ONVZ
Eersteklas Zorgverzekering

Verzekeringsvoorwaarden 2027

ONVZ Aanvullende verzekeringen en tandverzekeringen

Regel het eenvoudig zelf in MijnONVZ

Bekijk online versie

Welkom bij ONVZ

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden van uw aanvullende zorgverzekering(en). Hierin leest u alles over uw aanvullende zorgverzekering(en).

- **Onze website**
  Wilt u meer weten over deze zorgverzekering? Op onze website onvz.nl vindt u veel informatie. Bijvoorbeeld over hoe u kunt declareren (kosten voor zorg terugvraagt).

- **Zorgzoeker**
  Wilt u opzoeken met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of welke aangewezen of erkend zijn? Kijk dan op onvz.nl/zorgzoeker.

- **Aanvragen toestemming**
  Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf onze toestemming (een machtiging) nodig heeft? Dit vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden. Ga naar onvz.nl/machtiging voor alle informatie.

- **Hulp bij betalen**
  Heeft u hulp nodig bij betalen? Of wilt u meer weten over het betalen van uw premie en zorgkosten? Kijk op Hulp bij betalen.

- **Contact**
  Wilt u contact opnemen met ons? Kijk op onvz.nl/contact voor de contactmogelijkheden. Wij helpen u graag.

Inhoud

I. Algemeen 8

Artikel 1. Verzekerde zorg 8
Artikel 2. Algemene bepalingen 11
Artikel 3. Premie 13
Artikel 4. Overige verplichtingen 14
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden 15
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en) 15
Artikel 7. Klachten en geschillen 18
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling 18

II. Introfit, Startfit, Benfit, Optifit, Topfit en Superfit 19

ALTERNATIEVE ZORG 19
Artikel 9. Alternatieve zorg 19

FYSIOTHERAPIE 20
Artikel 10. Fysiotherapie, oefentherapie en oedeemtherapie 20

ERGOTHERAPIE 22
Artikel 11. Ergotherapie 22

ANTICONCEPTIE 23
Artikel 12. Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder 23
Artikel 13. Sterilisatie 23

OOGZORG 24
Artikel 14. Budget voor brillen en contactlenzen 24
Artikel 15. Ooglaseren en lensimplantatie 25
Artikel 16. Orthoptie 25

BUITENLAND 26
Artikel 17. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij een reis naar het buitenland 26
Artikel 18. Niet-spoedeisende zorg in het buitenland 26

PREVENTIE 27
Artikel 19. Persoonlijk gezondheidsbudget 27
19.1. Cursussen 28
19.2. Preventieve cursussen, zorg en advies gericht op uw fysieke en mentale gezondheid 29
19.3. Leefstijlcheck 29
19.4. Sportmedisch advies 29
19.5. Consult en advies voor vrouwen (hormoonconsulent) 29
Artikel 20. Preventief onderzoek 29

Artikel 21. Griepvaccinatie 30
Artikel 22. Therapeutische kampen voor verzekerden jonger dan 18 jaar 31

THERAPIEËN 32
Artikel 23. Beweegprogramma's 32
Artikel 24. Stottertherapie 32
Artikel 25. Zwemmen voor 50+ 33

ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE 34
Artikel 26. Zwangerschapscursussen 34
Artikel 27. Kraampakket 34
Artikel 28. Lactatiekundige hulp 35
Artikel 29. Borstkolf 35
Artikel 30. Eigen bijdrage kraamzorg 36
Artikel 31. Eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak 36
Artikel 32. Nazorg moeder en pasgeborene of ondersteuning bij adoptie 36
Artikel 33. Screening bij adoptie 37
Artikel 34. Hersteloperatie sterilisatie man / vrouw (refertilisatie) 37
Artikel 35. In-vitrofertilisatie (ivf) 38

HUIDTHERAPIE 39
Artikel 36. Acnebehandeling 39
Artikel 37. Camouflagetherapie (instructielessen) 40
Artikel 38. Ontharen voor verzekerden vanaf 16 jaar 41

HULPMIDDELEN 42
Artikel 39. Budget hulpmiddelen 42
39.1. Haarwerk/pruik en mutssja’s 42
39.2. Steunpessarium 42
39.3. Plaswekker van 5 tot 18 jaar 43
39.4. ADL-Hulpmiddelen 43
39.5. Eigen bijdrage hoortoestellen 43
39.6. Eigen bijdrage gezichtshulpmiddelen 43
39.7. Eigen bijdrage schoeisel 43
Artikel 40. Steun-/compressiekousen 43
Artikel 41. Eenvoudige loophulpmiddelen 44
Artikel 42. Rollator 44

PLASTISCHE CHIRURGIE 45
Artikel 43. Flapoorcorrectie voor verzekerden jonger dan 18 jaar 45
Artikel 44. Ooglidcorrectie 45
Artikel 45. Buikwandcorrectie 46
Artikel 46. Borstprothese 47
Artikel 47. Dijbeen- of bovenarmlift 48

PSYCHOLOGISCHE ZORG 49
Artikel 48. Psychologische zorg bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen 49

VOETZORG 50

Artikel 49. Budget voetbehandelingen 50
49.1. Voetbehandelingen voor risicoprofiel 1 50
49.2. Podotherapie 51
Artikel 50. Steunzolen en therapiezolen 51

VOEDINGSADVIES 51
Artikel 51. Diëtetiek 51
Artikel 52. Gewichtsconsulent 52

VERBLIJF BUITENSHUIS 53
Artikel 53. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis 53
Artikel 54. Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed 53

PALLIATIEVE ZORG 54
Artikel 55. Hospice 54

ZORG EN VERBLIJF BUITENSHUIS 54
Artikel 56. Zorghotels 54
Artikel 57. Behandeling in een kuuroord 55

ZORG THUIS 56
Artikel 58. Mantelzorgmakelaar 57
Artikel 59. Vervangende mantelzorg 57

EXTRA ONDERSTEUNING BIJ ZORG EN OPNAME 58
Artikel 60. Huishoudelijke hulp 58
Artikel 61. Kinderopvang bij ziekenhuisopname 59
Artikel 62. Extra faciliteiten bij eerstelijnsverblijf, verblijf in een kraamcentrum of instelling voor geriatrische revalidatie 60

VERVOER 60
Artikel 63. Eigen bijdrage ziekenvervoer 60

GENEESMIDDELEN 61
Artikel 64. Aanvullende vergoeding geneesmiddelen 61

MONDZORG 61
Artikel 65. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar 61
Artikel 66. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar 62
Artikel 67. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 63

VERHAALSBIJSTAND 64
Artikel 68. Verhaalsbijstand bij letselschade 64

III. Tandfit A, Tandfit B, Tandfit C, Tandfit Preventief en Superfit 66

TANDHEELKUNDIGE ZORG 66
Artikel 69. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 66
Artikel 70. Algemene tandheelkundige zorg 66

Artikel 71. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en wortelkanaalbehandelingen 67
Artikel 72. Eigen bijdrage kunstgebit 68

TANDHEELKUNDIGE ZORG BIJ EEN ONGEVAL 68
Artikel 73. Tandheelkundige zorg bij een ongeval 68

NIET-SPOEDEISENDE TANDHEELKUNDIGE ZORG IN HET BUITENLAND 69
Artikel 74. Niet-spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland 69

IV. Wereldfit, Superfit 71

NADERE ALGEMENE VOORWAARDEN WERELDFIT 71
Artikel 75. Nadere algemene voorwaarden Wereldfit 71
75.1. Nadere begripsomschrijvingen 71

BUITENLAND 71
Artikel 76. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland 71
76.1. Spoedeisende zorg in aanvulling op zorgverzekering 71
76.2. Geneesmiddelen, hulpmiddelen of verbandmiddelen bij spoedeisende zorg in het buitenland 72
76.3. Ziekenvervoer bij spoedeisende zorg in het buitenland 72
76.4. Vervoer en verblijf bij spoedeisende zorg 73
Artikel 77. Repatriëring 74
77.1. Repatriëring 74
77.2. Extra vervoer en verblijf bij medisch noodzakelijke repatriëring 74
Artikel 78. Eerder terugkeren van een reis 75
Artikel 79. Vervangende chauffeur tijdens een reis 76
Artikel 80. Vergoeding bij overlijden in het buitenland 77
Artikel 81. Opsporing en redding 77

V. OntzorgPlus, Superfit 79

NADERE ALGEMENE VOORWAARDEN ONTZORGPLUS 79
Artikel 82. Nadere algemene voorwaarden OntzorgPlus 79
82.1. Nadere begripsomschrijvingen 79
Artikel 83. Nadere bepalingen 80
83.1. Waar bent u verzekerd? 80
83.2. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg 80
83.3. Wanneer heeft u geen recht op vergoeding? 81

VERBLIJF BUITENSHUIS 81
Artikel 84. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis 81

ZORG THUIS 82
Artikel 85. Vervangende mantelzorg 82

EXTRA ONDERSTEUNING BIJ ZORG EN OPNAME 83
Artikel 86. Aanvullend consult en gesprek 83
Artikel 87. Huishoudelijke hulp 83
Artikel 88. Oppas voor kinderen bij ziekenhuisopname 84

Artikel 89. Persoonlijke ondersteuning bij kanker 84
Artikel 90. Beweegprogramma bij en na kanker 85
Artikel 91. Persoonlijke ondersteuning bij rouw en verlies 86

VERVOER 86
Artikel 92. Eigen bijdrage ziekenvervoer 86
Artikel 93. Ziekenvervoer met medische reden naar ziekenhuis 86
Artikel 94. Reiskosten voor ziekenbezoek van uw gezinsleden 87

AANPASSING WONING OF VERVOERSMIDDEL 88
Artikel 95. Aanpassing woning of vervoersmiddel 88

TANDHEELKUNDIGE ZORG BIJ EEN ONGEVAL 89
Artikel 96. Tandheelkundige zorg bij een ongeval 89

VERHAALSBIJSTAND 90
Artikel 97. Verhaalsbijstand bij letselschade 90

VI. Zorgplan, Superfit 92

NADERE ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGPLAN 92
Artikel 98. Nadere algemene voorwaarden Zorgplan 92
Artikel 99. Nadere bepaling 92
99.1. Waar en wanneer bent u verzekerd? 92

ZORG EN VERBLIJF BUITENSHUIS 92
Artikel 100. Zorghotels 92

EXTRA ONDERSTEUNING BIJ ZORG EN OPNAME 93
Artikel 101. Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort 93
101.1. Een eenpersoonskamer 93
101.2. Luxe- of comfortpakket van het ziekenhuis 94
101.3. Verblijf van uw partner 94
101.4. Parkeerkosten 94
Artikel 102. Ziekenhuisopname: assistentie en extra service 94
102.1. Hulp van de Zorgassistent 94
102.2. Vervoer zonder medische noodzaak bij ziekenhuisopname 95
102.3. Overnachtingen voor en na een ziekenhuisopname 95
102.4. Aanvullend consult en gesprek 96
Artikel 103. Extra faciliteiten bij eerstelijnsverblijf, verblijf in een kraamcentrum of instelling voor geriatrische revalidatie 96

PALLIATIEVE ZORG 97
Artikel 104. Hospice 97

VII. Begripsomschrijvingen 98

I. Algemeen

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u bij medische noodzaak recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Hiervan is sprake als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgverleners aan zorg 'plegen te bieden'.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgverlener moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Per zorgartikel vindt u welke zorgverleners de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgverlener moet voldoen. Voor een aantal vormen hebben we zorgverleners gecontracteerd, aangewezen of erkend.
Een overzicht van de door ons gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners vindt u op onze website.

