Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt ONVZ de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.

lid 3 Loophulpmiddelen

ONVZ vergoedt de kosten van aanschaf of huur van:

- elleboogkrukken;
- loophulpen met drie of vier poten;
- looprekken;
- rollators;
- serveerwagens.

De hulpmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch-specialist.

De vergoeding voor alle hulpmiddelen tezamen bedraagt maximaal € 100,- per kalenderjaar.

- lid 4 **Rolstoelen of invalidenwagens**
ONVZ vergoedt de kosten van huur van niet-(elektro)motorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens.
- lid 5 **Steunpessarium**
ONVZ vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.
- lid 6 **Steunzolen**
ONVZ vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Een orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen.
- lid 7 **Verpleegartikelen**
ONVZ vergoedt de kosten van huur van verpleegartikelen.
- lid 8 **Wekapparaten**
ONVZ vergoedt 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,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 11 Overige behandelingen en therapieën

- lid 1 **Acnebehandeling**
Als u jonger bent dan 21 jaar, vergoedt ONVZ de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of schoonheidsspecialiste. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts).
- lid 2 **Camouflagetherapie**
Als sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat of de hals, vergoedt ONVZ de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de hiervoor te gebruiken cosmetische producten.
- lid 3 **Diëtiste**
ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtiste tot maximaal € 200,- per kalenderjaar. De dieetadviesgeving vindt plaats op voorschrift van de huisarts, bedrijfsarts of tandarts.
- ONVZ vergoedt geen kosten van:
- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
 - behandeling van overgewicht bij een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren. Kosten van deze zorg vergoedt ONVZ als preventiecurussen (artikel 16, lid 4).
- lid 4 **Elektrische epilatie of laserbehandeling**
ONVZ vergoedt voor een vrouwelijke verzekerde met overmatige haargroei in het gezicht de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). De vergoeding bedraagt maximaal € 1.000,- voor de gehele duur van de verzekering.
- lid 5 **Lymfedrainage**
ONVZ vergoedt de kosten van behandeling van ernstig lymfoedeem door een huidtherapeut.
- lid 6 **MammaPrint**
ONVZ vergoedt de kosten van MammaPrint, op voorschrift van de behandelend medisch-specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint is een diagnostische test voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaïngen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch-specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.
- lid 7 **Orthoptie**
ONVZ vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 750,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch-specialist.
- lid 8 **Overgangsconsulente**
ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente tot maximaal € 250,- per kalenderjaar. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VOC).
- lid 9 **Pedicure**
ONVZ vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis tot maximaal € 200,- per kalenderjaar.

lid 10

Plastische chirurgie

ONVZ vergoedt de kosten van:

- het corrigeren van standsafwijkingen van de oren (flaporen) voor kinderen tot 18 jaar;
- de volgende behandelingen bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis:
 1. correctie van bovenoogleden;
 2. correctie van de buikwand (vetschortoperatie);
 3. het operatief vervangen van borstprothesen.

Een vergoedingsregeling kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

lid 11

Podotherapie

ONVZ vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt ONVZ ook de vervaardigde podotherapeutische zolen en orthesen.

lid 12

Psoriasisdagbehandeling

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts.

lid 13

Sterilisatie

ONVZ vergoedt de kosten van sterilisatie. De kosten van het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.

lid 14

Stottertherapie

ONVZ vergoedt de kosten van stottertherapie en de maaltijd- en verblijfkosten in het betreffende instituut, als die deel uitmaken van de behandeling. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 12

Verblijfkosten

lid 1

Verblijf in een logeerhuis

- Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouders in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis. De vergoeding bedraagt maximaal € 12,50 per dag met een maximum van € 260,- per kalenderjaar.
- Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van uw opname. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.

lid 2

Verblijf in een hospice

ONVZ vergoedt de eigen bijdrage van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis gedurende maximaal drie maanden, als het verblijf is geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch-specialist. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.

lid 3

Therapeutisch kamp voor jongeren

ONVZ vergoedt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening. De vergoeding bedraagt maximaal € 300,- per kalenderjaar.

Artikel 13

Ziekenvervoer

ONVZ vergoedt de kosten van ziekenvervoer binnen Nederland als vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt:

1. de eigen bijdrage volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
2. € 0,25 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
3. taxivervoer.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan ONVZ het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

Reiskosten ziekenbezoek

Als uw gezinslid in een ziekenhuis in Nederland is opgenomen, vergoedt ONVZ vanaf de achtste opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan dit opgenomen gezinslid. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. ONVZ vergoedt € 0,25 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar. Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij ONVZ.

Mondzorg

- lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd.
- lid 2 Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoedt ONVZ de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten). Een tandarts verleent de zorg. In geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de zorg verlenen. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per kalenderjaar.
- lid 3 De volgende kosten worden niet vergoed:
- het bleken van elementen;
 - het maken en plaatsen van een MRA (Mandibulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Preventieve zorg

- lid 1 **Gezondheidscheck-up**
Na bemiddeling door de ONVZ ZorgConsulent vergoedt ONVZ een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: medische vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sport- of beweegkeuring. Deze keuring bestaat uit: medische vragenlijst, BMI, vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat.

Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of sport- of beweegkeuring moet u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).
- lid 2 **Griepvaccinatie**
ONVZ vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.
- lid 3 **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 ONVZ eenmalig maximaal € 25,- gedurende de gehele duur van de verzekering. ONVZ vergoedt de bijdrage na het overleggen van een kopie van het inschrijvings- en betalingsbewijs.
- lid 4 **Preventiecurssussen**
ONVZ vergoedt de kosten van maximaal twee door ONVZ erkende preventiecurssussen per kalenderjaar. De vergoeding van de cursussen tezamen bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar. Een overzicht van de erkende preventiecurssussen kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 5 **Preventief medisch onderzoek**
ONVZ vergoedt de kosten van preventief medisch onderzoek voor 50% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar. Uitgesloten zijn de kosten van een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).
- lid 6 **Programma's voor stoppen met roken**
ONVZ vergoedt de kosten van de volgende programma's voor stoppen met roken:
- Lasertherapie;
 - Allen Carr-training;
 - De Opluchting-training.

Buitenland

Als u voor kortere of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert ONVZ u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft en of u vooraf een formulier moet aanvragen. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of raadpleeg www.onvz.nl/buitenland.

ONVZ vergoedt de hierna omschreven kosten van geneeskundige zorg in het buitenland. Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1). Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of kunt u de toelichting *De grens van zorg in het buitenland* raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

lid 1

Onvoorzien behandelingen

Als sprake is van acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt ONVZ de kosten van:

- zorg die volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
- niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die geregistreerd staan als 'Niet geneesmiddel' tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.

lid 2

Voorziena behandelingen

ONVZ vergoedt de kosten:

- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de Basisverzekering, als de zorg is verleend in een door ONVZ erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Een overzicht van de erkende ziekenhuizen kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden;
- die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

lid 3

Wisselkoers

ONVZ vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij in vrijwel alle landen de gemiddelde wisselkoers in de maand voor de afwikkeling. Alleen bij nota's uit EU- en EER-landen die geen euro voeren, hanteert ONVZ de door het College voor zorgverzekeringen berekende koers. Dat is de gemiddelde koers in de eerste maand van het kwartaal voor de afwikkeling.

lid 4

ONVZ Zorgassistance

Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met ONVZ Zorgassistance. Hierbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar (zie deel C).

lid 5

Repatriëring

Bij ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bij tijdelijk verblijf in het buitenland bestaat aanspraak op medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland met de voorgeschreven medische begeleiding. Bij overlijden vergoedt ONVZ de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot naar Nederland. ONVZ Zorgassistance organiseert de repatriëring.

Bij de noodzaak tot repatriëring bent u verplicht om direct hulp van ONVZ Zorgassistance in te (laten) roepen. Hierbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven.

lid 6

Medische gegevens

U geeft - voor zover nodig - toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van ONVZ. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname of de repatriëring.

lid 7

Telefoonkosten

ONVZ vergoedt de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Optifit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De ONVZ ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 - 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

De ZorgConsulent ondersteunt u

De ZorgConsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- preventiecurcussen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening.

Het regelen van:

- geboortetens, zie deel B, art. 1 lid 4;
- bewakingsapparatuur wiegendood, zie deel B, art. 1 lid 6;
- huishoudelijke hulp, zie deel B, art. 7;
- vervangende mantelzorg, zie deel B, art. 8;
- gezondheidscheck-up, zie deel B, art. 16, lid 1;
- preventief medisch onderzoek, zie deel B, art. 16 lid 5;
- telefonisch een arts of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De ONVZ ZorgConsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De ZorgConsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De ZorgConsulent verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

Gezondheidsmagazine Lijf & Leden

Het gezondheidsmagazine Lijf & Leden informeert u over onderwerpen rond gezondheid, vitaliteit en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. ONVZ zendt het magazine driemaal per jaar gratis toe.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. De ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 05. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.onvz.nl/kraamzorg. Een overzicht van de inhoud van het kraampakket kunt u raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 13 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

ONVZ Zorgassistance

Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met ONVZ Zorgassistance. Dit geldt ook bij de noodzaak tot repatriëring. Hierbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 67.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt 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 kosten van zorg die niet door ONVZ worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

ONVZ vergoedt de totale kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Een reglement met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij ONVZ Verhaalszaken of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u 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

Artikel 1	Geboortezorg	76
	lid 1 Kraamuitkering	76
	lid 2 Kraampakket	76
	lid 3 Lactatiekundige	76
	lid 4 Geboortetens	76
	lid 5 Adoptie-uitkering	76
	lid 6 Bewakingsapparatuur wiegendood	76
	lid 7 Sensormatje	76
Artikel 2	Beweegzorg	76
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	76
	lid 2 Overige therapieën voor houding en beweging	76
	lid 3 Beweegprogramma's	77
Artikel 3	Eerstelijnspsychologische zorg	77
Artikel 4	Farmaceutische zorg	77
Artikel 5	Alternatieve geneeswijzen	77
Artikel 6	Vaccinaties	78
Artikel 7	Eigen bijdragen hulpmiddelen	78
Artikel 8	Overige hulpmiddelen	78
	lid 1 Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling	78
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	78
	lid 3 Loophulpmiddelen	78
	lid 4 Rolstoelen of invalidenwagens	78
	lid 5 Steunpessarium	78
	lid 6 Steunzolen	78
	lid 7 Verpleegartikelen	78
	lid 8 Wekapparaten	78
Artikel 9	Ziekenvervoer	79
Artikel 10	Reiskosten ziekenbezoek	79
Artikel 11	Mondzorg	79
Artikel 12	Overige behandelingen en therapieën	79
	lid 1 Acnebehandeling	79
	lid 2 Camouflagetherapie	79
	lid 3 Diëtiste	79
	lid 4 Elektrische epilatie of laserbehandeling	79
	lid 5 Ergotherapie	79
	lid 6 In-vitrofertilisatie (ivf)	80
	lid 7 Lymfedrainage	80
	lid 8 MammaPrint	80
	lid 9 Orthoptie	80
	lid 10 Overgangsconsulente	80
	lid 11 Pedicure	80
	lid 12 Plastische chirurgie	80
	lid 13 Podotherapie	80
	lid 14 Psoriasisdagbehandeling	80
	lid 15 Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)	80
	lid 16 Stottertherapie	80
Artikel 13	Verblijfkosten	80
	lid 1 Verblijf in een logeerkamer	80
	lid 2 Verblijf in een hospice	80
	lid 3 Therapeutisch kamp voor jongeren	80
	lid 4 Herstellingsoord	81
	lid 5 Kuuroord	81
Artikel 14	Huishoudelijke hulp	81
Artikel 15	Vervangende mantelzorg	81
Artikel 16	Kinderopvang	81
Artikel 17	Preventieve zorg	81
	lid 1 Gezondheidscheck-up	81
	lid 2 Griepvaccinatie	81
	lid 3 Lidmaatschap patiëntenvereniging	81
	lid 4 Preventiecurssussen	82
	lid 5 Preventief medisch onderzoek	82
	lid 6 Programma's voor stoppen met roken	82

Artikel 18	Buitenland	82
	lid 1 Onvoorziene behandelingen	82
	lid 2 Voorziene behandelingen	82
	lid 3 Wisselkoers	82
Artikel 19	ONVZ Zorgassistance	82
	Deel C Zorgdiensten	
	ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	84
	De ZorgConsulent ondersteunt u	84
	Gezondheidsmagazine Lijf & Leden	84
	Kraamzorg	84
	Taxivervoer	84
	Kinderopvang	84
	ONVZ Zorgassistance	85
	Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	85

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Topfit

Als er volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de ONVZ Vrije Keuze Topfit een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven, volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen. Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1

Geboortezorg

lid 1

Kraamuitkering

Bij bevalling in een ziekenhuis, geboortecentrum, polikliniek of thuis heeft de moeder recht op een uitkering van € 455,-.

U kunt deze uitkering onder meer gebruiken om te betalen:

- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- kosten van uitgestelde of aanvullende kraamzorg;
- kosten van couveusezorg;
- de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

lid 2

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de ONVZ Kraamzorg Service.

De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).

lid 3

Lactatiekundige

ONVZ vergoedt de kosten van zorg door een lactatiekundige.

lid 4

Geboortetens

ONVZ vergoedt de kosten van huur voor maximaal zes weken van een geboortetens. Een geboortetens is een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling. Een aanvraag voor de geboortetens kunt u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 5

Adoptie-uitkering

Bij adoptie van een kind jonger dan drie maanden keert ONVZ € 455,- uit als tegemoetkoming in de kosten van adoptiekraamzorg. Als twee ouders verzekerd zijn bij ONVZ bestaat aanspraak op maximaal één adoptie-uitkering per kind.

lid 6

Bewakingsapparatuur wiegendood

ONVZ vergoedt de kosten van huur van bewakingsapparatuur, op verwijzing van de behandelend arts en als ONVZ toestemming vooraf heeft verleend. Voor meer informatie of het aanvragen van bewakingsapparatuur kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 7

Sensormatje

ONVZ vergoedt de kosten van een sensormatje voor bewegings- en ademhalingsregistratie bij een pasgeborene, maximaal één per pasgeborene. U kunt het sensormatje aanschaffen vanaf vier weken voor de uitgerekende bevallingsdatum tot maximaal drie maanden na de geboorte.

Artikel 2

Beweegzorg

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck, oefentherapeut Cesar, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, geriatriefysiotherapeut of psychosomatisch fysiotherapeut.

lid 2

Overige therapieën voor houding en beweging

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tezamen tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar:

- chiropractie door een chiropractor;
- manuele therapie E.S.@ door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
- osteopathie door een osteopaat;
- behandelingen door een sportarts.

lid 3

Beweegprogramma's

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende beweegprogramma's:

- een beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden beweginginterventies en is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- het revalidatieprogramma Herstel & Balans, gericht op het verminderen van en leren omgaan met (rest) klachten voor mensen met kanker. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt uitgevoerd door een instelling met een licentie van de Stichting Herstel & Balans;
- een beweegprogramma volgens de methode van CytoFys, OncoMove of Sportplan Tegenkracht tijdens een chemotherapiebehandeling. Het beweegprogramma is voorgeschreven door de behandelend arts en een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum verzorgt de begeleiding;
- een beweegprogramma dat deel uitmaakt van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan de overige componenten - dieetadvisering en gedragsverandering - geheel of gedeeltelijk volgens de Basisverzekering of een andere (aanvullende) zorgverzekering worden vergoed. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl. Het programma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie;
- senioren Fitzwemmen of 50-Fit zwemmen. ONVZ vergoedt maximaal € 50,- per kalenderjaar. De training is gericht op senioren en bedoeld als ondersteuning van gezondheid en conditie, lenigheid, spierkracht en coördinatie.

Artikel 3

Eerstelijnspsychologische zorg

ONVZ vergoedt de kosten van eerstelijnspsychologische zorg vanaf de zesde zitting tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg. De eerste vijf zittingen eerstelijnspsychologische zorg zijn volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering vergoed.

ONVZ vergoedt geen:

- eigen bijdragen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- kosten voor behandeling van aanpassingsstoornissen.

Artikel 4

Farmaceutische zorg

lid 1

ONVZ vergoedt tot maximaal € 4.540,- per kalenderjaar de kosten van terhandstelling van:

- geregistreerde zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaanandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch-specialist, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek, een apotheekhoudend huisarts of een drogistierij.

Voor de vergoeding van:

- geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen geldt artikel 5, lid 3;
- vaccinaties en preventieve middelen in verband met verblijf in het buitenland geldt artikel 6.

lid 2

ONVZ verleent geen vergoeding voor:

- kosten van andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling zoals bedoeld in lid 1;
- kosten van middelen die geregistreerd staan als 'Niet geneesmiddel'.

Artikel 5

Alternatieve geneeswijzen

lid 1

ONVZ vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een arts-acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult / behandeling met een maximum van één consult / behandeling per dag. ONVZ vergoedt maximaal € 1.000,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.

lid 2

ONVZ vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult / behandeling met een maximum van één consult / behandeling per dag. ONVZ vergoedt maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.

- lid 3 ONVZ vergoedt tot maximaal € 500,- per kalenderjaar:
- de kosten van geregistreerde homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. De homeopathische of antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts of behandelaar en geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts;
 - de kosten van met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de in lid 1 en 2 bedoelde arts of behandelaar.

Artikel 6 Vaccinaties

ONVZ vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria.

Artikel 7 Eigen bijdragen hulpmiddelen

ONVZ vergoedt de eigen bijdragen volgens het Reglement Hulpmiddelen tezamen tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. Het Reglement Hulpmiddelen maakt onderdeel uit van de Basisverzekering. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 8 Overige hulpmiddelen

Voor de vergoeding van verbandmiddelen geldt artikel 4 lid 1.

- lid 1 **Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling**
ONVZ vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen, versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking of ooglaserbehandeling tot maximaal € 300,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Hulpmiddelen voor anticonceptie**
Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt ONVZ de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.
- lid 3 **Loophulpmiddelen**
ONVZ vergoedt de kosten van aanschaf of huur van:
- elleboogkrukken;
 - loophulpen met drie of vier poten;
 - looprekken;
 - rollators;
 - serveerwagens.
- De hulpmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch-specialist.
- De vergoeding voor alle hulpmiddelen tezamen bedraagt maximaal € 100,- per kalenderjaar.
- lid 4 **Rolstoelen of invalidenwagens**
ONVZ vergoedt de kosten van huur van niet-(elektro)motorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens.
- lid 5 **Steunpessarium**
ONVZ vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.
- lid 6 **Steunzolen**
ONVZ vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Een orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen.
- lid 7 **Verpleegartikelen**
ONVZ vergoedt de kosten van huur van verpleegartikelen.
- lid 8 **Wekapparaten**
ONVZ vergoedt de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief bandages).

Artikel 9

Ziekenvervoer

ONVZ vergoedt de kosten van ziekenvervoer binnen Nederland als vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt:

1. de eigen bijdrage volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
2. € 0,25 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
3. taxivervoer.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan ONVZ het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 10

Reiskosten ziekenbezoek

Als uw gezinslid in een ziekenhuis in Nederland is opgenomen, vergoedt ONVZ vanaf de achtste opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan dit opgenomen gezinslid. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. ONVZ vergoedt € 0,25 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij ONVZ.

Artikel 11

Mondzorg

lid 1

ONVZ vergoedt de kosten van orthodontie (gebtsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt ONVZ de kosten van behandeling tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

lid 2

Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoedt ONVZ de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten). Een tandarts verleent de zorg. In geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de zorg verlenen.

lid 3

De volgende kosten worden niet vergoed:

- het bleken van elementen;
- het maken en plaatsen van een MRA (Mandibulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Artikel 12

Overige behandelingen en therapieën

lid 1

Acnebehandeling

Als u jonger bent dan 21 jaar, vergoedt ONVZ de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of schoonheidsspecialiste. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts).

lid 2

Camouflagetherapie

ONVZ vergoedt de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de hiervoor te gebruiken cosmetische producten.

lid 3

Diëtiste

ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtiste. De dieetadviesing vindt plaats op voorschrift van de huisarts, bedrijfsarts of tandarts.

ONVZ vergoedt geen kosten van:

- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
- behandeling van overgewicht bij een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren. Kosten van deze zorg vergoedt ONVZ als preventiecurussen (artikel 17, lid 4).

lid 4

Elektrische epilatie of laserbehandeling

ONVZ vergoedt voor een vrouwelijke verzekerde met overmatige haargroei in het gezicht de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). De vergoeding bedraagt maximaal € 1.500,- voor de gehele duur van de verzekering.

lid 5

Ergotherapie

ONVZ vergoedt de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.