1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Als we in de vergoedingstabel "volledig" vermelden, dan gaan we uit van bovenstaande omschrijving.

1.3.1. Zorg verleend door een gecontracteerde zorgverlener
Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij aan de zorgverlener het afgesproken tarief.

1.3.2. Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener
Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de (voor u betreffende) zorg geen contract hebben? Dan moet u misschien de rekening of een deel van de rekening zelf betalen. Onder niet-gecontracteerde zorgverleners vallen ook aangewezen zorgverleners. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden. Indien van toepassing kunt u uw vordering op ons voor huidbehandelingen en psychologische zorg niet overdragen aan zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

1.3.3. Zorg verleend door een niet-aangewezen of niet-erkende zorgverlener
Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden.

1.3.4. Budget
Krijgt u voor de betreffende zorg een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale budget dat in het betreffende zorgartikel staat.

1.3.5. Wij vergoeden ook als de zorg wordt verleend door een zorgverlener die in het buitenland is gevestigd, mits deze zorgverlener vergelijkbare zorg biedt. Als u vanuit deze verzekeringsvoorwaarden recht heeft op vergoeding van een wettelijke eigen bijdrage op grond van de zorgverzekering, dan vergoeden wij deze ook als deze zorg in het buitenland is verleend en vanuit de zorgverzekering is vergoed.
Zie voor vergoeding en voorwaarden ook hoofdstuk II Introfit, Startfit, Benfit, Optifit, Topfit, Superfit: het artikel 18. Niet-spoedeisende zorg in het buitenland; en hoofdstuk IV Wereldfit en Superfit: de artikelen 76. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland t/m 81. Opsporing en redding.

1.3.6. Samenloop van vergoedingen
Heeft u meerdere aanvullende (tand)verzekeringen? Dan kunt u vergelijkbare vergoedingen niet bij elkaar optellen. U ontvangt altijd de voor u meest gunstige vergoeding.

1.4. Insturen van nota's

De meeste zorgverleners sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via MijnONVZ of via de ONVZ app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. Stuur de originele nota naar Postbus 25030, 5600 RS Eindhoven. Soms vragen wij u een declaratieformulier in te vullen en mee te sturen. Kijk voor meer informatie op onze website.
Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Wij vergoeden alleen nota's die wij binnen 3 jaar hebben ontvangen. Deze 3 jaar gaan in op de eerste dag na de dag dat u weet van de opeisbaarheid van de vordering.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:
- de datum waarop de nota door de zorgverlener is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen);
- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgverlener.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.5. Rechtstreekse betaling

Wij mogen de zorgkosten rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. U heeft dan zelf geen recht meer op de vergoeding.

1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, moet u soms toch iets bijbetalen. Soms hebben wij meer vergoed dan waartoe we volgens uw aanvullende verzekering(en) verplicht zijn. Of de kosten van zorg komen om een andere reden voor uw rekening. Dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. In het zorgartikel vindt u informatie hierover.

Verwijzing of voorschrift
Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgverlener die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)
U heeft soms onze toestemming nodig voordat u de zorg krijgt. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.
Uw zorgverlener kan deze toestemming voor u aanvragen. Kijk voor meer informatie op onze website. U vindt hier ook informatie als u de aanvraag zelf wilt regelen of als het om zorg in het buitenland gaat.
Voor het verlenen van toestemming gaan wij na of uw zorgverlener van onberispelijk gedrag is. Als uw zorgverlener

niet van onberispelijk gedrag is, kan dat gevolgen hebben voor uw machtigingsaanvraag. Als onze medische adviseur het noodzakelijk acht, kan deze aanvullende informatie opvragen bij uw zorgverlener.

Akkoord ZorgConsulent
Bij sommige vergoedingen moet u vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent. Dit staat in het betreffende zorgartikel. De ZorgConsulent beoordeelt of u aan de voorwaarden voor de vergoeding voldoet, regelt de zorg of dienstverlening voor u, verwijst u naar een zorgverlener of geeft u akkoord om dit zelf te regelen.
Staat in het zorgartikel dat u vooraf akkoord van de ZorgConsulent nodig heeft? Dan moet u dat akkoord hebben voordat u de zorg of dienstverlening krijgt.
Neemt u vooraf geen contact op of heeft u vooraf geen akkoord van de ZorgConsulent gekregen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

1.8. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden spreken wij daarbij over (kalender)jaren. Om te bepalen aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden verbonden, kijken wij naar de door uw zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd. Deze datum is daarvoor bepalend. Stel uw behandeling valt in 2 kalenderjaren, en de zorgverlener mag de kosten hiervan in één bedrag in rekening brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie). Dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en horen de kosten bij het kalenderjaar waarin uw behandeling is gestart.

1.9. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener bent verschenen (de zogenoemde 'no-show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die derden zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring in rekening brengen, administratiekosten of kosten voor het niet op tijd betalen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u moet betalen op grond van een andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige volgens die wet bent;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken of zou kunnen maken volgens de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan komt volgens deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking die boven het bedrag ligt waarop u ergens anders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het Convenant Samenloop Reis- en Zorgverzekeraars. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- (vergoeding van de kosten van) zorg en/of diensten die u als zorgverlener aan uzelf verleent;
- (vergoeding van de kosten van) zorg en/of diensten die u krijgt van een verlener die uw partner, een gezinslid of een familielid in de eerste of tweede graad is.

1.10. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van deze aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u online, telefonisch, schriftelijk of op het aanvraagformulier heeft aangegeven.
Na het sluiten van de aanvullende verzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een polis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe polis. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de polis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten aanvullende verzekering(en) vermeld.

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke manier aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen:
Hoofdstuk II; Introfit, Startfit, Benfit, Optifit, Topfit, Superfit
Hoofdstuk III; Superfit, Tandfit A, Tandfit B, Tandfit C, Tandfit Preventief
Hoofdstuk IV; Wereldfit en Superfit
Hoofdstuk V: OntzorgPlus en Superfit
Hoofdstuk VI: Zorgplan en Superfit

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, zijn hoofdstuk I Algemeen en VII Begripsomschrijvingen op alle verzekeringen van toepassing. Als verzekerde(n) de aanvullende verzekering Superfit hebben, hebben ze ook recht op de vergoedingen van Wereldfit, OntzorgPlus en Zorgplan.
Bij de verzekeringsvoorwaarden hoort ook de premietabel. Daarin staan de basispremies, kortingen en toeslagen van de verzekeringen.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden verwijzen we naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Regeling zorgverzekering
- Clausuleblad terrorismedekking
- Premietabel basispremies, kortingen en toeslagen
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgverleners
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL en VSBB
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera
- Convenant Samenloop Reis- en Zorgverzekeraars
- Lijst met geneesmiddelen aanvullende verzekering
- Lijst aangewezen interventies Persoonlijk gezondheidsbudget

U vindt deze documenten op onze website.

2.4. Fraude

Als wij vermoeden dat er sprake is van fraude, zullen wij een onderzoek (laten) instellen. U bent verplicht om aan dit onderzoek mee te werken en ons relevante en juiste informatie te geven. Tijdens dit onderzoek betalen wij uw nota(s) niet uit. Blijkt uit het onderzoek dat u of iemand anders namens u (geheel of gedeeltelijke) fraude heeft gepleegd? Dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Daarnaast vorderen wij uitgekeerde vergoedingen bij u terug. Ook bent u verplicht de kosten die voortvloeien uit het fraudeonderzoek te betalen.

Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) registreren:

- in ons Incidentenregister;
- in het Externe Verwijzingsregister (EVR) van de stichting CIS.

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

Fraude door zorgverleners

Zorgverleners die fraude plegen, laten wij opnemen in het Externe Verwijzingsregister (EVR). Wij vergoeden geen zorg van zorgverleners die in dit register staan en zullen deze zorgverleners hierover informeren. De zorgverlener is verplicht om u voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij hun zorg niet vergoeden.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft.
Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u al onze mededelingen elektronisch wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de MijnONVZ of in de ONVZ app.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering(en) wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft dit niet te willen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen. De opzegtermijn is één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval zodra de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.
De verzekeringsvoorwaarden zijn gemaakt in de Nederlandse taal. We hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling, dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 3. Premie

3.1. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor kinderen tot 18 jaar betaalt u voor Introfit, Startfit, Benfit, Optifit, Wereldfit en OntzorgPlus geen premie. Voor Topfit en Superfit geldt een kinderpremie tot 18 jaar. Die betaalt u voor maximaal 2 kinderen. U moet kinderen zelf aanmelden.
U gaat voor kinderen premie betalen vanaf de 1e maand na de 18e verjaardag. Dan bestaat ook geen recht meer op de kinderpremie. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Aan welke eisen moet het rekeningnummer voldoen?
De tenaamstelling van het rekeningnummer moet overeenkomen met de naam van de verzekeringnemer. Ook moet het een rekeningnummer zijn van een land dat deelneemt aan de Single Euro Payments Area (SEPA).

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. De premies en voorwaarden van de collectieve overeenkomst gelden vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst.

3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden van de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3. U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Premietoeslag bij geen zorgverzekering van ONVZ

Combineert u onze aanvullende verzekering(en) niet met een zorgverzekering van ONVZ? Dan betaalt u een toeslag. In de premietabel staan de toeslagen.

3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

3.4.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.

3.4.2. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Betaalmogelijkheden

- U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.4.3.).
- U maakt gebruik van de mogelijkheid om via MijnONVZ gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling.
- Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
- U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling.

3.4.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.5. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.6. Niet-tijdig betalen

3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij mogen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Heeft u een actieve schuldregeling en zijn alle schuldeisers akkoord (MSNP/ WSNP)? Dan kunt u een aanvraag doen voor een aanvullende verzekering. Als wij de aanvraag accepteren gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

3.6.2. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.6.3. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

3.6.4. Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. Denk aan kosten die wij zouden kunnen verhalen op de aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van een ongeval. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);

- de zorgverlener te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt) scheiding, geboorte, adoptie, wonen en werken in het buitenland en wijziging rekeningnummer . Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.
- Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij mogen de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij aangeven dat de zorgverzekering aanvangt, per datum waarop u deelneemt aan de collectieve overeenkomst of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Toelating tot de aanvullende verzekering(en)

De aanvullende verzekeringen van ONVZ zijn alleen als aanvulling op de zorgverzekering van ONVZ af te sluiten als u verzekeringsplichtig bent in de zin van de Zorgverzekeringswet. Wij beoordelen uw aanvraag voor een aanvullende verzekering. Daarbij kunnen onder meer een registratie in het Externe Verwijzingsregister (EVR) en een eventuele betalingsachterstand bij ons worden meegewogen.
Stapt u later over naar een andere zorgverzekeraar voor uw zorgverzekering? Dan blijft uw aanvullende verzekering bestaan. Hierdoor kan wel een afwijkende premie gelden.
Voor sommige aanvullende verzekeringen vragen wij u een gezondheidsverklaring in te vullen over de gezondheid van de verzekerde(n). Daarmee beoordelen wij of u de verzekering kunt afsluiten. Dit geldt ook voor kinderen. Behalve als u uw kind binnen 4 maanden na geboorte aanmeldt bij ons. Dan hoeft u die verklaring niet in te vullen.

Wachttijd
Voor onderstaande vergoedingen geldt een wachttijd van 12 maanden. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor de betreffende zorg.

Vergoeding	Verzekering
Artikel 66. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar	Optifit, Topfit
Artikel 67. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	Topfit
Artikel 38. Ontharen voor verzekerden vanaf 16 jaar	Optifit, Topfit
Gordelroosvaccinatie uit artikel 64. Aanvullende vergoeding geneesmiddelen	Optifit, Topfit, Superfit
Artikel 34. Hersteloperatie sterilisatie man / vrouw (refertilisatie)	Topfit, Superfit

Wachttijd na wijzigen van aanvullende verzekering
Wijzigt u uw aanvullende verzekering en geldt voor een vergoeding in uw nieuwe aanvullende verzekering een wachttijd? Een eventuele wachttijd die u voor deze vergoeding al heeft doorlopen bij uw vorige aanvullende verzekering, telt niet mee. De wachttijd gaat in dat geval opnieuw in.
Voor orthodontie tot 18 jaar geldt een uitzondering als u wijzigt van Optifit naar Topfit. Voor het deel van de vergoeding dat al onder Optifit was verzekerd, geldt geen nieuwe wachttijd. Voor het extra vergoedingsbedrag onder Topfit geldt een wachttijd van 12 maanden. Bent u op het moment van wijzigen nog geen 12 maanden verzekerd met Optifit? Dan geldt voor het deel dat al onder Optifit was verzekerd een wachttijd voor de resterende maanden.

6.2.2. Gezinsdekking
Een aanvullende verzekering voor uw kind? Dat kan. Dit kan geen hogere verzekering zijn dan die van u, uw partner of een andere verzekerde van 18 jaar of ouder die op dezelfde zorgpolis staat.
Voor Wereldfit en OntzorgPlus geldt dat u of uw partner deze verzekering moet hebben. De Tandfit en Zorgplan verzekeringen gelden alleen voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Zorg van de tandarts valt tot 18 jaar onder de zorgverzekering.

6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering
U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1 en 6.2.2 is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2027 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2027. Onder een wijziging verstaan we het overstappen naar een andere aanvullende verzekering die wij aanbieden.
Als u wilt overstappen naar een aanvullende verzekering van een andere verzekeraar, dan moet u uw huidige aanvullende verzekering opzeggen. Uw opzegging moet u uiterlijk 31 december aan ons doorgeven (zie artikel 6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?).
Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen ONVZ. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3. Einde van rechtswege

De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekerde niet meer verzekeringsplichtig is op grond van de Zorgverzekeringswet;

- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van tevoren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, dan sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

> **Let op**
> U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering(en) opzeggen. Voorwaarde is wel dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2. Opzeggingsrecht;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt. Voorwaarde is dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering(en) op te zeggen.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6. Niet-tijdig betalen;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4. Fraude);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u gehandeld heeft met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken.

In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen;

- als u ongewenst gedrag vertoont tegen ons, onze medewerkers of zorgverleners of onze eigendommen beschadigt. Ongewenst gedrag is bijvoorbeeld agressie, het uiten van bedreigingen, het gebruik van geweld of intimidatie of mogelijke andere gedragingen. Wij bepalen wanneer er sprake is van ongewenst gedrag. Wij kunnen hiervan aangifte doen bij de politie en u (laten) registeren in ons Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister (EVR). Wij nemen bij opzegging een opzegtermijn van 2 maanden in acht. Als wij uw aanvullende verzekering(en) hebben beëindigd, kunt u 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen:
- We beëindigen uw Superfit als u buiten Nederland gaat wonen.
- We beëindigen de aanvullende verzekeringen van de kinderen als er geen verzekerde van 18 jaar of ouder meer op dezelfde polis staat met een gelijke of hogere aanvullende verzekering dan de kinderen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Indienen klacht

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. Kijk voor meer informatie over het indienen van een klacht op onze website.

> Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent. Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
> Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan kunt u dit ook door iemand anders laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. Klachten over formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor een klacht indienen. Kijk voor meer informatie op de website. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/ het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U heeft recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgverlener die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op de ZorgConsulent. U kunt ook een beroep doen op de ZorgConsulent bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgverlener met een bepaalde expertise, hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg of ondersteuning bij het regelen van zorg. De ZorgConsulent bekijkt samen met u welke mogelijkheden er zijn.

II. Introfit, Startfit, Benfit, Optifit, Topfit en Superfit

ALTERNATIEVE ZORG

Artikel 9. Alternatieve zorg

Per 1 januari 2027 vergoeden wij alternatieve zorg alleen van aangewezen zorgverleners

Hierdoor kan het voorkomen dat de zorg van uw huidige zorgverlener niet meer voor vergoeding in aanmerking komt. Bent u al in behandeling bij een zorgverlener die vanaf 2027 niet meer is aangewezen? Dan kunt u gebruikmaken van een overgangsregeling. Met deze overgangsregeling kunt u nog tot en met 31 december 2027 naar deze zorgverlener. Dit geldt alleen voor behandelingen en consulten die vanaf 2027 onder de vergoeding vallen.

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. behandelingen en consulten die vallen onder acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen, antroposofische alternatieve geneeswijzen, chiropractie, craniosacraaltherapie, haptotherapie (18 jaar en ouder), adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn, homeopathie, manuele therapie E.S, musculoskeletale geneeskunde, natuurgeneeswijzen, osteopathie en psychosociale zorg (18 jaar en ouder);
2. homeopathische of antroposofische (genees)middelen die
   - volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd
   - in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	maximaal € 100 per kalenderjaar Voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 30 per dag.
Benfit	maximaal € 350 per kalenderjaar Voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag.
Optifit	maximaal € 550 per kalenderjaar Voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 50 per dag.
Topfit	maximaal € 1.000 per kalenderjaar Voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 65 per dag.
Superfit	maximaal € 1.500 per kalenderjaar Voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 75 per dag.

Dit krijgt u niet vergoed

Onder alternatieve zorg vallen niet de consulten en (groeps-)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening, coaching en counseling;

- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- relatietherapie;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen;
- celtherapie en chelatietherapie;
- alle psychosociale therapie, waaronder haptotherapie, voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:
- diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek;
- onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Hier kunt u terecht
Voor behandelingen en consulten kunt u alleen terecht bij een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht hiervan vindt u op onze website. Voor de geneesmiddelen kunt u naar een apotheker. Een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige schrijft de geneesmiddelen voor.

Welk middel wordt vergoed?
Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgverlener opvragen en contact met ons opnemen. Onze contactgegevens vindt u op onze website. Met dit nummer kunnen wij voor u kijken of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apotheekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA- of HM-registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

FYSIOTHERAPIE

Artikel 10. Fysiotherapie, oefentherapie en oedeemtherapie

Dit krijgt u vergoed
De kosten van:
1. Fysiotherapie
2. Oefentherapie
3. Oedeemtherapie
4. Littekentherapie
5. Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Verzekering	Vergoeding
Introfit	maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar
Startfit	maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar
Benfit	maximaal 16 behandelingen per kalenderjaar voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar
Optifit	maximaal 30 behandelingen per kalenderjaar voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar
Topfit	maximaal 50 behandelingen per kalenderjaar voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar
Superfit	volledig voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar

Let op

De behandelingen fysiotherapie en oefentherapie die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering.

Dit krijgt u niet vergoed

- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining;
- Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport.

Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut. Voor gespecialiseerde fysiotherapie kunt u terecht bij een bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, kinderfysiotherapeut of manueel therapeut.
2. Oefentherapie: bij een oefentherapeut. Voor gespecialiseerde oefentherapie kunt u terecht bij een bekkenoefentherapeut, geriatrie-oefentherapeut, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut.
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.
4. Littekentherapie: bij een huidtherapeut.
5. Hand- of vingerspalk: bij een fysiotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL).

De kosten voor gespecialiseerde therapie krijgt u alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een therapeut die is ingeschreven in het daarvoor bestemde (deel)register van het:

- Individueel Register Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF);
- Subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Voor fysiotherapie, oefentherapie en oedeemtherapie hebben wij alleen contracten met zorgverleners die voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep.

Let op
Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson en parkinsonisme alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Gaat u naar een zorgverlener die niet is aangesloten bij ParkinsonNet, dan ontvangt u een lagere vergoeding. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben voor de betreffende zorg? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen ONVZ'. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

ERGOTHERAPIE

Artikel 11. Ergotherapie

Dit krijgt u vergoed
De kosten van ergotherapie met als doel een grotere of betere zelfredzaamheid. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 10 behandeluren ergotherapie per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	geen vergoeding
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Dit krijgt u niet vergoed
Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport.

Hier kunt u terecht
Bij een ergotherapeut.
Bij een handergotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL) voor een hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik.

Let op
Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Wij hebben voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson of parkinsonisme gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.

ANTICONCEPTIE

Artikel 12. Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed
Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar, die volgens de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt. Denk aan: anticonceptiepil, anticonceptiestaafje, spiraaltje, ring of pessarium.
Voor sommige anticonceptiemiddelen betaalt u een eigen bijdrage. De aanvullende verzekering vergoedt deze eigen bijdrage ook.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	maximaal € 50 per kalenderjaar
Startfit	volledig
Benfit	volledig
Optifit	volledig
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
Bij een door ons gecontracteerde apotheker of apotheekhoudend huisarts. Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde apothekers en apotheekhoudend huisartsen vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen
Het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel. Een huisarts, verloskundige of medisch specialist schrijft dit voor.

> U krijgt vanuit uw zorgverzekering een vergoeding voor het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Ongeacht uw leeftijd.

Artikel 13. Sterilisatie

Dit krijgt u vergoed
(De kosten van) sterilisatie.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	€ 1.000 voor sterilisatie vrouw € 350 voor sterilisatie man
Optifit	€ 1.200 voor sterilisatie vrouw € 400 voor sterilisatie man
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht

- Bij een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.
  Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel . Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie in artikel . Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- Voor een vasectomie (sterilisatie van de man) kunt u ook naar een huisarts.

OOGZORG

Artikel 14. Budget voor brillen en contactlenzen

Dit krijgt u vergoed

De aanschafkosten van brillen met glazen op sterkte en lenzen op sterkte.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal € 75 per 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Optifit	maximaal € 150 per 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Topfit	maximaal € 300 per 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Superfit	maximaal € 300 per 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

De periode van 2 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen heeft gekocht en het hieraan voorafgaande kalenderjaar. De kosten voor het aanmeten worden alleen vergoed als ze onderdeel uitmaken van de aanschaf.

Hier kunt u terecht

Bij een opticien.

Artikel 15. Ooglaseren en lensimplantatie

Dit krijgt u vergoed
De kosten van een ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. De vergoeding geldt ook voor de meerkosten van een multifocale of torische lens bij een cataractoperatie (staaroperatie).

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 500 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Topfit	maximaal € 500 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Superfit	maximaal € 500 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Hier kunt u terecht
Bij een oogarts.