- lid 6 **In-vitrofertilisatie (ivf)**
ONVZ vergoedt de kosten van ivf-behandelingen in een ziekenhuis.
- lid 7 **Lymfedrainage**
ONVZ vergoedt de kosten van behandeling van ernstig lymfoedeem door een huidtherapeut.
- lid 8 **MammaPrint**
ONVZ vergoedt de kosten van MammaPrint, op voorschrift van de behandelend medisch-specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint is een diagnostische test voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch-specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.
- lid 9 **Orthoptie**
ONVZ vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch-specialist.
- lid 10 **Overgangsconsulente**
ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VVOC).
- lid 11 **Pedicure**
ONVZ vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis.
- lid 12 **Plastische chirurgie**
ONVZ vergoedt de kosten van:
 - het corrigeren van standsafwijkingen van de oren (flaporen) voor kinderen tot 18 jaar;
 - plastische en reconstructieve chirurgie bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
Een vergoedingsregeling kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 13 **Podotherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt ONVZ ook de vervaardigde podotherapeutische zolen en orthesen.
- lid 14 **Psoriasisdagbehandeling**
ONVZ vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum.
- lid 15 **Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)**
ONVZ vergoedt de kosten van sterilisatie en de kosten voor het ongedaan maken ervan.
- lid 16 **Stottertherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van stottertherapie en de maaltijd- en verblijfkosten in het betreffende instituut, als die deel uitmaken van de behandeling.

Artikel 13

Verblijfkosten

- lid 1 **Verblijf in een logeerkamer**
 - Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouders in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer gedurende de periode van uw opname.
 - Als u aansluitend op een transplantatie of een oncologische behandeling zelf in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer moet verblijven, vergoedt ONVZ de kosten van het verblijf van uzelf en een begeleider.
- lid 2 **Verblijf in een hospice**
ONVZ vergoedt de eigen bijdrage van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis gedurende maximaal drie maanden, als het verblijf is geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch-specialist. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.
- lid 3 **Therapeutisch kamp voor jongeren**
ONVZ vergoedt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening.

lid 4 **Herstellingsoord**
ONVZ vergoedt de kosten van verblijf in een door ONVZ erkend herstellingsoord. Het verblijf is bedoeld voor herstel na een lichamelijke ziekte of een daaraan verbonden medische behandeling. Het verblijf moet plaatsvinden op verwijzing van de behandelend arts. Een overzicht van de erkende herstellingsoord kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

lid 5 **Kuuroord**
ONVZ vergoedt de kosten van verblijf in een kuuroord, als u lijdt aan reumatoïde artritis of psoriasis tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Artikel 14 **Huishoudelijke hulp**

Huishoudelijke hulp is een voorziening volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Als u geen gebruik kunt maken van deze WMO-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel. De eigen bijdragen volgens de WMO worden niet vergoed.

ONVZ vergoedt de kosten van huishoudelijke hulp tot maximaal € 450,- als:

- u 18 jaar of ouder bent,
- de hulp direct aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal vijf dagen,
- de hulp zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag is aangevraagd bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C), en
- de ONVZ ZorgConsulent de huishoudelijke hulp heeft geregeld.

Artikel 15 **Vervangende mantelzorg**

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt ONVZ vervangende mantelzorg voor maximaal 16 dagen per kalenderjaar. De Stichting Mantelzorgvervangend Nederland "Handen-in-Huis" verleent de zorg. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg kunt u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 16 **Kinderopvang**

Als u als ouder in een ziekenhuis wordt opgenomen, vergoedt ONVZ vanaf de vierde opnamedag de kosten van kinderopvang. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per werkdag per meeverzekerd kind tot de leeftijd van 12 jaar met een maximum van 60 werkdagen. Een door de bevoegde instantie erkende instelling verleent de kinderopvang.

Als u dat wilt, kan ONVZ de kinderopvang voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 17 **Preventieve zorg**

lid 1 **Gezondheidscheck-up**
Na bemiddeling door de ONVZ ZorgConsulent vergoedt ONVZ een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: medische vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sport- of beweegkeuring. Deze keuring bestaat uit: medische vragenlijst, BMI, vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat.

Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of sport- of beweegkeuring moet u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 2 **Griepvaccinatie**
ONVZ vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.

lid 3 **Lidmaatschap patiëntenvereniging**
ONVZ vergoedt de minimale bijdrage voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) of de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad). ONVZ vergoedt de bijdrage na het overleggen van een kopie van het inschrijvings- en betalingsbewijs.

- lid 4 **Preventiecurssussen**
ONVZ vergoedt de kosten van maximaal twee door ONVZ erkende preventiecurssussen per kalenderjaar. De vergoeding van de curssussen tezamen bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar. Een overzicht van de erkende preventiecurssussen kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 5 **Preventief medisch onderzoek**
ONVZ vergoedt de kosten van preventief medisch onderzoek tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. Uitgesloten zijn de kosten van een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).
- lid 6 **Programma's voor stoppen met roken**
ONVZ vergoedt de kosten van de volgende programma's voor stoppen met roken:
- Lasertherapie;
 - Allen Carr-training;
 - De Opluchting-training.

Artikel 18

Buitenland

Als u voor kortere of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert ONVZ u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft en of u vooraf een formulier moet aanvragen. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of raadpleeg www.onvz.nl/buitenland.

ONVZ vergoedt de hierna omschreven kosten van geneeskundige zorg in het buitenland. Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1). Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of kunt u de toelichting *De grens van zorg in het buitenland* raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

- lid 1 **Onvoorzien behandelingen**
Als sprake is van acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf in het buitenland, vergoedt ONVZ de kosten van:
- zorg die volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
 - zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
 - niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die geregistreerd staan als 'Niet geneesmiddel' tot maximaal € 250,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Voorziena behandelingen**
ONVZ vergoedt de kosten:
- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de Basisverzekering, als de zorg is verleend in een door ONVZ erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Een overzicht van de erkende ziekenhuizen kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden;
 - die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.
- lid 3 **Wisselkoers**
ONVZ vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij in vrijwel alle landen de gemiddelde wisselkoers in de maand voor de afwikkeling. Alleen bij nota's uit EU- en EER-landen die geen euro voeren, hanteert ONVZ de door het College voor zorgverzekeringen berekende koers. Dat is de gemiddelde koers in de eerste maand van het kwartaal voor de afwikkeling.

Artikel 19

ONVZ Zorgassistance

- lid 1 Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met ONVZ Zorgassistance. Hierbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar (zie deel C).

lid 2

Als u een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland heeft, maar tijdelijk buiten Nederland verblijft, vergoedt ONVZ extra dienstverlening door of via ONVZ Zorgassistance.

- a. Bij acute ziekte of een ongeval vergoedt ONVZ:
 - het geven van garantie op rechtstreekse betaling van zorgkosten aan de betreffende zorginstelling;
 - noodzakelijke voorschotbetalingen;
 - toezending van noodzakelijke geneesmiddelen als deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn;
 - de kosten van repatriëring: bij ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat aanspraak op medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland met de voorgeschreven medische begeleiding;
 - de noodzakelijke extra verblijfkosten als repatriëring om medische redenen niet mogelijk is;
 - de reiskosten van een eenmalig bezoek van uw gezinslid als repatriëring om medische redenen niet mogelijk is.
- b. Bij overlijden vergoedt ONVZ de kosten van:
 - vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland, of
 - begrafenis of crematie in het buitenland en overkomst van gezinsleden tot maximaal het bedrag dat vergoed zou zijn bij repatriëring van het stoffelijk overschot naar Nederland.
- c. Als u in een noodsituatie belandt, waarbij opsporing of redding noodzakelijk is, vergoedt ONVZ de kosten van opsporing en redding tot een maximumbedrag van € 11.345,-.

ONVZ vergoedt de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

lid 3

U geeft - voor zover nodig - toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van ONVZ. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname of de repatriëring.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Topfit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De ONVZ ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 - 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

De ZorgConsulent ondersteunt u

De ZorgConsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- preventiecurssussen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening;
- patiëntenverenigingen.

Het regelen van:

- geboortetens, zie deel B, art. 1 lid 4;
- bewakingsapparatuur wiegendood, zie deel B, art. 1 lid 6;
- huishoudelijke hulp, zie deel B, art. 14;
- vervangende mantelzorg, zie deel B, art. 15;
- gezondheidscheck-up, zie deel B, art. 17, lid 1;
- preventief medisch onderzoek, zie deel B, art. 17 lid 5;
- telefonisch een arts of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De ONVZ ZorgConsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De ZorgConsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De ZorgConsulent verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

Gezondheidsmagazine Lijf & Leden

Het gezondheidsmagazine Lijf & Leden informeert u over onderwerpen rond gezondheid, vitaliteit en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. ONVZ zendt het magazine driemaal per jaar gratis toe.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. De ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 05. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.onvz.nl/kraamzorg. Een overzicht van de inhoud van het kraampakket kunt u raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 9 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Kinderopvang

Als u in een ziekenhuis wordt opgenomen, vergoedt ONVZ kosten van kinderopvang zoals omschreven in artikel 16 van deel B.

Als u dat wilt, kan de ONVZ ZorgConsulent de kinderopvang voor u regelen. U moet dit dan zo spoedig mogelijk, uiterlijk op de dag van opname, bij de ONVZ ZorgConsulent aanvragen. Een door ONVZ gecontracteerde organisatie verleent de kinderopvang. Deze organisatie spant zich maximaal in om de kinderopvang te realiseren.