Artikel 16. Orthoptie

Dit krijgt u vergoed
De kosten van een behandeling door een orthoptist van gezichtsveldproblemen of andere klachten zoals leesproblemen of hoofdpijn.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal € 500 per kalenderjaar
Optifit	maximaal € 750 per kalenderjaar
Topfit	maximaal € 1.000 per kalenderjaar
Superfit	maximaal € 1.500 per kalenderjaar

Dit krijgt u niet vergoed
Zorg die onder de zorgverzekering wordt vergoed zoals de zorg voor een lui oog, dubbelzien of scheelzien. Deze zorg is onderdeel van medisch specialistische zorg waarvoor u alleen in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum terecht kunt.

Hier kunt u terecht
Bij een orthoptist die werkt in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Of een orthoptist in een vrijgevestigde praktijk.

De orthoptist onderzoekt en behandelt gezichtsproblemen die te maken hebben met stand, beweging en samenwerking van de ogen. In de aanvullende verzekering wordt orthoptie vergoed bij bijvoorbeeld leesproblemen of hoofdpijn.

BUITENLAND

Artikel 17. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij een reis naar het buitenland

Dit krijgt u vergoed
Consulten, noodzakelijke vaccinaties (inentingen) en/of preventieve geneesmiddelen als u op reis gaat naar het buitenland.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	maximaal € 50 per kalenderjaar
Startfit	maximaal € 75 per kalenderjaar
Benfit	maximaal € 75 per kalenderjaar
Optifit	maximaal € 100 per kalenderjaar
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet.
Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.
Voor preventieve geneesmiddelen kunt u naar een apotheek of apotheekhoudend huisarts als deze middelen voorgeschreven zijn door een door ons gecontracteerde partij voor reisvaccinaties.

Artikel 18. Niet-spoedeisende zorg in het buitenland

Dit krijgt u vergoed
De kosten van geplande zorg in het buitenland die u op basis van de aanvullende verzekeringen vergoed krijgt.
Superfit vergoedt ook zorgkosten aanvullend op uw zorgverzekering in een EU-, EER- of verdragsland.
Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en maximale vergoedingen als in Nederland. Als de zorg in het buitenland duurder is, moet u de rest zelf betalen.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	tot het bedrag dat Introfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Startfit	tot het bedrag dat Startfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Benfit	tot het bedrag dat Benfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Optifit	tot het bedrag dat Optifit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Topfit	tot het bedrag dat Topfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Superfit	Tot het bedrag dat Superfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden (vergoedingen uit hoofdstuk II) In EU-, EER- of verdragsland: - Voor zorg die onder de zorgverzekering valt: tot 2x van het bedrag dat de zorgverzekering voor de zorg in Nederland zou vergoeden (dit is inclusief de vergoeding van de zorgverzekering) - Voor zorg die onder Superfit valt: tot 2x het bedrag die Superfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden

Dit krijgt u niet vergoed

De kosten van:

- zorg die niet voldoet aan de voorwaarden van de (aanvullende) verzekering;
- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer;
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of erelonen en supplementen (België);
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

Hier kunt u terecht

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoeding als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt.

Dit moet u zelf regelen

Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing, voorschrift of toestemming nodig heeft, geldt dat ook in het buitenland. U moet die hebben voordat u voor het eerste consult naar het buitenland gaat.

PREVENTIE

Artikel 19. Persoonlijk gezondheidsbudget

U krijgt een persoonlijk gezondheidsbudget voor preventie dat u kunt inzetten voor cursussen, zorg en advies zoals hierna beschreven in Artikel 19.1. Cursussen t/m 19.5. Consult en advies voor vrouwen (hormoonconsulent).

Verzekering	Vergoeding
Introfit	maximaal € 75 per kalenderjaar voor alle onderdelen samen; sportmedisch advies: 50% van de nota tot het budget op is en EHBO- en reanimatiecursussen: 75% van de nota tot het budget op is
Startfit	maximaal € 100 per kalenderjaar voor alle onderdelen samen; sportmedisch advies: 50% van de nota tot het budget op is en EHBO- en reanimatiecursussen: 75% van de nota tot het budget op is
Benfit	maximaal € 200 per kalenderjaar voor alle onderdelen samen; sportmedisch advies: 50% van de nota tot het budget op is en EHBO- en reanimatiecursussen: 75% van de nota tot het budget op is
Optifit	maximaal € 350 per kalenderjaar voor alle onderdelen samen; sportmedisch advies: 50% van de nota tot het budget op is en EHBO- en reanimatiecursussen: 75% van de nota tot het budget op is
Topfit	maximaal € 500 per kalenderjaar voor alle onderdelen samen; sportmedisch advies: 50% van de nota tot het budget op is en EHBO- en reanimatiecursussen: 75% van de nota tot het budget op is
Superfit	maximaal € 750 per kalenderjaar voor alle onderdelen samen; sportmedisch advies: 50% van de nota tot het budget op is en EHBO- en reanimatiecursussen: 75% van de nota tot het budget op is

19.1. Cursussen

Dit krijgt u vergoed

De kosten van (een):

- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, reuma, gewrichtsaandoeningen, kanker, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Patiënten Federatie Nederland of een thuiszorgorganisatie;
- cursussen omgaan met dementie die een thuiszorgorganisatie, de GGD- of een GGZ-instelling organiseert;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.patientenfederatie.nl

Dit moet u zelf regelen

Bij de nota stuurt u een bewijs van deelname mee.

19.2. Preventieve cursussen, zorg en advies gericht op uw fysieke en mentale gezondheid

Dit krijgt u vergoed
De kosten van (online) cursussen, zorg en advies die erop gericht zijn uw fysieke en mentale gezondheid op peil te houden of te verbeteren. Op onze website vindt u een overzicht van dit extra aanbod en waar u daarvoor terecht kunt.

19.3. Leefstijlcheck

Dit krijgt u vergoed
De kosten van een (online) leefstijlcheck of sportcheck met als doel inzicht krijgen in uw leefstijl of fitheid.

Hier kunt u terecht
Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een andere zorgverlener? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

19.4. Sportmedisch advies

Dit krijgt u vergoed
De kosten van sportmedisch onderzoek en sportmedische begeleiding en sportkeuringen.

Hier kunt u terecht
Bij een sportarts (medisch specialist).
Voor een duikkeuring: bij een duikerarts die Europees gecertificeerd is door de NVD. U vindt een gecertificeerde duikerarts op www.duikkeuring.nl

19.5. Consult en advies voor vrouwen (hormoonconsulent)

Dit krijgt u vergoed
De kosten van voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen met gezondheidsproblemen die veroorzaakt worden door het hormonale systeem zoals de overgang of de menstruatie.

Hier kunt u terecht
Bij een verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies over vrouwen en hormonen.
Bij een verloskundige die als (overgangs)consulent is aangesloten bij de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC) of bij Care for Women

Artikel 20. Preventief onderzoek

Dit krijgt u vergoed
De kosten van een preventief onderzoek als u geen klachten heeft, maar wel uw gezondheid wilt laten onderzoeken.
En de kosten van farmacogenetisch onderzoek.

1. **Medische check of preventief onderzoek**
   Een medische check of medisch onderzoek, anders dan die uit het persoonlijk gezondheidsbudget, of een meer gericht preventief onderzoek naar bepaalde medische risico's. Bijvoorbeeld als u zich zorgen maakt over een ziekte die in uw familie veel voorkomt.
2. **Farmacogenetisch onderzoek**
   Bij farmacogenetisch onderzoek gaat een laboratorium met dna-onderzoek na of een geneesmiddel bij u zal werken, en welke dosis voor u het beste is. Uw arts schrijft het onderzoek voor en vraagt het aan, of weet waar u terecht kunt. Wij vergoeden het farmacogenetisch onderzoek als het gaat om een voor u nieuw geneesmiddel, en als het onderzoek past binnen de adviezen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP). Uw arts weet of dat zo is. Het zogenoemde dna-paspoort valt ook onder dit farmacogenetisch onderzoek.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 200 per kalenderjaar; Medische check of preventief onderzoek: 50% van de nota tot het budget op is. Geen vergoeding voor farmacogenetisch onderzoek
Topfit	maximaal € 350 per kalenderjaar; Medische check of preventief onderzoek: 50% van de nota tot het budget op is. Farmacogenetisch onderzoek: 100% van de nota tot het budget op is
Superfit	maximaal € 500 per kalenderjaar; Medische check of preventief onderzoek: 50% van de nota tot het budget op is. Farmacogenetisch onderzoek: 100% van de nota tot het budget op is

Dit krijgt u niet vergoed

De kosten van:

- onderzoek naar uw gezondheid die de zorgverzekering vergoedt.
- bevolkingsonderzoek. Dat is preventief medisch onderzoek dat de overheid aanbiedt en betaalt, bijvoorbeeld voor borstkanker of darmkanker. Als u eraan mee kunt doen, krijgt u vanzelf bericht
- onderzoek dat u voor of via uw werkgever of sportvereniging laat doen

Hier kunt u terecht

1. Voor een andere medische check of medisch onderzoek of een meer gericht preventief onderzoek: huisarts of medisch specialist
2. voor farmacogenetisch onderzoek: laboratorium voor farmacogenetisch onderzoek

Dit moet u zelf regelen

Laat u een medische check of preventief onderzoek doen? Dan moet op de rekening staan wie het onderzoek heeft uitgevoerd. Wij vergoeden het onderzoek alleen als een huisarts of medisch specialist dit uitvoert.
Voor farmacogenetisch onderzoek moet u een voorschrift van uw arts hebben. Regelt u het onderzoek zelf? Bewaar uw voorschrift dan. We kunnen deze achteraf opvragen bij een nacontrole.

Wordt bij het onderzoek iets gevonden waarvoor u behandeld moet worden? Dan wordt die behandeling soms vergoed. Kijk hiervoor bij de juiste vergoeding, meestal . Huisartsenzorg of . Medisch specialist.

Artikel 21. Griepvaccinatie

Overgangsregeling griepvaccinatie

Per 1 januari 2027 kunt u voor een griepvaccinatie naar uw huisarts of medisch specialist. Gaat u in 2027 naar een vaccinatiecentrum omdat u daar vorig jaar ook bent geweest? Dan vergoeden wij deze zorg nog één keer. Dit geldt tot en met 31 december 2027.
Let op: De overgangsregeling geldt niet voor de GGD.

Dit krijgt u vergoed
De griepprik als u niet tot de risicogroep behoort die via het Nationaal Programma Griep preventie in aanmerking komt voor een griepvaccin.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	volledig
Optifit	volledig
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
Bij de huisarts of medisch specialist. Uw huisarts of medisch specialist kan u vragen het vaccin vooraf op te halen bij uw apotheek.

Artikel 22. Therapeutische kampen voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed
De kosten van een therapeutisch kamp voor kinderen jonger dan 18 jaar. Een therapeutisch kamp is een actief vakantiekamp voor kinderen met:
- astma;
- diabetes;
- overgewicht;
- ernstige huiduitslag (constitutioneel eczeem);
- kanker

Uw kind ontmoet er leeftijdgenoten met dezelfde aandoening. Zij werken onder begeleiding aan de conditie en leren er omgaan met de ziekte of aandoening.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 300 per kalenderjaar
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
Bij een aanbieder van een therapeutisch kamp.

THERAPIEËN

Artikel 23. Beweegprogramma's

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een beweegprogramma voor een blijvende verbetering van uw beweeggedrag bij:

- Overgewicht of obesitas als onderdeel van een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI). Voor volwassenen en kinderen
- Chronische pijn, dit is pijn die u langer dan 3 maanden beperkt in uw dagelijks leven. Er is geen duidelijke lichamelijke oorzaak (meer) voor de ernst van uw klachten
- Osteoporose
- Diabetes
- Herstel na een hartoperatie
- Bij behandeling of herstel van kanker

In deze beweegprogramma's wordt 3 tot 4 maanden meerdere keren per week in een groep getraind. Het is een afgebakend programma met als doel om u te leren waar uw grenzen liggen, hoe u verantwoord kunt bewegen en hoe u weer zelfstandig beweegactiviteiten op kunt pakken.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 250 per kalenderjaar voor alle beweegprogramma's samen
Topfit	maximaal € 500 per kalenderjaar voor alle beweegprogramma's samen
Superfit	volledig

Dit krijgt u niet vergoed

Activiteiten om meer te bewegen, bijvoorbeeld een fitnessabonnement, lidmaatschap van een sportvereniging of begeleiding bij beweegactiviteiten en de beweegactiviteiten zelf anders dan van het beweegprogramma.

Hier kunt u terecht

Bij een (gespecialiseerde) fysiotherapeut of een (gespecialiseerde) oefentherapeut. Voor de begeleiding bij kanker kunt u naar een Sport Medisch Adviescentrum of een begeleider van Tegenkracht.

De kosten van een beweegzorgprogramma door een fysiotherapeut of oefentherapeut krijgt u alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een therapeut die is ingeschreven in het daarvoor bestemde (deel)register van het:

- Individueel Register Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF);
- Subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Artikel 24. Stottertherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten voor stottertherapie. De vergoeding geldt voor therapievormen zoals de Del Ferro methode, het McGuire programma of de BOMA-methode.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal € 350 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Optifit	maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Topfit	maximaal € 750 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Superfit	volledig

Dit krijgt u niet vergoed
De kosten van:
- overnachtingen
- maaltijden tijdens de therapie

Hier kunt u terecht
Een instituut voor stottertherapie.

Artikel 25. Zwemmen voor 50+

Dit krijgt u vergoed
De kosten van bewegen in water als u 50 jaar of ouder en deelneemt aan een zwemtraining voor een groep voor 50-plussers onder leiding van een instructeur.
Uw conditie houdt u op peil door regelmatig te bewegen. Bewegen in water heeft als voordeel dat uw spieren en gewrichten soepel blijven maar niet zwaar worden belast.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	geen vergoeding
Topfit	maximaal € 50 per kalenderjaar
Superfit	maximaal € 50 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht
Veel zwembaden organiseren zwemtraining in extra verwarmd water voor mensen van 50+ of 65+. Bijvoorbeeld ZwemFit 50+, FiftyFit of seniorenzwemmen.

ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE

Artikel 26. Zwangerschapscursussen

Dit krijgt u vergoed

Als u zwanger bent of wilt worden, dan vergoeden wij de kosten van:

1. het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger;
2. cursussen op locatie of online die:
   - u voorbereiden op de bevalling;
   - u helpen zo fit en gezond mogelijk te blijven tijdens uw zwangerschap;
   - u helpen na de bevalling sneller te herstellen (maximaal 6 maanden na de bevalling);
   - gericht zijn op het leren kennen van uw baby (maximaal 6 maanden na de bevalling).

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 100 per kalenderjaar
Topfit	maximaal € 150 per kalenderjaar
Superfit	maximaal € 200 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

De zorgverlener moet ingeschreven zijn bij de Kamer van Koophandel en een website hebben waarop de cursus wordt vermeld.
U kunt bij uw verloskundige advies vragen bij de keuze voor een cursus.

De naam van de cursus, de website van de zorgverlener en het nummer van de Kamer van Koophandel moeten op de nota staan.

Artikel 27. Kraampakket

Dit krijgt u vergoed

Een kraampakket dat door ons in overleg met verloskundigen is samengesteld. Als u zwanger bent, kunt u dit pakket aanvragen via onze website.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	een kraampakket van ons
Optifit	een kraampakket van ons
Topfit	een kraampakket van ons
Superfit	een kraampakket van ons

Artikel 28. Lactatiekundige hulp

Dit krijgt u vergoed
De kosten van een cursus borstvoeding of, als u problemen heeft met de borstvoeding, een lactatiekundig consult.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal € 200 per bevalling
Optifit	maximaal € 300 per bevalling
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
Bij een lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of de Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding (VSBB).

Artikel 29. Borstkolf

Dit krijgt u vergoed
De (huur)kosten van een (elektrische) borstkolf.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 80 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Topfit	maximaal € 150 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Superfit	maximaal € 200 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Artikel 30. Eigen bijdrage kraamzorg

Dit krijgt u vergoed
De wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal € 250 per bevalling voor de eigen bijdrage kraamzorg en eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak samen
Optifit	volledig
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Artikel 31. Eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak

Dit krijgt u vergoed
De kosten van de eigen bijdrage bevalling vanuit de zorgverzekering als u zonder medische noodzaak bevalt in een ziekenhuis of een geboortecentrum.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal € 250 per bevalling voor de eigen bijdrage kraamzorg en eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak samen
Optifit	volledig
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Artikel 32. Nazorg moeder en pasgeborene of ondersteuning bij adoptie

Dit krijgt u vergoed
De kosten van:
- aanvullende nazorg wanneer u wegens een ziekenhuisopname van uzelf of uw baby geen of onvoldoende gebruik kon maken van uw geïndiceerde uren kraamzorg uit de zorgverzekering.
- noodzakelijke ondersteuning en advisering over de verzorging van uw geadopteerde baby van jonger dan 3 maanden.

In beide gevallen stelt de kraamzorgorganisatie het aantal noodzakelijke uren zorg vast.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal 6 uur per bevalling of adoptie
Optifit	maximaal 12 uur per bevalling of adoptie
Topfit	maximaal 16 uur per bevalling of adoptie
Superfit	maximaal 16 uur per bevalling of adoptie

Hier kunt u terecht
Bij een gediplomeerd kraamverzorgende of verpleegkundige.

Artikel 33. Screening bij adoptie

Dit krijgt u vergoed
De kosten van een medische screening van uw adoptiekind als deze jonger is dan 12 maanden en bij ons verzekerd is. Wij vergoeden 1 keer per adoptiekind. Ook als u en uw partner allebei bij ons verzekerd zijn.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal € 250 eenmalig
Optifit	volledig
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
Bij een kinderarts.

Artikel 34. Hersteloperatie sterilisatie man / vrouw (refertilisatie)

Dit krijgt u vergoed
De kosten van een hersteloperatie sterilisatie.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	geen vergoeding
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Let op

Wachttijd hersteloperatie sterilisatie man/ vrouw

Er geldt een wachttijd. Kijk in artikel 6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en) voor meer informatie over deze wachttijd.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.
Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben voor de betreffende zorg? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen ONVZ' op onze website.
Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Artikel 35. In-vitrofertilisatie (ivf)

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een vierde en opvolgende in-vitrofertilisatie (ivf) poging per te realiseren zwangerschap als aanvulling op de eerste, tweede en derde poging, als de verzekerde vrouw 42 jaar of jonger is en de BMI is minder dan 31.
Bij de eerste drie behandelpogingen moet sprake zijn van een erkende medische indicatie en moet vergoeding vanuit de zorgverzekering hebben plaatsgevonden.
Bij iedere poging wordt beoordeeld of eerdere behandelingen voldoende resultaat hebben opgeleverd. Hierbij wordt gekeken naar de follikelontwikkeling (antrale follikeltelling (AFC) > 5), de eicelopbrengst en de embryo ontwikkeling (meer dan 3 embryo's). Daarnaast wordt beoordeeld of er geen medische factoren aanwezig zijn die de kans op een succesvolle zwangerschap sterk verminderen, zoals een ernstig verminderde eierstokfunctie (POI), onvoldoende bruikbare zaadcellen of een sterk verlaagd anti-Müllerhormoon (AMH < 0,5 ng/ml of < 3,5 pmol/L). En zijn er uit eerdere pogingen ingevroren embryo's over? Dan is het terugplaatsen daarvan nog onderdeel van die eerdere poging en vergoeden wij geen 4e of volgende poging.
De bij de behandeling noodzakelijke geneesmiddelen worden vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg in verband met een ivf-behandeling.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	geen vergoeding
Topfit	geen vergoeding
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
Bij een gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

> **Ivf in het buitenland**
> U heeft recht op vergoeding van de kosten van deze zorg tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Dit moet u zelf regelen
1. Een verwijsbrief van de gynaecoloog of uroloog.
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig. Uw zorgverlener kan deze toestemming voor u aanvragen. Bij de aanvraag moet een toelichting van uw zorgverlener meegestuurd worden. De toelichting moet minimaal onderbouwen dat aan de voorwaarden voor deze vergoeding wordt voldaan.
   Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent

HUIDTHERAPIE

Artikel 36. Acnebehandeling

> **Overgangsregeling voor Acnebehandeling in 2027**
> Per 1 januari 2027 vergoeden we huidbehandelingen door een aangewezen zorgverlener. Voor acnebehandelingen betekent dit dat u voor deze zorg alleen naar een huidtherapeut mag gaan. Bent u al in behandeling bij een zorgverlener die vanaf 2027 niet meer is aangewezen en heeft u al een vergoeding gekregen in 2026? Dan kunt u gebruikmaken van een overgangsregeling. Met deze overgangsregeling kunt u nog tot en met 31 december 2027 naar deze zorgverlener. Dit geldt alleen voor behandelingen die vanaf 2027 onder de vergoeding vallen.

Dit krijgt u vergoed
De kosten van behandeling van ernstige vormen van acne in het gezicht, de hals, borst en/of rug in overeenstemming met het stroomschema van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten bij zorgprofiel 2 of hoger. Uw zorgverlener moet het zorgprofiel op de nota vermelden.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	maximaal € 100 per kalenderjaar voor verzekerden tot 21 jaar
Startfit	maximaal € 150 per kalenderjaar voor verzekerden tot 21 jaar
Benfit	maximaal € 200 per kalenderjaar voor verzekerden tot 21 jaar
Optifit	maximaal € 300 per kalenderjaar voor verzekerden tot 21 jaar
Topfit	maximaal € 400 per kalenderjaar voor verzekerden tot 21 jaar
Superfit	maximaal € 500 per kalenderjaar

Dit krijgt u niet vergoed
Acne verzorgingsproducten voor thuisgebruik.

Hier kunt u terecht
Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van de zorgverlener die u behandeld heeft, moeten op de nota staan.

> **Let op**
> Als uw behandelingen worden uitgevoerd in een kliniek waar meerdere zorgverleners werken, dan kan het zijn dat de nota op de AGB-code van de kliniek wordt uitgeschreven. Dit is niet voldoende. Uit de nota moet blijken welke zorgverlener u behandeld heeft. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van deze zorgverlener moeten daarom op de nota staan.