ONVZ Zorgassistance

Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met ONVZ Zorgassistance. Dit geldt ook bij de noodzaak tot repatriëring. Hierbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

In artikel 17 deel B is omschreven welke dienstverlening ONVZ Zorgassistance u nog meer kan bieden.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 67.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt 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 kosten van zorg die niet door ONVZ worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

ONVZ vergoedt de totale kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Een reglement met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij ONVZ Verhaalszaken of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u 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

Artikel 1	Geboortezorg	90
	lid 1 Kraamuitkering	90
	lid 2 Kraampakket	90
	lid 3 Lactatiekundige	90
	lid 4 Geboortetens	90
	lid 5 Adoptie-uitkering	90
	lid 6 Bewakingsapparatuur wiegendood	90
	lid 7 Sensoratje	90
Artikel 2	Beweegzorg	90
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	90
	lid 2 Overige therapieën voor houding en beweging	90
	lid 3 Beweegprogramma's	91
Artikel 3	Eerstelijnspsychologische zorg	91
Artikel 4	Farmaceutische zorg	91
Artikel 5	Alternatieve geneeswijzen	91
Artikel 6	Vaccinaties	92
Artikel 7	Eigen bijdragen hulpmiddelen	92
Artikel 8	Overige hulpmiddelen	92
	lid 1 Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling	92
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	92
	lid 3 Loophulpmiddelen	92
	lid 4 Rolstoelen of invalidenwagens	92
	lid 5 Steunpessarium	92
	lid 6 Steunzolen	92
	lid 7 Verbandmiddelen	92
	lid 8 Verpleegartikelen	92
	lid 9 Wekapparaten	92
Artikel 9	Ziekenvervoer	93
Artikel 10	Reiskosten ziekenbezoek	93
Artikel 11	Mondzorg	93
Artikel 12	Overige behandelingen en therapieën	93
	lid 1 Acnebehandeling	93
	lid 2 Camouflagetherapie	93
	lid 3 Diëtiste	93
	lid 4 Elektrische epilatie of laserbehandeling	94
	lid 5 Ergotherapie	94
	lid 6 In-vitrofertilisatie (ivf)	94
	lid 7 Lymfedrainage	94
	lid 8 MammaPrint	94
	lid 9 Orthoptie	94
	lid 10 Overgangsconsulente	94
	lid 11 Pedicure	94
	lid 12 Plastische chirurgie	94
	lid 13 Podotherapie	94
	lid 14 Psoriasisdagbehandeling	94
	lid 15 Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)	94
	lid 16 Stottertherapie	94
Artikel 13	Verblijfkosten	94
	lid 1 Verblijf in een logeerhuis	94
	lid 2 Verblijf in een hospice	95
	lid 3 Therapeutisch kamp voor jongeren	95
	lid 4 Herstellingsoord	95
	lid 5 Kuuroord	95
Artikel 14	Huishoudelijke hulp	95
Artikel 15	Vervangende mantelzorg	95
Artikel 16	Kinderopvang	95
Artikel 17	Preventieve zorg	95
	lid 1 Gezondheidscheck-up	95
	lid 2 Griepvaccinatie	95
	lid 3 Lidmaatschap patiëntenvereniging	96
	lid 4 Preventiecurussen	96
	lid 5 Preventief medisch onderzoek	96
	lid 6 Programma's voor stoppen met roken	96

Artikel 18	Buitenland	96
	lid 1 Onvoorziene behandelingen	96
	lid 2 Voorziene behandelingen	96
	lid 3 Wisselkoers	96
Artikel 19	ONVZ Zorgassistance	97
Artikel 20	Privé Kamer	97
Artikel 21	Zorg Luxe	98
Artikel 22	Zorg Assistent	98
Artikel 23	Privékamer in het buitenland	98
Artikel 24	Ongevallendeckking	98
	lid 1 Nadere begripsomschrijvingen	98
	lid 2 Wat is verzekerd?	99
	lid 3 Nadere uitsluitingen	99
	lid 4 Omvang van de uitkering	100
	lid 5 Vaststelling uitkeringspercentage	101
	lid 6 Bestaande gezondheidstoestand	101
	lid 7 Medische expertise	101
	lid 8 Wat te doen na een ongeval?	101
	Deel C Zorgdiensten	
	ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	102
	De ZorgConsulent ondersteunt u	102
	Gezondheidsmagazine Lijf & Leden	102
	Kraamzorg	102
	Taxivervoer	102
	Kinderopvang	102
	ONVZ Zorgassistance	103
	Verhaalbijstand bij letselschade door een ongeval	103

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Superfit

Als er volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de ONVZ Vrije Keuze Superfit een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven, volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen. Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1

Geboortezorg

lid 1

Kraamuitkering

Bij bevalling in een ziekenhuis, geboortecentrum, polikliniek of thuis heeft de moeder recht op een uitkering van € 500,-.

U kunt deze uitkering onder meer gebruiken om te betalen:

- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- kosten van uitgestelde of aanvullende kraamzorg;
- kosten van couveusenazorg;
- de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

lid 2

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de ONVZ Kraamzorg Service. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).

lid 3

Lactatiekundige

ONVZ vergoedt de kosten van zorg door een lactatiekundige.

lid 4

Geboortetens

ONVZ vergoedt de kosten van huur voor maximaal zes weken van een geboortetens. Een geboortetens is een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling. Een aanvraag voor de geboortetens kunt u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 5

Adoptie-uitkering

Bij adoptie van een kind jonger dan drie maanden keert ONVZ € 500,- uit als tegemoetkoming in de kosten van adoptiekraamzorg. Als twee ouders verzekerd zijn bij ONVZ bestaat aanspraak op maximaal één adoptie-uitkering per kind.

lid 6

Bewakingsapparatuur wiegendood

ONVZ vergoedt de kosten van huur van bewakingsapparatuur, op verwijzing van de behandelend arts en als ONVZ toestemming vooraf heeft verleend. Voor meer informatie of het aanvragen van bewakingsapparatuur kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 7

Sensormatje

ONVZ vergoedt de kosten van een sensormatje voor bewegings- en ademhalingsregistratie bij een pasgeborene, maximaal één per pasgeborene. U kunt het sensormatje aanschaffen vanaf vier weken voor de uitgerekende bevallingsdatum tot maximaal drie maanden na de geboorte.

Artikel 2

Beweegzorg

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck, oefentherapeut Cesar, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, geriatriefysiotherapeut of psychosomatisch fysiotherapeut.

lid 2

Overige therapieën voor houding en beweging

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tezamen tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar:

- chiropractie door een chiropractor;
- manuele therapie E.S.@ door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
- osteopathie door een osteopaat;
- behandelingen door een sportarts.

lid 3

Beweegprogramma's

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende beweegprogramma's:

- een beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden beweeginterventies en is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- het revalidatieprogramma Herstel & Balans, gericht op het verminderen van en leren omgaan met (rest) klachten voor mensen met kanker. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt uitgevoerd door een instelling met een licentie van de Stichting Herstel & Balans;
- een beweegprogramma volgens de methode van CytoFys, OncoMove of Sportplan Tegenkracht tijdens een chemotherapiebehandeling. Het beweegprogramma is voorgeschreven door de behandelend arts en een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum verzorgt de begeleiding;
- een beweegprogramma dat deel uitmaakt van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan de overige componenten - dieetadvisering en gedragsverandering - geheel of gedeeltelijk volgens de Basisverzekering of een andere (aanvullende) zorgverzekering worden vergoed. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl. Het programma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie;
- Senioren Fitzzwemmen of 50-Fit zwemmen. ONVZ vergoedt maximaal € 50,- per kalenderjaar. De training is gericht op senioren en bedoeld als ondersteuning van gezondheid en conditie, lenigheid, spierkracht en coördinatie.

Artikel 3

Eerstelijnspsychologische zorg

ONVZ vergoedt de kosten van eerstelijnspsychologische zorg vanaf de zesde zitting tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar. Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg. De eerste vijf zittingen eerstelijnspsychologische zorg zijn volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering vergoed.

ONVZ vergoedt geen:

- eigen bijdragen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- kosten voor behandeling van aanpassingsstoornissen.

Artikel 4

Farmaceutische zorg

lid 1

ONVZ vergoedt de kosten van terhandstelling van:

- geregistreerde zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
 - geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
 - de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.
- De geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek, een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij.

Voor de vergoeding van:

- geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen geldt artikel 5, lid 3;
- vaccinaties en preventieve middelen in verband met verblijf in het buitenland geldt artikel 6.

lid 2

ONVZ verleent geen vergoeding voor:

- kosten van andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling zoals bedoeld in lid 1;
- kosten van middelen die geregistreerd staan als 'Niet geneesmiddel'.

Artikel 5

Alternatieve geneeswijzen

lid 1

ONVZ vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een arts-acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult / behandeling met een maximum van één consult / behandeling per dag. ONVZ vergoedt maximaal € 1.250,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.

lid 2

ONVZ vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult / behandeling met een maximum van één consult / behandeling per dag. ONVZ vergoedt maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.

- lid 3 ONVZ vergoedt tot maximaal € 750,- per kalenderjaar:
- de kosten van geregistreerde homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. De homeopathische of antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts of behandelaar en geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts;
 - de kosten van met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de in lid 1 en 2 bedoelde arts of behandelaar.

Artikel 6 Vaccinaties

ONVZ vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria.

Artikel 7 Eigen bijdragen hulpmiddelen

ONVZ vergoedt de eigen bijdragen volgens het Reglement Hulpmiddelen dat deel uitmaakt van de Basisverzekering. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 8 Overige hulpmiddelen

- lid 1 **Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserverwerking**
ONVZ vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen, versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking of ooglaserverwerking tot maximaal € 450,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Hulpmiddelen voor anticonceptie**
Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt ONVZ de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.
- lid 3 **Loophulpmiddelen**
ONVZ vergoedt de kosten van aanschaf of huur van:
 - elleboogkrukken;
 - loophulpen met drie of vier poten;
 - looprekken;
 - rollators;
 - serveerwagens.De hulpmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch-specialist.

De vergoeding voor alle hulpmiddelen tezamen bedraagt maximaal € 200,- per kalenderjaar.
- lid 4 **Rolstoelen of invalidenwagens**
ONVZ vergoedt de kosten van huur van niet-(elektro)motorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens.
- lid 5 **Steunpessarium**
ONVZ vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.
- lid 6 **Steunzolen**
ONVZ vergoedt de kosten van steunzolen, geleverd door een orthopedisch schoentechicus.
- lid 7 **Verbandmiddelen**
ONVZ vergoedt de kosten van verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van wonden of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts. De verbandmiddelen zijn voorgeschreven door een arts en geleverd door een apotheek, een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij.
- lid 8 **Verpleegartikelen**
ONVZ vergoedt de kosten van huur van verpleegartikelen.
- lid 9 **Wekapparaten**
ONVZ vergoedt de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief bandages).

Ziekenvervoer

ONVZ vergoedt de kosten van ziekenvervoer binnen Nederland als vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt:

1. de eigen bijdrage volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
2. € 0,25 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
3. taxivervoer.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan ONVZ het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

Reiskosten ziekenbezoek

Als uw gezinslid in een ziekenhuis in Nederland is opgenomen, vergoedt ONVZ vanaf de achtste opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan dit opgenomen gezinslid. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. ONVZ vergoedt € 0,25 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij ONVZ.