U kunt uw vordering op ons voor acnebehandeling niet overdragen aan de aangewezen zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Artikel 37. Camouflagetherapie (instructielessen)

Dit krijgt u vergoed
De kosten van camouflagetherapie (instructielessen) als u ernstige (blijvende) ontsieringen in gezicht en/of hals heeft. U leert littekens of huidaandoeningen met kleurafwijkingen minder opvallend te maken. Ook de benodigde middelen die tijdens de behandeling worden gebruikt krijgt u vergoed.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal € 70 voor 2 instructielessen per kalenderjaar
Optifit	maximaal € 70 voor 2 instructielessen per kalenderjaar
Topfit	maximaal € 120 voor 2 instructielessen per kalenderjaar
Superfit	maximaal € 120 voor 2 instructielessen per kalenderjaar

Dit krijgt u niet vergoed
Camouflage producten voor thuisgebruik.

Hier kunt u terecht
Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van de zorgverlener die u behandeld heeft, moeten op de nota staan.

> **Let op**
> Als uw behandelingen worden uitgevoerd in een kliniek waar meerdere zorgverleners werken, dan kan het zijn dat de nota op de AGB code van de kliniek wordt uitgeschreven. Dit is niet voldoende. Uit de nota moet blijken welke zorgverlener u behandeld heeft. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van deze zorgverlener moeten daarom op de nota staan.

U kunt uw vordering op ons voor camouflagetherapie niet overdragen aan de aangewezen zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Artikel 38. Ontharen voor verzekerden vanaf 16 jaar

Dit krijgt u vergoed
De kosten van behandeling om extreme haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht definitief te verwijderen.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal € 350 voor hele looptijd van de aanvullende verzekering
Optifit	maximaal € 750 voor hele looptijd van de aanvullende verzekering
Topfit	maximaal € 1.500 voor hele looptijd van de aanvullende verzekering
Superfit	maximaal € 2.000 voor hele looptijd van de aanvullende verzekering

> **Wachttijd ontharen**
> Er geldt een wachttijd. Kijk in artikel 6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en) voor meer informatie over deze wachttijd.

Dit krijgt u niet vergoed
Verzorgingsproducten voor thuisgebruik.

Hier kunt u terecht
Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van de zorgverlener die u behandeld heeft, moeten op de nota staan.

Let op

Als uw behandelingen worden uitgevoerd in een kliniek waar meerdere zorgverleners werken, dan kan het zijn dat de nota op de AGB-code van de kliniek wordt uitgeschreven. Dit is niet voldoende. Uit de nota moet blijken welke zorgverlener u behandeld heeft. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van deze zorgverlener moeten daarom op de nota staan.

U kunt uw vordering op ons voor ontharen niet overdragen aan de aangewezen zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

HULPMIDDELEN

Artikel 39. Budget hulpmiddelen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor hulpmiddelen zoals hierna beschreven in Artikel 39.1. Haarwerk/pruik en mutssja's t/m 39.7. Eigen bijdrage schoeisel

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal € 150 per kalenderjaar
Optifit	maximaal € 250 per kalenderjaar
Topfit	maximaal € 500 per kalenderjaar
Superfit	maximaal € 1.000 per kalenderjaar

39.1. Haarwerk/pruik en mutssja's

Dit krijgt u vergoed

Het verschil tussen het bedrag dat de leverancier bij u in rekening brengt voor een haarwerk/pruik en de vergoeding die u daarvoor ontvangt vanuit de zorgverzekering. Als u een indicatie heeft voor een haarwerk/pruik, dan ontvangt u een tegemoetkoming in de kosten voor een haarwerk/pruik en de kosten voor een mutssja.

39.2. Steunpessarium

Dit krijgt u vergoed

De kosten van het steunpessarium. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats. De kosten van het plaatsen van het steunpessarium door de huisarts worden vergoed vanuit de zorgverzekering.

Hier kunt u terecht

Apotheek, (apotheekhoudend) huisarts of leverancier van hulpmiddelen.

39.3. Plaswekker van 5 tot 18 jaar

Dit krijgt u vergoed
De (huur)kosten van een plaswekker bij nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 5 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde broekjes en bandages. De vergoeding is eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering.

Hier kunt u terecht
Bij een leverancier van plaswekkers.

39.4. ADL-Hulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed
De kosten van ADL-Hulpmiddelen als u een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis heeft. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals bijvoorbeeld de kleine hulpmiddelen die nodig zijn om uzelf te kunnen wassen, aankleden en drogen, voor de toiletgang en kleine hulpmiddelen bij het koken en eten. Een volledige lijst met hulpmiddelen die wij vergoeden vindt u op onze website.

Hier kunt u terecht
Bij een leverancier van hulpmiddelen.

Dit moet u zelf regelen
Een verwijsbrief van de ergotherapeut, een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze zorgverlener beoordeelt welke ADL-Hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn.

39.5. Eigen bijdrage hoortoestellen

Dit krijgt u vergoed
De wettelijke eigen bijdrage voor een hoortoestel en een tinnitusmaskeerder dat u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

39.6. Eigen bijdrage gezichtshulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed
De wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen, filterglazen of contactlenzen die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

39.7. Eigen bijdrage schoeisel

Dit krijgt u vergoed
De wettelijke eigen bijdrage voor orthopedisch of allergeenvrij schoeisel die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Artikel 40. Steun-/compressiekousen

Dit krijgt u vergoed
De kosten van steun-/compressiekousen drukklasse 1.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal 4 paar per kalenderjaar
Topfit	maximaal 4 paar per kalenderjaar
Superfit	maximaal 4 paar per kalenderjaar

Dit moet u zelf regelen
Een recent voorschrift van huisarts of medisch specialist. Deze moet u meesturen als u de rekening bij ons indient.

Artikel 41. Eenvoudige loophulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed
De kosten van huur of aankoop van krukken, looprek of drie- of vierpootwandelstok voor eigen gebruik.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 35 per kalenderjaar
Topfit	maximaal € 35 per kalenderjaar
Superfit	maximaal € 100 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht
Bij een leverancier van hulpmiddelen.

Artikel 42. Rollator

Dit krijgt u vergoed
De kosten van huur of aankoop van een rollator voor eigen gebruik.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 100 per kalenderjaar
Topfit	maximaal € 100 per kalenderjaar
Superfit	maximaal € 200 per kalenderjaar

PLASTISCHE CHIRURGIE

Artikel 43. Flapoorcorrectie voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed
(De kosten van) een correctie van uitstaande oorschelpen (flaporen) voor verzekerden tot 18 jaar.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	volledig
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
Bij de plastisch chirurg, of andere medisch specialist die plastische chirurgie doet. Deze specialist moet werken in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.
Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben voor de betreffende zorg? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de ‘Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen ONVZ’ op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen
Een verwijsbrief van huisarts of medisch specialist.

Artikel 44. Ooglidcorrectie

Dit krijgt u vergoed
(De kosten van) een bovenooglidcorrectie of levatorplastiek:
- als u recht vooruit kijkt en uw pupil een derde wordt bedekt door de onderrand van uw bovenooglid of de overhangende huidplooi;

- als u duidelijk een beperkt zijwaarts gezichtsveld heeft. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van uw oog, of;
- bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van uw bovenooglid.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	volledig
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
Bij de plastisch chirurg, of andere medisch specialist die plastische chirurgie doet. Deze specialist moet werken in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.
Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben voor de betreffende zorg? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen ONVZ' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen
1. Een verwijsbrief van huisarts of medisch specialist.
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig. Uw zorgverlener kan deze toestemming voor u aanvragen. Bij de aanvraag moet een toelichting van uw zorgverlener meegestuurd worden over de aard en omvang van de afwijking en de toe te passen behandeling. De toelichting moet minimaal onderbouwen dat aan de voorwaarden voor deze vergoeding wordt voldaan.
   Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent

Artikel 45. Buikwandcorrectie

Dit krijgt u vergoed
(De kosten van) een correctie van de buikwand als u een overhangende buikhuidplooi heeft waarbij smetten aannemelijk is. De diepte van de huidplooi moet 6 cm of meer zijn, gemeten aan de binnenzijde van de plooi. Daarnaast is het belangrijk dat uw gewicht in verhouding staat tot uw lichaamslengte. Uw BMI is maximaal 30. Voor een buikwandcorrectie na bariatrische chirurgie mag uw BMI niet hoger zijn dan 35 (≤ 35).

Hoe berekent u uw BMI
De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).
Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang. Uw BMI is dan 85 gedeeld door (1.75 x 1.75) = 85 gedeeld door 3,0625 = 27,76. Dit is afgerond 28.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	geen vergoeding
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
Bij de plastisch chirurg, of andere medisch specialist die plastische chirurgie doet. Deze specialist moet werken in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.
Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben voor de betreffende zorg? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen ONVZ' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen
1. Een verwijsbrief van huisarts of medisch specialist.
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig. Uw zorgverlener kan deze toestemming voor u aanvragen. Bij de aanvraag moet een toelichting van uw zorgverlener meegestuurd worden over de aard en omvang van de afwijking en de toe te passen behandeling. De toelichting moet minimaal onderbouwen dat aan de voorwaarden voor deze vergoeding wordt voldaan.
   Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent

Artikel 46. Borstprothese

Dit krijgt u vergoed
De kosten van het operatief plaatsen of het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie als er geen recht bestaat op een vergoeding op grond van uw zorgverzekering.
Vergoeding van de kosten:
- bij een vormverbeterende ingreep na verminking door een ongeval of ziekte;
- bij een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is of;
- voor het opheffen van objectiveerbare functiestoornissen.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	volledig
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
Bij de plastisch chirurg, of andere medisch specialist die plastische chirurgie doet. Deze specialist moet werken in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.
Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben voor de betreffende zorg? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen ONVZ' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen
U heeft vooraf onze toestemming nodig. Uw zorgverlener kan deze toestemming voor u aanvragen. Bij de aanvraag moet een toelichting van uw zorgverlener meegestuurd worden over de aard en omvang van de afwijking en de toe te passen behandeling. De toelichting moet minimaal onderbouwen dat aan de voorwaarden voor deze vergoeding wordt voldaan. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent

Artikel 47. Dijbeen- of bovenarmlift

Dit krijgt u vergoed
(De kosten van) een dermolipectomie in de vorm van een dijbeenlift of bovenarmlift als de zorgverzekering de ingreep niet vergoedt en er sprake is van:
- extreem gewichtsverlies, en
- een BMI < 30 dat minimaal 12 maanden stabiel is, en
- een score 3 op de Pittsburgh Rating Scale (dit is een internationaal geaccepteerde classificatie voor de vormafwijking van een aantal lichaamsgebieden).

De aanvullende verzekering vergoedt geen dermolipectomie bij een lichamelijke functiestoornis. Dat doet de zorgverzekering. Daarbij geldt dat er bijna nooit een indicatie is bij forse bovenbenen, ook niet als sprake is van schuren van de benen. Het kapot schuren van de huid is in het algemeen te voorkomen door het dragen van broeken. Forse bovenarmen leiden nog minder vaak tot lichamelijke functiestoornissen.