Mondzorg

lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist.

lid 2 Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoedt ONVZ de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten). Een tandarts verleent de zorg. In geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de zorg verlenen.

lid 3 Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt ONVZ de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) tot maximaal € 1.600,- per kalenderjaar. Een tandarts verleent de zorg. In geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de zorg verlenen.

lid 4 Voor tandheelkundige behandeling die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt ONVZ maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten tot maximaal € 500,-. Daarbij vergoedt ONVZ ook de techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen.

ONVZ verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval en de behandeling plaatsvinden binnen de looptijd van deze verzekering;
- het ongeval en de behandeling binnen een maand zijn gemeld;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- ONVZ toestemming vooraf heeft verleend.

lid 5 De volgende kosten worden niet vergoed:

- het bleken van elementen;
- het maken en plaatsen van een MRA (Mandibulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Overige behandelingen en therapieën

lid 1 **Acnebehandeling**
ONVZ vergoedt de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of schoonheidsspecialiste. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts).

lid 2 **Camouflagetherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de hiervoor te gebruiken cosmetische producten.

lid 3 **Diëtiste**
ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtiste. De dieetadvisering vindt plaats op voorschrift van de huisarts, bedrijfsarts of tandarts.

ONVZ vergoedt geen kosten van:

- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
- behandeling van overgewicht bij een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren. Kosten van deze zorg vergoedt ONVZ als preventiecurussen (artikel 17, lid 4).

- lid 4 **Elektrische epilatie of laserbehandeling**
ONVZ vergoedt voor een vrouwelijke verzekerde met overmatige haargroei in het gezicht de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). De vergoeding bedraagt maximaal € 2.000,- voor de gehele duur van de verzekering.
- lid 5 **Ergotherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.
- lid 6 **In-vitrofertilisatie (ivf)**
ONVZ vergoedt de kosten van ivf-behandelingen in een ziekenhuis.
- lid 7 **Lymfedrainage**
ONVZ vergoedt de kosten van behandeling van ernstig lymfoedeem door een huidtherapeut.
- lid 8 **MammaPrint**
ONVZ vergoedt de kosten van MammaPrint, op voorschrift van de behandelend medisch-specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint is een diagnostische test voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch-specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.
- lid 9 **Orthoptie**
ONVZ vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch-specialist.
- lid 10 **Overgangsconsulente**
ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VVOC).
- lid 11 **Pedicure**
ONVZ vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis.
- lid 12 **Plastische chirurgie**
ONVZ vergoedt de kosten van:
 - het corrigeren van standsafwijkingen van de oren (flaporen) voor kinderen tot 18 jaar;
 - plastische en reconstructieve chirurgie bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

Een vergoedingsregeling kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 13 **Podotherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt ONVZ ook de vervaardigde podotherapeutische zolen en orthesen.
- lid 14 **Psoriasisdagbehandeling**
ONVZ vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum.
- lid 15 **Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)**
ONVZ vergoedt de kosten van sterilisatie en de kosten voor het ongedaan maken ervan.
- lid 16 **Stottertherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van stottertherapie en de maaltijd- en verblijfkosten in het betreffende instituut, als die deel uitmaken van de behandeling.

Artikel 13

Verblijfkosten

- lid 1 **Verblijf in een logeerkamer**
- Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouders in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer gedurende de periode van uw opname.
 - Als u aansluitend op een transplantatie of een oncologische behandeling zelf in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer moet verblijven, vergoedt ONVZ de kosten van het verblijf van uzelf en een begeleider.

- lid 2 **Verblijf in een hospice**
ONVZ vergoedt de eigen bijdrage van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis, als het verblijf is geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch-specialist.
- lid 3 **Therapeutisch kamp voor jongeren**
ONVZ vergoedt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening.
- lid 4 **Herstellingsoord**
ONVZ vergoedt de kosten van verblijf in een door ONVZ erkend herstellingsoord. Het verblijf is bedoeld voor herstel na een lichamelijke ziekte of een daaraan verbonden medische behandeling. Het verblijf moet plaatsvinden op verwijzing van de behandelend arts. Een overzicht van de erkende herstellingssoorten kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 5 **Kuuroord**
ONVZ vergoedt de kosten van verblijf in een kuuroord, als u lijdt aan reumatoïde artritis of psoriasis tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Artikel 14 **Huishoudelijke hulp**

Huishoudelijke hulp is een voorziening volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Als u geen gebruik kunt maken van deze WMO-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel. De eigen bijdragen volgens de WMO worden niet vergoed.

ONVZ vergoedt de kosten van huishoudelijke hulp tot maximaal € 750,- als:

- u 18 jaar of ouder bent,
- de hulp direct aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal vijf dagen,
- de hulp zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag is aangevraagd bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C), en
- de ONVZ ZorgConsulent de huishoudelijke hulp heeft geregeld.

Artikel 15 **Vervangende mantelzorg**

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt ONVZ vervangende mantelzorg voor maximaal 24 dagen per kalenderjaar. De Stichting Mantelzorgvervanging Nederland "Handen-in-Huis" verleent de zorg. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg kunt u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 16 **Kinderopvang**

Als u als ouder in een ziekenhuis wordt opgenomen, vergoedt ONVZ vanaf de vierde opnamedag de kosten van kinderopvang. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per werkdag per meeverzekerd kind tot de leeftijd van 12 jaar met een maximum van 60 werkdagen. Een door de bevoegde instantie erkende instelling verleent de kinderopvang.

Als u dat wilt, kan ONVZ de kinderopvang voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 17 **Preventieve zorg**

- lid 1 **Gezondheidscheck-up**
Na bemiddeling door de ONVZ ZorgConsulent vergoedt ONVZ een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: medische vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sport- of beweegkeuring. Deze keuring bestaat uit: medische vragenlijst, BMI, vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat.
- Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of sport- of beweegkeuring moet u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).
- lid 2 **Griepvaccinatie**
ONVZ vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.

- lid 3 **Lidmaatschap patiëntenvereniging**
ONVZ vergoedt de minimale bijdrage voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) of de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad). ONVZ vergoedt de bijdrage na het overleggen van een kopie van het inschrijvings- en betalingsbewijs.
- lid 4 **Preventiecurssussen**
ONVZ vergoedt de kosten van door haar erkende preventiecurssussen tezamen tot maximaal € 250,- per kalenderjaar. Eenmaal per drie kalenderjaren geldt een extra vergoeding van € 250,-. Een overzicht van de erkende preventiecurssussen kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 5 **Preventief medisch onderzoek**
ONVZ vergoedt de kosten van preventief medisch onderzoek tot maximaal € 750,- per kalenderjaar. Uitgesloten zijn de kosten van een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).
- lid 6 **Programma's voor stoppen met roken**
ONVZ vergoedt de kosten van de volgende programma's voor stoppen met roken:
- Lasertherapie;
 - Allen Carr-training;
 - De Opluchting-training.

Artikel 18

Buitenland

Als u voor kortere of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert ONVZ u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft en of u vooraf een formulier moet aanvragen. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of raadpleeg www.onvz.nl/buitenland.

ONVZ vergoedt de hierna omschreven kosten van geneeskundige zorg in het buitenland. Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1). Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of kunt u de toelichting *De grens van zorg in het buitenland* raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

- lid 1 **Onvoorzien behandelingen**
Als sprake is van acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf in het buitenland, vergoedt ONVZ de kosten van:
- zorg die volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
 - zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag;
 - niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die geregistreerd staan als 'Niet geneesmiddel' tot maximaal € 350,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Voorzien behandelingen**
Binnen een EU-/EER- of verdragsland vergoedt ONVZ de kosten:
- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de Basisverzekering, als de zorg is verleend in een door ONVZ erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Een overzicht van de erkende ziekenhuizen kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden;
 - die volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
 - die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.
- Buiten een EU-/EER- of verdragsland vergoedt ONVZ de kosten van zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.
- lid 3 **Wisselkoers**
ONVZ vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij in vrijwel alle landen de gemiddelde wisselkoers in de maand voor de afwikkeling. Alleen bij nota's uit EU- en EER-landen die geen euro voeren, hanteert ONVZ de door het College voor zorgverzekeringen berekende koers. Dat is de gemiddelde koers in de eerste maand van het kwartaal voor de afwikkeling.

Artikel 19

ONVZ Zorgassistance

lid 1 Als u door acute ziekte of een ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen, bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met ONVZ Zorgassistance. Hierbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar (zie deel C).

lid 2 Als u een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland heeft, maar tijdelijk buiten Nederland verblijft, vergoedt ONVZ extra dienstverlening door of via ONVZ Zorgassistance.

a. Bij acute ziekte of een ongeval vergoedt ONVZ:

- het geven van garantie op rechtstreekse betaling van zorgkosten aan de betreffende zorginstelling;
- noodzakelijke voorschotbetalingen;
- toezending van noodzakelijke geneesmiddelen als deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn;
- de kosten van repatriëring: bij ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat aanspraak op medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland met de voorgeschreven medische begeleiding;
- de noodzakelijke extra verblijfkosten als repatriëring om medische reden niet mogelijk is;
- de reiskosten van een eenmalig bezoek van uw gezinslid als repatriëring om medische reden niet mogelijk is.

b. Bij overlijden vergoedt ONVZ de kosten van:

- vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland, of
- begrafenis of crematie in het buitenland en overkomst van gezinsleden tot maximaal het bedrag dat vergoed zou zijn bij repatriëring van het stoffelijk overschot naar Nederland.

c. Als u in een noodsituatie belandt, waarbij opsporing of redding noodzakelijk is, vergoedt ONVZ de kosten van opsporing en redding tot een maximumbedrag van € 11.345,-.

ONVZ vergoedt de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

lid 3 U geeft - voor zover nodig - toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van ONVZ. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname of de repatriëring.

Artikel 20

Privé Kamer

lid 1 Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen, vergoedt ONVZ de kosten van verblijf in een eenpersoonskamer, als:

- het ziekenhuis een garantieovereenkomst met ONVZ heeft gesloten;
- de opname medisch noodzakelijk is voor specialistisch onderzoek of behandeling.