Hoe berekent u uw BMI
De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte). Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang. Uw BMI is dan 85 gedeeld door (1.75 x 1.75) = 85 gedeeld door 3,0625 = 27,76. Dit is afgerond 28.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	geen vergoeding
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
Bij de plastisch chirurg, of andere medisch specialist die plastische chirurgie doet. Deze specialist moet werken in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.
Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben voor de betreffende zorg? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen ONVZ' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen
U heeft vooraf onze toestemming nodig. Uw zorgverlener kan deze toestemming voor u aanvragen. Bij de aanvraag moet een toelichting van uw zorgverlener meegestuurd worden over de aard en omvang van de afwijking en de toe te passen behandeling. De toelichting moet minimaal onderbouwen dat aan de voorwaarden voor deze vergoeding wordt voldaan.
Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 48. Psychologische zorg bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen

Dit krijgt u vergoed
De kosten van behandeling van werkproblemen, relatieproblemen of aanpassingsstoornissen. Bijvoorbeeld als gevolg van burn-out, overspannenheid, een overlijden of echtscheiding.
Dit geldt alleen als het gaat om een behandeling die wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar. Het maakt hierbij niet uit of uw zorgverlener een contract met ons heeft.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 500 per kalenderjaar
Topfit	maximaal € 1.000 per kalenderjaar
Superfit	maximaal € 1.500 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht
Voor zorg uit de aanvullende verzekering mogen de volgende zorgverleners regiebehandelaar zijn:
- GZ-psycholoog
- klinisch psycholoog
- psychotherapeut
- kinder- of jeugdpsycholoog, geregistreerd bij het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) of Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ)
- orthopedagoog-generalist

Dit moet u zelf regelen
Een verwijsbrief van huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of straatdokter. Als het gaat om een aanpassingsstoornis mag de jeugdarts ook verwijzen.

VOETZORG

Artikel 49. Budget voetbehandelingen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor voetbehandelingen en voor podotherapie zoals hierna beschreven in Artikel 49.1. Voetbehandelingen voor risicoprofiel 1 en 49.2. Podotherapie.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 150 per kalenderjaar
Topfit	maximaal € 300 per kalenderjaar
Superfit	volledig

49.1. Voetbehandelingen voor risicoprofiel 1

Dit krijgt u vergoed
De kosten van:
Voetbehandelingen voor risicoprofiel 1. Dit zijn behandelingen om (pijn)klachten en wonden door huid- en nagelaandoeningen en/of door overmatige druk op voet of nagels te verminderen of te voorkomen. Uw podotherapeut of pedicure moet het risicoprofiel op de nota vermelden.

> **Zorgprofielen**
> Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u heeft. Dit zorgprofiel zegt iets over de kwetsbaarheid van uw voeten. Er zijn 4 risicoprofielen: 0, 1, 2 en 3. Hoe hoger het profiel, hoe meer zorg u nodig heeft voor uw voeten.

Dit krijgt u niet vergoed
- voetzorg als u geen verhoogd risico heeft op voetulcera (risicoprofiel 0)
- voetzorg voor risicoprofiel 1 die niet in het behandelplan staat, zoals eelt verwijderen dat geen risico geeft op een wond, nagels knippen, het masseren van voeten en andere verzorgende behandelingen.

> **Let op**
> Vanuit uw zorgverzekering heeft u recht op bepaalde voetzorg bij een verhoogd risico op het ontstaan van voetulcera en de behandeling van voetulcera. Dit zijn diepe wonden aan de voet die vaak moeilijk genezen. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.

Hier kunt u terecht
Bij een:
1. podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici;
2. medisch pedicure of pedicure met aantekening ‘Reumatische voet’ of ‘Diabetes voet’ die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
3. pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo;
4. medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

49.2. Podotherapie

Dit krijgt u vergoed
De kosten van behandelingen van voetafwijkingen. Dit zijn: huid- en nagelaandoeningen, voetklachten of klachten aan het houdings- en bewegingssysteem door een afwijkend functioneren en/of afwijkende stand van de voeten.

Hier kunt u terecht
Bij een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Artikel 50. Steunzolen en therapiezolen

Dit krijgt u vergoed
(De kosten van) aanmeten en de kosten van steunzolen en therapiezolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 200 per kalenderjaar
Topfit	maximaal € 400 per kalenderjaar
Superfit	maximaal € 500 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht
Bij een podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM). SEMH staat voor Stichting Erkenningsregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen.

VOEDINGSADVIES

Artikel 51. Diëtetiek

Dit krijgt u vergoed
De kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 3 behandeluren diëtetiek per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal 2 behandeluren per kalenderjaar Uw zorgverlener declareert de behandeltijd in kwartieren.
Optifit	maximaal 3 behandeluren per kalenderjaar Uw zorgverlener declareert de behandeltijd in kwartieren.
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
Bij een diëtist.

> **Let op**
> Een overzicht van de door ons gecontracteerde diëtisten vindt u op onze website.

Artikel 52. Gewichtsconsulent

Dit krijgt u vergoed
De kosten van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 100 per kalenderjaar
Topfit	maximaal € 150 per kalenderjaar
Superfit	maximaal € 200 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht
Bij een gewichtsconsulent die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN).

> Op www.gewichtsconsulenten.nl kunt u een gewichtsconsulent bij u in de buurt zoeken.

VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 53. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. verblijf in een familie- of logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis in Nederland, als uw minderjarig kind of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis. Voorbeelden van familiehuizen speciaal voor kinderen zijn de Ronald McDonaldhuizen en de Kiwanishuizen. Als uw minderjarig kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan kunt u naar het logeer- of familiehuis dat verbonden is aan het ziekenhuis;
2. verblijf in een logeerhuis als u 2 dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Het ziekenhuis bepaalt meestal of u in aanmerking komt voor verblijf in een familiehuis of logeerhuis.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal € 25 per nacht
Optifit	maximaal € 25 per nacht
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Artikel 54. Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed

Dit krijgt u vergoed

De kosten van verblijf in het gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of het familiehuis Daniël den Hoed als u poliklinisch onder behandeling bent in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of Erasmus MC Kanker Instituut.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	geen vergoeding
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Vanuit de zorgverzekering heeft u in bepaalde situaties recht op ziekenvervoer. Bent u tenminste 3 achtereenvolgende dagen aangewezen op dit vervoer, dan kunt u ook kiezen voor een vergoeding voor logeerkosten in plaats van een vergoeding voor vervoer.

PALLIATIEVE ZORG

Artikel 55. Hospice

Dit krijgt u vergoed
De kosten van verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u een korte levensverwachting heeft en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd. Ook extra faciliteiten die u bij sommige hospices/Bijna-Thuis-Huizen kunt 'bijbestellen' worden vergoed. Bijvoorbeeld een extra bed en maaltijden voor uw partner.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 25 per dag
Topfit	maximaal € 50 per dag
Superfit	volledig

Dit krijgt u niet vergoed
U krijgt geen vergoeding voor verblijfkosten uit de aanvullende verzekering als u Eerstelijnsverblijf (ELV) ontvangt. De verblijfkosten voor ELV worden vergoed vanuit de zorgverzekering.

Hier kunt u terecht
Bij een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Een hospice/Bijna-Thuis-Huis is erkend als deze is aangesloten bij het Netwerk Palliatieve Zorg. Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.
Vind een aangesloten hospice of Bijna-Thuis-Huis op de website van Netwerk Palliatieve Zorg.

ZORG EN VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 56. Zorghotels

Dit krijgt u vergoed
Kosten van verblijf in een zorghotel als uw arts vaststelt dat u na een operatie of door een lichamelijke ziekte moet herstellen, maar daarbij geen arts nodig heeft.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	geen vergoeding
Topfit	maximaal € 2.000 per kalenderjaar Er geldt een maximum van € 200 per dag.
Superfit	maximaal € 2.500 per kalenderjaar Er geldt een maximum van € 200 per dag.

Dit krijgt u niet vergoed
Verblijf in een zorghotel voor herstel van een psychische aandoening of als u een indicatie heeft of had kunnen krijgen voor (geriatrische) revalidatie, eerstelijnsverblijf of voor Wlz-zorg.

Hier kunt u terecht
U vraagt het verblijf vooraf aan bij de ZorgConsulent. De ZorgConsulent bespreekt met u of u aanspraak kunt maken op eerstelijnsverblijf vanuit de zorgverzekeringswet, hulp uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Kunt u dat niet, dan verwijst de ZorgConsulent u mogelijk naar een door ons gecontracteerd zorghotel. Gaat u naar een zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorghotels vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen
1. U moet een indicatie voor een zorghotel hebben van uw arts.
2. U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent.

Artikel 57. Behandeling in een kuuroord

Dit krijgt u vergoed
De kosten van behandeling en verblijf in een kuuroord voor de indicaties: ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis, artritis psoriatica of morbus Forestier. Voor vergoeding geldt dat u een kuur van minimaal 5 dagen volgt om klachten veroorzaakt door uw aandoening te behandelen of verlichten.
Een kuur is een intensief, gestructureerd behandelprogramma speciaal gemaakt voor uw aandoening.
Behandelingen die u krijgt zijn bijvoorbeeld:
- Balneotherapie (badwater met speciale stoffen, vaak uit de aarde)
- Fangotherapie (speciale modder uit een vulkaan)
- Radontherapie (bad met radongas).

Bespreek altijd eerst met uw behandelend arts welk kuurprogramma en welke behandeling het meest geschikt is voor uw klachten.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	geen vergoeding
Topfit	maximaal € 900 per kalenderjaar
Superfit	maximaal € 900 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht
Bij een kuuroord.

Dit moet u zelf regelen
Een verwijsbrief van de reumatoloog. U hoeft deze niet direct mee te sturen bij de nota. We kunnen deze achteraf opvragen zoals vermeld in Artikel 1.4. Insturen van nota's.

> Een overzicht van kuuroorden vindt u op onze website.

ZORG THUIS

Bent u mantelzorger? Dan geven wij een tijdelijke vergoeding voor noodzakelijke ondersteuning om te voorkomen dat u als mantelzorger overbelast raakt en uitvalt, en zodat u in de gelegenheid bent hulp in te schakelen bijvoorbeeld via de afdeling Wmo van uw gemeente of bij het CIZ voor een Wlz-aanvraag.

De vergoeding voor mantelzorg bestaat uit de mantelzorgmakelaar en vervangende mantelzorg. De voorwaarden voor vergoeding voor vervangende mantelzorg of de inzet van een mantelzorgmakelaar leest u hier, en gelden voor de Artikelen 58. Mantelzorgmakelaar en 59. Vervangende mantelzorg.

Vergoeding is mogelijk indien u mantelzorger bent en voldoet aan de volgende criteria:
- U zorgt onbetaald voor een naaste (bijvoorbeeld familielid, vriend(in), buur of kennis)
- U zorgt 8 uur of meer per week voor uw naaste
- Uw naaste heeft langer dan 3 maanden intensieve of langdurige verzorging nodig
- Diegene aan wie u mantelzorg verleent heeft een gezondheidsbeperking (lichamelijke en / of psychische problemen) waardoor of waarbij mantelzorg noodzakelijk is. Of is hulpbehoevend waarbij de zorg verder gaat dan de gebruikelijke zorg en waardoor of waarbij mantelzorg noodzakelijk is.
- De zorg bestaat uit verzorging of hulp bij dagelijkse activiteiten.

Vergoeding is niet mogelijk als
- De ontvanger van mantelzorg een Wlz-indicatie heeft, of
- De ontvanger van mantelzorg vanuit de Wmo mantelzorg (respijtzorg) ontvangt.

Is er in deze gevallen wel behoefte aan een verruiming van de zorg? Geef dat dan aan bij de organisatie die de indicatie heeft gesteld.