Voor meer informatie, het regelen van een eenpersoonskamer of een overzicht van de ziekenhuizen waarmee ONVZ een garantieovereenkomst heeft gesloten, kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent. Het overzicht van de ziekenhuizen met een garantieovereenkomst is ook te raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Ziekenhuizen met een garantieovereenkomst bieden verblijf in een eenpersoonskamer in ieder geval aan bij een geplande meerdaagse opname bij de volgende specialismen: chirurgie, gynaecologie, KNO, kaakchirurgie, orthopedie, oogheelkunde, urologie of plastische chirurgie. Bij de overige specialismen is het aanbod van de eenpersoonskamer afhankelijk van de bezetting in het ziekenhuis. Daar waar mogelijk en medisch verantwoord zal een eenpersoonskamer worden aangeboden.

lid 2 Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen waarmee ONVZ geen garantieovereenkomst heeft gesloten, vergoedt ONVZ de kosten van verblijf in een eenpersoonskamer bij het specialisme waarvoor u bent opgenomen. De opname moet medisch noodzakelijk zijn voor specialistisch onderzoek of behandeling.

lid 3 ONVZ vergoedt de extra kosten van door ONVZ te regelen specifieke arrangementen. Voor meer informatie of een overzicht van deze specifieke arrangementen kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C). Het overzicht van de arrangementen is ook te raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

lid 4 Als een ziekenhuis in Nederland wel eenpersoonskamers heeft, maar u er geen gebruik van kunt maken bij uw geplande meerdaagse opname, heeft u recht op een vergoeding van € 75,- per opnamedag. Sommige ziekenhuizen beschikken over eenpersoonskamers uitsluitend bestemd voor patiënten die daar om medische redenen gebruik van moeten maken. Als dat het geval is, bestaat geen aanspraak op de compensatievergoeding van € 75,- per dag.

Artikel 21

Zorg Luxe

- lid 1 Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen, vergoedt ONVZ de kosten van een luxepakket, dat door het ziekenhuis wordt aangeboden. De invulling van het luxepakket is afhankelijk van wat het betreffende ziekenhuis 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;
 - gebruik van televisie en internetaansluiting.
- lid 2 Als een ziekenhuis in Nederland wel luxepakketten aanbiedt, maar op het moment van uw opname niet beschikbaar heeft, heeft u recht op een vergoeding van € 5,- per opnamedag.

Artikel 22

Zorg Assistent

- lid 1 Als u van tevoren weet dat u in een ziekenhuis in Nederland wordt opgenomen, heeft u recht op hulp van de ONVZ Zorg Assistent. De ONVZ Zorg Assistent:
- neemt vooraf contact met u op voor een intake;
 - regelt desgewenst het vervoer naar het ziekenhuis;
 - is bij de opname in het ziekenhuis aanwezig en maakt u wegwijs in het ziekenhuis;
 - beantwoordt uw zorgvragen;
 - kan desgewenst telefonisch contact met u houden, overleggen met de (medische) staf, u bezoeken en bemiddelen in thuiszorg, kinderopvang of voor hulpmiddelen. De kosten van thuiszorg, kinderopvang en hulpmiddelen vallen niet onder de dekking;
 - begeleidt u bij ontslag;
 - regelt desgewenst het vervoer bij ontslag uit het ziekenhuis.
- lid 2 Als u onverwacht wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, heeft u recht op hulp van de ONVZ Zorg Assistent zoals genoemd in lid 1 onder d tot en met g.
- lid 3 ONVZ vergoedt de kosten van vervoer van en naar een ziekenhuis binnen Nederland:
- bij gebruik van de auto € 0,25 per gereden kilometer. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
 - bij taxivervoer volledig, als gebruik wordt gemaakt van een door ONVZ gecontracteerd taxibedrijf (zie deel C).

Het vervoer vindt plaats voor een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 20 (Privé Kamer). Als de kosten van vervoer (deels) vanuit een andere (aanvullende) (zorg)verzekering worden vergoed, vergoedt ONVZ alleen de aanvulling op die vergoeding tot maximaal de in dit artikel omschreven dekking.

Voor meer informatie of het regelen van de ONVZ Zorg Assistent kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 23

Privékamer in het buitenland

- lid 1 Als u in Nederland woont, maar kiest voor opname in een ziekenhuis in België, Duitsland of Frankrijk, bestaat dekking, volgens artikel 18 lid 2, voor de extra kosten van verblijf in een eenpersoons- of tweepersoonskamer, als die voor het specialisme waar u wordt opgenomen, aanwezig is. De opname moet medisch noodzakelijk zijn voor specialistisch onderzoek of behandeling. Voor vergoeding moet u aan ONVZ een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of tweepersoonskamer overleggen.
- lid 2 Als u in het buitenland woont, bestaat dekking, volgens artikel 18 lid 2, voor de extra kosten van verblijf in een eenpersoons- of tweepersoonskamer in een ziekenhuis in enig land, als die voor het specialisme waar u wordt opgenomen, aanwezig is. De opname moet medisch noodzakelijk zijn voor specialistisch onderzoek of behandeling. Voor vergoeding moet u aan ONVZ een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of tweepersoonskamer overleggen.

Artikel 24

Ongevallendekking

- lid 1 **Nadere begripsomschrijvingen**

Begunstiging

U bent de begunstigde voor alle uitkering(en). Bij overlijden wordt rechtstreeks uitgekeerd aan de nalatenschap.

Letsel

Een volgens objectieve normen geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel, dat een direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval.

Ongeval

Een plotseling rechtstreeks op het lichaam inwerkend fysiek geweld, van buitenaf en buiten uw wil, dat letsel of overlijden tot gevolg heeft.

Onder ongeval valt ook:

- a. acute vergiftiging, behalve bij overmatig gebruik van genees-, genot-, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen;
- b. besmetting door ziekteverwekkers;
- c. het ongewild binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of oren;
- d. wondinfectie, bloedvergiftiging of tetanus ontstaan bij een ongeval;
- e. verstikking, verdrinking, zonnesteek, warmtestuwing, bevrozing, verbranding - behalve door inwerking van stralen - veretsing en elektrische ontlading;
- f. uitputting, verhongering, verdorsting en zonnebrand als gevolg van een natuurramp;
- g. verstuing, ontwrichting en verscheuring van spier- en bandweefsel, als het letsel plotseling is ontstaan;
- h. complicaties of verergering van letsel als rechtstreeks gevolg van een door een bevoegd geneeskundige geboden eerste hulpverlening of medisch noodzakelijke behandeling;
- i. letsel ontstaan bij rechtmatige zelfverdediging;
- j. moord, doodslag, mishandeling, of pogingen daartoe, gijzelingen en terreuractie;
- k. letsel ontstaan tijdens het als amateur beoefenen van sport, waaronder het voorbereiden van en deelnemen aan wedstrijden, behalve voor:
 - het bepaalde in lid 3 onder 1 j;
 - de sporten genoemd in lid 3 onder 1 k.

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

lid 2

Wat is verzekerd?

Verzekerde bedragen

Per ongeval keert ONVZ bij overlijden het verzekerde bedrag uit of bij blijvend (functie)verlies van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens maximaal het verzekerde bedrag.

Uitkering bij overlijden

Bij overlijden is het verzekerde bedrag € 5.000,-. ONVZ keert dit bedrag uit bij overlijden door een ongeval.

Uitkering bij blijvend (functie)verlies

- a. Recht op uitkering:
Bij blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens keert ONVZ maximaal € 20.000,- uit, als dit het gevolg is van een ongeval. Als de verzekerde voor vaststelling van de invaliditeit is overleden door een ongeval keert ONVZ geen bedrag uit terzake van blijvende invaliditeit.
- b. Reeds aanwezige onbruikbaarheid of gebrekkigheid:
Als functies, lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens al voor het ongeval onbruikbaar of gebrekkig waren, keert ONVZ alleen een bedrag uit als het (functie)verlies of de onbruikbaarheid door het ongeval de voor het ongeval bestaande (functie)verliezen of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens te boven gaat.

lid 3

Nadere uitsluitingen

1. Er is geen dekking als het ongeval - mede - het gevolg is van:
 - a. een ziekelijke toestand of een geestelijke of lichamelijke afwijking;
 - b. een ziekelijke toestand door besmetting met ziekteverwekkers, met uitzondering van wat genoemd is in lid 1 in de begripsomschrijving van ongeval;
 - c. allergische reacties, anders dan door een gebeurtenis genoemd in lid 1 in de begripsomschrijving van een ongeval;
 - d. zelfdoding of een poging daartoe;
 - e. het (mede)plegen van een misdrijf;
 - f. roekeloosheid, behalve bij letsel bij een poging tot redding van mens of dier of afwending van dreigend gevaar;
 - g. het zo onder invloed verkeren van alcoholhoudende dranken of bedwelmende, opwekkende en soortgelijke stoffen dat men minder dan normaal voor zichzelf kon zorgen;
 - h. een vechtpartij, behalve bij rechtmatige zelfverdediging;

- i. verblijf in een luchtvaartuig, tenzij u als passagier verbleef in een vliegtuig ingericht voor passagiersvervoer en bestuurd door een beroepspiloot en dit vliegtuig tijdens het ongeval gebruikt werd door:
 - een onderneming bevoegd tot exploitatie van een luchtvaartbedrijf;
 - een onderneming voor haar eigen bedrijf;
- j. sportbeoefening waarvoor betaling wordt ontvangen;
- k. 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 deelname aan snelheidswedstrijden of recordritten, bijvoorbeeld met motorrijtuigen, skelters, te paard, per rijwiel of per motorboot;
- m. het beroepsmatig werken met houtbewerkingmachines;
- n. verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies is afgegeven;
- o. atoomkernreacties.

2. *Psychisch letsel*

Geen uitkering vindt plaats bij verlies van de geestelijke of kennende vermogens.

- a. 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 geen uitkering plaats bij geheel of gedeeltelijk functieverlies of geheel of gedeeltelijke onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens, als dit functieverlies of deze onbruikbaarheid het gevolg is van een psychische stoornis.

lid 4

Omvang van de uitkering

1. *Overlijden*

Bij overlijden keert ONVZ het verzekerde bedrag uit. ONVZ brengt een eventueel eerder verrichte uitkering voor blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens hierop in mindering. ONVZ vordert een eerdere uitkering niet terug.

2. *Blijvend (functie)verlies*

Bij blijvend (functie)verlies keert ONVZ de hierna volgende percentages van het verzekerde bedrag uit tot maximaal het verzekerde bedrag.

- bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van de volgende lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens:
 - 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%
 - 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 keert ONVZ maximaal 60% van het verzekerde bedrag uit.
 - 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, behalve het bepaalde in lid 3 onder 2 25%
- Bij de volgende letsels of combinatie van letsels:
 - totaal verlies van de geestelijke vermogens, behalve het bepaalde in lid 3 onder 2 100%
 - verlies van beide armen of handen 100%
 - verlies van beide benen of voeten 100%
 - verlies van een arm of hand, samen met een been of voet 100%

- Bij gedeeltelijk (functie)verlies of gedeeltelijke onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens dat hiervoor is omschreven, keert ONVZ een gedeelte van de genoemde uitkeringspercentages uit evenredig aan de mate van dat (functie)verlies. Dit gedeeltelijk (functie)verlies of de onbruikbaarheid wordt vastgesteld volgens algemeen aanvaarde medische maatstaven. Gedeeltelijk verlies van de reuk of de smaak wordt niet als invaliditeit beschouwd.
- Bij blijvend functieverlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens als gevolg van een (combinatie van) letsel(s) dat niet hiervoor is omschreven, geldt het volgende. Het uitkeringspercentage is gelijk aan het percentage blijvend (functie)verlies, vastgesteld volgens algemeen aanvaarde medische maatstaven. Daarbij blijven uw beroep of werkzaamheden buiten beschouwing.

lid 5

Vaststelling uitkeringspercentage

1. ONVZ stelt het uitkeringspercentage vast op basis van de medische eindtoestand, zo mogelijk binnen twee jaar na het ongeval.
2. Als na de beëindiging van de geneeskundige behandeling nog geen sprake is van een medische eindtoestand, vergoedt ONVZ de wettelijke rente over de uitkering vanaf de dag waarop de geneeskundige behandeling wordt beëindigd tot de dag waarop de uitkering plaatsvindt. Als bij medisch onderzoek blijkt dat er nog geen medische eindtoestand is, vindt uiterlijk binnen vijf jaar na de ongevaldatum een nieuw medisch onderzoek in opdracht van ONVZ plaats. De dan vast te stellen invaliditeit is de basis voor het bepalen van de uitkering.

lid 6

Bestaande gezondheidstoestand

1. Als de gevolgen van een ongeval worden vergroot door een ziekelijke toestand of door lichamelijke of geestelijke afwijkingen die al voor het ongeval bestonden, keert ONVZ niet meer uit dan wanneer eenzelfde ongeval een persoon zonder die ziekte of afwijking zou zijn overkomen.
2. Het onder 1 bepaalde geldt niet als bedoelde omstandigheden uitsluitend en rechtstreeks een gevolg zijn van een eerder ongeval dat u is overkomen tijdens de geldigheidsduur van deze verzekering.

lid 7

Medische expertise

Als ONVZ medische expertise noodzakelijk acht om het uitkeringspercentage te kunnen vaststellen, bent u verplicht hieraan uw medewerking te verlenen. U moet zich daartoe door een door ONVZ aan te wijzen arts laten onderzoeken of voor onderzoek laten opnemen in een door ONVZ aan te wijzen instelling of inrichting. De medische expertise vindt in Nederland plaats. ONVZ vergoedt de kosten ervan.

lid 8

Wat te doen na een ongeval?

1. *Melding van een ongeval*
Van een ongeval dat tot uitkering kan leiden, geldt dat dit zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen dertig dagen, aan ONVZ moet worden gemeld. Met een nauwkeurige omschrijving van het ongeval en zo mogelijk de oorzaak en de gevolgen.
2. *Verplichtingen na een ongeval*
 - a. U bent verplicht zich na een ongeval zo spoedig mogelijk onder geneeskundige behandeling te stellen en volledig aan uw herstel mee te werken.
 - b. U bent verplicht aan ONVZ of aan een door ONVZ 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 ONVZ nodig acht voor de vaststelling van de doodsoorzaak (sectie).
3. ONVZ heeft het recht uitkering te weigeren als de verplichtingen niet worden nagekomen. Als de melding later plaatsvindt dan bedoeld onder 1, behoudt u recht op uitkering als u kunt 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;
 - u de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd;
 - de melding achterwege is gebleven als gevolg van buitengewone omstandigheden.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Superfit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De ONVZ ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst) bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 - 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

De ZorgConsulent ondersteunt u

De ZorgConsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- preventiecurcussen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening;
- patiëntenverenigingen.

Het regelen van:

- geboortetens, zie deel B, art. 1 lid 4;
- bewakingsapparatuur wiegendood, zie deel B, art. 1 lid 6;
- huishoudelijke hulp, zie deel B, art. 14;
- vervangende mantelzorg, zie deel B, art. 15;
- gezondheidscheck-up, zie deel B, art. 17 lid 1;
- preventief medisch onderzoek, zie deel B, art. 17 lid 5;
- eenpersoonskamer, zie deel B, art. 20 lid 1;
- specifieke arrangementen, zie deel B, art. 20 lid 3;
- inzet ONVZ Zorg Assistent, zie deel B, art. 22;
- telefonisch een arts of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De ONVZ ZorgConsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De ZorgConsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De ZorgConsulent verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

Gezondheidsmagazine Lijf & Leden

Het gezondheidsmagazine Lijf & Leden informeert u over onderwerpen rond gezondheid, vitaliteit en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. ONVZ zendt het magazine driemaal per jaar gratis toe.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. De ONVZ Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 05. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.onvz.nl/kraamzorg. Een overzicht van de inhoud van het kraampakket kunt u raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 9 en 22 lid 3 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Kinderopvang

Als u in een ziekenhuis wordt opgenomen, vergoedt ONVZ kosten van kinderopvang zoals omschreven in artikel 16 van deel B.

Als u dat wilt, kan de ONVZ ZorgConsulent de kinderopvang voor u regelen. U moet dit dan zo spoedig mogelijk, uiterlijk op de dag van opname, bij de ONVZ ZorgConsulent aanvragen. Een door ONVZ gecontracteerde organisatie verleent de kinderopvang. Deze organisatie spant zich maximaal in om de kinderopvang te realiseren.

ONVZ Zorgassistance

Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met ONVZ Zorgassistance. Dit geldt ook bij de noodzaak tot repatriëring. Hierbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

In artikel 19 deel B is omschreven welke dienstverlening ONVZ Zorgassistance u nog meer kan bieden.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 67.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt 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 kosten van zorg die niet door ONVZ worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

ONVZ vergoedt de totale kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Een reglement met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij ONVZ Verhaalszaken of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u 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

Tandfit A	107
Tandfit B	107
Tandfit C	108
Tandfit D	108
Tandheelkundige kosten buiten het woonland	108

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Tandfit

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg als hierna omschreven. Het polisblad vermeldt welke dekking geldt.

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling door een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist volgens wettelijk vastgestelde prestaties of marktconforme bedragen. Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van:

- orthodontie;
- het bleken van elementen;
- het maken en plaatsen van een MRA (Mandulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Tandfit A

Artikel 1

Algemene tandheelkundige zorg

ONVZ vergoedt 75% van de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) tot maximaal € 250,- per kalenderjaar.

Artikel 2

Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt ONVZ maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten tot maximaal € 250,-. Daarbij vergoedt ONVZ ook de techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen.

ONVZ verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval en de behandeling plaatsvinden binnen de looptijd van deze verzekering;
- het ongeval en de behandeling binnen drie maanden zijn gemeld;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- ONVZ toestemming vooraf heeft verleend.

Tandfit B

Artikel 1

Algemene tandheelkundige zorg

lid 1

ONVZ vergoedt 100% van de kosten van de volgende behandelingen:

- A111 Periodieke controle;
- C112 Preventieve voorlichting en/of instructie standaard;
- C212 Gebitsreiniging standaard;
- C214 Gebitsreiniging uitgebreid;
- C811 Fluoridebehandeling boven- en ondergebit;
- A311 Maken en beoordelen kleine röntgenfoto.

lid 2

ONVZ vergoedt 75% van de kosten van de overige algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten).

lid 3

De vergoeding voor de kosten bedoeld in lid 1 en 2 tezamen bedraagt maximaal € 750,- per kalenderjaar.

Artikel 2

Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt ONVZ maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten tot maximaal € 500,-. Daarbij vergoedt ONVZ ook de techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen.

ONVZ verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval en de behandeling plaatsvinden binnen de looptijd van deze verzekering;
- het ongeval en de behandeling binnen drie maanden zijn gemeld;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- ONVZ toestemming vooraf heeft verleend.

Tandfit C

Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

lid 1 ONVZ vergoedt 100% van de kosten van de volgende behandelingen:

- A111 Periodieke controle;
- C112 Preventieve voorlichting en/of instructie standaard;
- C212 Gebitsreiniging standaard;
- C214 Gebitsreiniging uitgebreid;
- C811 Fluoridebehandeling boven- en ondergebit;
- A311 Maken en beoordelen kleine röntgenfoto.

lid 2 ONVZ vergoedt 75% van de kosten van de overige algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten).

lid 3 De vergoeding voor de kosten bedoeld in lid 1 en 2 tezamen bedraagt maximaal € 1.500,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt ONVZ maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten tot maximaal € 500,-. Daarbij vergoedt ONVZ ook de techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen.

ONVZ verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval en de behandeling plaatsvinden binnen de looptijd van deze verzekering;
- het ongeval en de behandeling binnen drie maanden zijn gemeld;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- ONVZ toestemming vooraf heeft verleend.

Tandfit D

Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

ONVZ vergoedt 100% van de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt ONVZ maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten tot maximaal € 500,-. Daarbij vergoedt ONVZ ook de techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen.

ONVZ verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval en de behandeling plaatsvinden binnen de looptijd van deze verzekering;
- het ongeval en de behandeling binnen drie maanden zijn gemeld;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- ONVZ toestemming vooraf heeft verleend.

Tandheelkundige kosten buiten het woonland

Artikel 1 Als u de kosten van tandheelkundige zorg gemaakt heeft buiten uw woonland, vergoedt ONVZ die kosten tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme tarief van een gelijke behandeling in Nederland, tot de dekking van de Tandfit A, B, C of D.

Artikel 2 ONVZ vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij in vrijwel alle landen de gemiddelde wisselkoers in de maand voor de afwikkeling. Alleen bij nota's uit EU- en EER-landen die geen euro voeren, hanteert ONVZ de door het College voor zorgverzekeringen berekende koers. Dat is de gemiddelde koers in de eerste maand van het kwartaal voor de afwikkeling.

ONVZ

Privé Zorgpakket

Inhoudsopgave

ONVZ Privé Zorgpakket

Deel B Omvang Dekking

Artikel 1 Privé Kamer	111
Artikel 2 Zorg Luxe	111
Artikel 3 Zorg Assistent	112
Artikel 4 Zorg Totaal	112
Artikel 5 Buitenland	112
Artikel 6 Diensten	112

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Privé Zorgpakket

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten zoals hierna omschreven in de te verzekeren onderdelen van het ONVZ Privé Zorgpakket. Het polisblad vermeldt welke onderdelen gesloten zijn.

ONVZ vergoedt de kosten van zorg:

1. tot maximaal het overeengekomen tarief tussen ONVZ en het ziekenhuis;
2. bij afwezigheid van een overeengekomen tarief:
 - in Nederland tot maximaal de Nederlandse wettelijk vastgestelde of marktconforme tarieven;
 - in het buitenland tot maximaal tweemaal de Nederlandse wettelijk vastgestelde of Nederlandse marktconforme tarieven.

Artikel 1

Privé Kamer

- lid 1 Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen, vergoedt ONVZ de kosten van verblijf in een eenpersoonskamer, als:
- het ziekenhuis een garantieovereenkomst met ONVZ heeft gesloten;
 - de opname medisch noodzakelijk is voor specialistisch onderzoek of behandeling.

Voor meer informatie of een overzicht van de ziekenhuizen waarmee ONVZ een garantieovereenkomst heeft gesloten, kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie artikel 6). Het overzicht van de ziekenhuizen met een garantieovereenkomst is ook te raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Ziekenhuizen met een garantieovereenkomst bieden verblijf in een eenpersoonskamer in ieder geval aan bij een geplande meerdaagse opname bij de volgende specialismen: chirurgie, gynaecologie, KNO, kaakchirurgie, orthopedie, oogheelkunde, urologie of plastische chirurgie. Bij de overige specialismen is het aanbod van de eenpersoonskamer afhankelijk van de bezetting in het ziekenhuis. Daar waar mogelijk en medisch verantwoord zal een eenpersoonskamer worden aangeboden.

- lid 2 Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen waarmee ONVZ geen garantieovereenkomst heeft gesloten, vergoedt ONVZ de kosten van verblijf in een eenpersoonskamer bij het specialisme waarvoor u bent opgenomen. De opname moet medisch noodzakelijk zijn voor specialistisch onderzoek of behandeling.
- lid 3 ONVZ vergoedt de extra kosten van door ONVZ te regelen specifieke arrangementen. Voor meer informatie of een overzicht van deze specifieke arrangementen kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie artikel 6). Het overzicht van de arrangementen is ook te raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 4 Als een ziekenhuis in Nederland wel eenpersoonskamers heeft, maar u er geen gebruik van kunt maken bij uw geplande meerdaagse opname, heeft u recht op een compensatie van € 75,- per opnamedag. Sommige ziekenhuizen beschikken over eenpersoonskamers uitsluitend bestemd voor patiënten die daar om medische redenen gebruik van moeten maken. Als dat het geval is, bestaat geen aanspraak op de compensatie van € 75,- per dag.

Artikel 2

Zorg Luxe

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

- lid 1 Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen, vergoedt ONVZ de kosten van een luxepakket, dat door het ziekenhuis wordt aangeboden. De invulling van het luxepakket is afhankelijk van wat het betreffende ziekenhuis 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;
 - gebruik van televisie en internetaansluiting.
- lid 2 Als een ziekenhuis in Nederland wel luxepakketten aanbiedt, maar op het moment van uw opname niet beschikbaar heeft, heeft u recht op een compensatie van € 5,- per opnamedag.

Artikel 3

Zorg Assistent

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

- lid 1 Als u van tevoren weet dat u in een ziekenhuis in Nederland wordt opgenomen, heeft u recht op hulp van de ONVZ Zorg Assistent. De ONVZ Zorg Assistent:
- neemt vooraf contact met u op voor een intake;
 - regelt desgewenst het vervoer naar het ziekenhuis;
 - is bij de opname in het ziekenhuis aanwezig en maakt u wegwijs in het ziekenhuis;
 - beantwoordt uw zorgvragen;
 - kan desgewenst telefonisch contact met u houden, overleggen met de (medische) staf, u bezoeken en bemiddelen in thuiszorg, kinderopvang of voor hulpmiddelen. De kosten van thuiszorg, kinderopvang en hulpmiddelen vallen niet onder de dekking;
 - begeleidt u bij ontslag;
 - regelt desgewenst het vervoer bij ontslag uit het ziekenhuis.

- lid 2 Als u onverwacht wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, heeft u recht op hulp van de ONVZ Zorg Assistent zoals genoemd in lid 1 onder d tot en met g.

- lid 3 ONVZ vergoedt de kosten van vervoer van en naar een ziekenhuis binnen Nederland:
- bij gebruik van de auto € 0,25 per gereden kilometer. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
 - bij taxivervoer volledig, als gebruik wordt gemaakt van een door ONVZ gecontracteerd taxibedrijf (zie artikel 6).

Het vervoer vindt plaats voor een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 1 (Privé Kamer). Als de kosten van vervoer (deels) vanuit een andere (aanvullende) (zorg)verzekering worden vergoed, vergoedt ONVZ alleen de aanvulling op die vergoeding tot maximaal de in dit artikel omschreven dekking.

Artikel 4

Zorg Totaal

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

Artikel 5

Buitenland

- lid 1 Als u in Nederland woont, maar kiest voor opname in een ziekenhuis in België, Duitsland of Frankrijk, bestaat dekking voor de extra kosten van verblijf in een eenpersoons- of tweepersoonskamer, als die voor het specialisme waar u wordt opgenomen, aanwezig is. De opname moet medisch noodzakelijk zijn voor specialistisch onderzoek of behandeling. Voor vergoeding moet u aan ONVZ een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of tweepersoonskamer overleggen.
- lid 2 Als u in het buitenland woont, bestaat dekking voor de extra kosten van verblijf in een eenpersoons- of tweepersoonskamer in een ziekenhuis in enig land, als die voor het specialisme waar u wordt opgenomen, aanwezig is. De opname moet medisch noodzakelijk zijn voor specialistisch onderzoek of behandeling. Voor vergoeding moet u aan ONVZ een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of tweepersoonskamer overleggen.

Artikel 6

Diensten

Bij vragen over of het regelen van de Privé Kamer of de Zorg Assistent moet u 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 dat niet is geregeld door de ONVZ Zorg Assistent, kunt u contact opnemen met het door ONVZ gecontracteerde taxibedrijf, te bereiken op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

ONVZ
Zó-fit

Inhoudsopgave

ONVZ Zó-fit

Algemene bepalingen

Artikel 1 Toepasselijkheid algemene bepalingen 115

Omvang dekking ONVZ Zó-fit

Artikel 2 Bemiddeling 115

Artikel 3 Werkwijze 115

Artikel 4 Griepvaccinatie 116

Artikel 5 Aansprakelijkheid 116

Polisvoorwaarden

ONVZ Zó-fit

Algemene bepalingen

Artikel 1

Toepasselijkheid algemene bepalingen

- lid 1 De Algemene bepalingen ONVZ Aanvullende Verzekering zijn van toepassing op ONVZ Zó-fit. Deze Algemene bepalingen zijn bijgevoegd.
- lid 2 Als een bepaling van de polisvoorwaarden ONVZ Zó-fit in strijd is met die van de Algemene bepalingen ONVZ Aanvullende Verzekering, gaat de bepaling van ONVZ Zó-fit voor.
- lid 3 De ingangsdatum is de dag waarop ONVZ het verzoek tot het sluiten van ONVZ Zó-fit heeft ontvangen. Op verzoek van de verzekeringnemer kan dit ook een latere dag zijn, maar nooit een eerdere.
- lid 4 Daar waar in artikel 12 (Uitsluitingen) van deel A-1 van de Algemene bepalingen staat "dekking van kosten voor" moet u lezen: "aanspraak op uitkering (in natura)".

Omvang dekking ONVZ Zó-fit

Artikel 2

Bemiddeling

- lid 1 Als u uw werkzaamheden geheel of gedeeltelijk niet meer kunt voortzetten door ziekte of ongeval, kunt u of de verzekeringnemer dit melden bij ONVZ. ONVZ biedt de garantie dat binnen vijf werkdagen vanaf de dag van melding bij ONVZ gestart zal worden met het stellen van de diagnose (inclusief bijbehorende onderzoeken) of de behandeling. De diagnosestelling en behandeling zijn gericht op werkhervatting.
- Als de diagnose is gesteld, geldt de garantie dat binnen vijf werkdagen gestart zal worden met de behandeling. Deze garantie heeft betrekking op de gangbare aandoeningen (bijvoorbeeld in het kader van een wachtlijst). Zonodig benadert ONVZ een zorgverlener in het buitenland (binnen EU- en EER-landen) voor de diagnosestelling of behandeling.
- lid 2 De vermelde termijn van vijf werkdagen geldt, als de situatie in verband met het stellen van de diagnose of de behandeling niet zo complex is dat hieraan redelijkerwijs niet kan worden voldaan. ONVZ zal zich dan wel inspannen. De garantie geldt niet voor transplantaties en vergelijkbare behandelingen.
- lid 3 ONVZ kan ook bemiddelen voor kinderopvang, huishoudelijke hulp of taxivervoer, als aangeboden door de door ONVZ gecontracteerde organisaties.
- Aanspraak bestaat op bemiddeling voor kinderopvang bij ziekte of ongeval van uzelf, uw partner of uw kind tot en met 12 jaar. Als dit nodig is, kan de kinderopvang thuis gecombineerd worden met huishoudelijke hulp.
- lid 4 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de diagnosestelling of behandeling zelf. Ook de kosten van kinderopvang, huishoudelijke hulp of taxivervoer worden niet vergoed. Deze kosten kunnen gedekt zijn onder een (aanvullende) verzekering. ONVZ adviseert om vooraf bij uw (zorg)verzekeraar te informeren naar de vergoeding.

Artikel 3

Werkwijze

- lid 1 Bemiddeling geschiedt op uw verzoek. ONVZ informeert u over de verschillende mogelijkheden en regelt een afspraak volgens uw keuze.
- lid 2 De ONVZ Zó-fit Assistent is uw 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 Voordat wordt bemiddeld, moet u een verwijzing hebben van de huisarts, de bedrijfsarts of een medisch specialist. Op verzoek van ONVZ moet u de verwijzing overleggen.

Artikel 4

Griepvaccinatie

ONVZ vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.

Artikel 5

Aansprakelijkheid

ONVZ voert de bemiddeling, zoals hiervoor omschreven, zo goed en zorgvuldig mogelijk uit. Zij is echter geen zorgverlener. ONVZ stelt dus zelf geen diagnose en verricht geen medische handelingen. Zij verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.



ONVZ
zorgverzekeraar

ONVZ Zorgverzekeraar

De Molen 66

Postbus 392

3990 GD Houten

Telefoon 030 639 62 22

www.onvz.nl

Koester je kostbaarste bezit