Artikel 58. Mantelzorgmakelaar

Dit krijgt u vergoed
Een mantelzorgmakelaar zorgt tijdelijk voor professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar ondersteunt en begeleidt de mantelzorger bij regeltaken rond zorg, welzijn of financiën om te voorkomen dat de mantelzorger overbelast raakt. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren voor deze ondersteuning vast.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 500 voor mantelzorgmakelaar voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Topfit	maximaal € 750 voor mantelzorgmakelaar voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Superfit	maximaal € 1.000 voor mantelzorgmakelaar voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

De vergoeding geldt voor u als mantelzorger. Er kan één mantelzorger per zorgvrager (zorgsituatie) aanspraak maken op de vergoeding.

Hier kunt u terecht
U vraagt de hulp aan bij de ZorgConsulent. U kunt terecht bij een zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaars van de Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM).

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent

Artikel 59. Vervangende mantelzorg

Dit krijgt u vergoed
Tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger, zodat u als mantelzorger even vrij kunt zijn. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorger bent. Er kan één mantelzorger per zorgvrager (zorgsituatie) aanspraak maken op de vergoeding. De vervangende mantelzorg vraagt u aan voor minimaal 1 dag. Ook als u minder dan 24 uur zorg op 1 dag afneemt, rekenen wij, ongeacht het aantal uren dat u ontvangt, 1 dag.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal 5 dagen per kalenderjaar
Optifit	maximaal 10 dagen per kalenderjaar
Topfit	maximaal 15 dagen per kalenderjaar
Superfit	maximaal 25 dagen per kalenderjaar

Hier kunt u terecht
U vraagt de zorg vooraf aan bij de ZorgConsulent. De ZorgConsulent regelt de vervangende mantelzorg of verwijst u naar een gecontracteerde organisatie.
Gaat u naar een niet-gecontracteerde organisatie die vervangende mantelzorg biedt? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde organisaties en hoeveel uur mantelzorgvervanging u per dag vergoed krijgt, vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent

Let op

Eerste aanvraag?
Vraagt u voor de eerste keer vervangende mantelzorg aan? Doe dit dan 6-8 weken voordat u als mantelzorger vervangende mantelzorg nodig heeft. Dit is nodig om alles zo goed mogelijk te regelen.

Altijd mantelzorgondersteuning door de ZorgConsulent

Als mantelzorger heeft u soms zélf ook wat steun nodig. Een mantelzorgondersteuner van ONVZ kan u helpen om in balans te blijven. De ondersteuner biedt een luisterend oor, en helpt u bijvoorbeeld om grenzen te stellen, of uw sociale netwerk (weer) uit te breiden. Of bij het combineren van mantelzorg en werk.

EXTRA ONDERSTEUNING BIJ ZORG EN OPNAME

Artikel 60. Huishoudelijke hulp

Dit krijgt u vergoed
Huishoudelijke hulp als:
- u tijdelijk niet zelf uw huishouden kunt doen na een ziekenhuisopname en
- deze aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal 4 dagen en
- u ouder bent dan 18 jaar en
- de gemeente uw aanvraag voor ondersteuning thuis heeft afgewezen.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal 9 uur per ziekenhuisopname
Topfit	maximaal 18 uur per ziekenhuisopname
Superfit	maximaal 30 uur per ziekenhuisopname

Dit krijgt u niet vergoed
Krijgt u wel huishoudelijke hulp via de gemeente? Dan betaalt u daarvoor een eigen bijdrage. Deze vergoeden wij niet.

Hier kunt u terecht
U vraagt de hulp vooraf aan bij de ZorgConsulent. De ZorgConsulent regelt de hulp voor u.

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent

Artikel 61. Kinderopvang bij ziekenhuisopname

Dit krijgt u vergoed
De kosten van kinderopvang op werkdagen als:
- u 4 of meer dagen achter elkaar in het ziekenhuis wordt opgenomen, en;
- u ouder bent van een kind jonger dan 12 jaar, en;
- uw kind ook bij ons verzekerd is met dezelfde aanvullende verzekering.

De vergoeding gaat in op de 4e opnamedag en is een maximaal bedrag per kind, per werkdag. De vergoeding stopt bij uw ontslag uit het ziekenhuis of na het maximum aantal dagen.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	geen vergoeding
Topfit	geen vergoeding
Superfit	maximaal € 25 per kind, per werkdag en maximaal 60 werkdagen per opname

Hier kunt u terecht
U vraagt de hulp vooraf aan bij de ZorgConsulent. De ZorgConsulent kan u ook helpen bij het vinden van kinderopvang. Na een akkoord van de ZorgConsulent mag u ook zelf extra of afwijkende uren regelen bij uw reguliere kinderopvang.
U kunt terecht bij een kinderopvanginstelling ingeschreven in het Landelijk Register Kinderopvang (LRK).

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent

Artikel 62. Extra faciliteiten bij eerstelijnsverblijf, verblijf in een kraamcentrum of instelling voor geriatrische revalidatie

Dit krijgt u vergoed
De kosten van extra faciliteiten, zoals bijvoorbeeld meer keuze bij maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner bij verblijf in een kraamcentrum, wifi, tv of tablet of extra service voor uw bezoek. De extra faciliteiten moeten te maken hebben met uw eerstelijnsverblijf, verblijf in een kraamcentrum of verblijf in een instelling voor geriatrische revalidatie.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	geen vergoeding
Topfit	maximaal € 50 per dag
Superfit	volledig

Dit krijgt u niet vergoed
Wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (zoals kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).

VERVOER

Artikel 63. Eigen bijdrage ziekenvervoer

Dit krijgt u vergoed
De wettelijke eigen bijdrage voor ziekenvervoer. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	geen vergoeding
Topfit	volledig
Superfit	volledig

GENEESMIDDELEN

Artikel 64. Aanvullende vergoeding geneesmiddelen

Dit krijgt u vergoed
(De kosten van) geneesmiddelen, die staan vermeld op het Overzicht geneesmiddelen aanvullende verzekering op onze website. Per aanvullende verzekering staat welke geneesmiddelen van toepassing zijn. Gordelroosvaccinatie vergoeden we in Optifit, Topfit en Superfit. De kosten van terhandstelling en het begeleidingsgesprek van de apotheek vergoeden wij ook.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	maximaal € 150 per kalenderjaar
Optifit	maximaal € 300 per kalenderjaar
Topfit	maximaal € 1.500 per kalenderjaar
Superfit	volledig

Let op
Wachttijd voor gordelroosvaccinatie
Voor Optifit, Topfit en Superfit geldt er een wachttijd. Kijk in artikel 6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en) voor meer informatie over deze wachttijd.

Dit krijgt u niet vergoed
- U krijgt de geneesmiddelen niet vergoed als de zorgverzekering deze vergoedt.
- U krijgt geen vergoeding voor vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma.

Hier kunt u terecht
Bij een door ons gecontracteerde apotheker of apotheekhoudend huisarts. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen
Een recept van een huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundige (met juiste voorschrijfbevoegdheid).

MONDZORG

Artikel 65. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed
De kosten van tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar.
De zorgverzekering vergoedt de meeste tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Wilt u weten

welke zorg dat precies is? Kijk dan in de voorwaarden van uw zorgverzekering. Deze zorg vergoeden wij dan ook niet vanuit de aanvullende verzekering. Ook niet als een machtigingsaanvraag voor de zorgverzekering wordt afgewezen.

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten. U ontvangt maximaal de vergoeding zoals deze is opgenomen in de NZa tarievenlijst voor de betreffende behandeling.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	maximaal € 500 per kalenderjaar
Topfit	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg.

Dit krijgt u niet vergoed
- A30 (voorbereiding algehele narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- E97 (uitwendig bleken)
- V15 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.
- R79 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.
- zorg onder het experiment cosmetische mondzorg (K-codes)
- orthodontische zorg (F-codes)

Artikel 66. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed
De kosten van orthodontische zorg.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	80% tot maximaal € 2.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Topfit	80% tot maximaal € 3.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Superfit	volledig

Dit krijgt u niet vergoed
De kosten van orthodontische zorg die vooral is bedoeld om uw gebit mooier te maken.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts of orthodontist.
Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes.

> **Let op**
> **Wachttijd orthodontie voor verzekerden jonger dan 18 jaar**
> Er geldt een wachttijd voor Optifit en Topfit. Kijk in artikel 6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en) voor meer informatie over deze wachttijd.

Artikel 67. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed
De kosten van orthodontische zorg voor het herstellen van een functionele afwijking. Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking van de kaak? Dan spreken we van een ‘functionele afwijking’.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	geen vergoeding
Benfit	geen vergoeding
Optifit	geen vergoeding
Topfit	100% tot maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Superfit	volledig

Dit krijgt u niet vergoed
De kosten van orthodontische zorg die vooral is bedoeld om uw gebit mooier te maken.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts of orthodontist.
Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes.

> **Let op**
> **Wachttijd orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder**
> Er geldt een wachttijd voor Topfit. Kijk in artikel 6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en) voor meer informatie over deze wachttijd.

Dit moet u zelf regelen
U heeft vooraf onze toestemming nodig. Uw zorgverlener kan deze toestemming voor u regelen.

Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is. Bij deze aanvraag moeten minimaal de volgende gegevens zitten: een onderbouwing van de orthodontist over de aard van de zorgvraag (inclusief de gebits-, mond- of kaakproblematiek en de functionele afwijking), röntgenfoto's, foto's van de gebitssituatie en een behandelplan met kostenbegroting.
Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent. Heeft u al een orthodontietraject gehad en moet uw retentiebeugel vervangen worden? Daarvoor hoeft u vooraf geen toestemming te vragen.
Gaat u naar een tandarts of orthodontist voor een behandelplan, dan maakt u al kosten. Krijgt u van ons geen toestemming voor de behandeling? Dan betaalt u die kosten zelf.

VERHAALSBIJSTAND

Artikel 68. Verhaalsbijstand bij letselschade

Dit krijgt u vergoed
Heeft u letsel opgelopen door een ongeval in Nederland? En is iemand anders (voor een deel) aansprakelijk? Dan proberen wij de schade die u daardoor heeft geleden en lijdt, te verhalen op de aansprakelijke partij. Wij werken samen met een advocatenkantoor dat de schade probeert te verhalen. Dit zijn kosten die voor eigen rekening komen, gemiste inkomsten en smartengeld.

Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de melding plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering.

U kunt geen gebruikmaken van verhaalsbijstand als:
- het gaat om verhaal van schade aan voer- of (lucht)vaartuigen, of het vaststellen van die schade;
- het gaat om verhaal van schade bij medische aansprakelijkheid;
- u een rechtsbijstandsverzekering heeft die dekking biedt voor het verhalen van uw schade;
- De zaak al loopt bij een andere advocaat of rechtsbijstandverzekering.

Als wij op basis van de redelijkerwijs te verwachten kosten van de verhaalsbijstand en de naar verwachting verhaalbare schade vaststellen dat verdere behandeling niet doelmatig is, kunnen wij ervoor kiezen u schadeloos te stellen. Wij betalen dan het bedrag van de schade dat naar ons oordeel redelijkerwijs op de aansprakelijke partij kan worden verhaald, tot maximaal het verzekerde bedrag. Na betaling verlenen wij voor dit ongeval geen verdere verhaalsbijstand. U werkt mee aan de overdracht aan ons van uw vordering op de aansprakelijke partij, voor zover wij die vordering aan u hebben vergoed.

De advocaat beoordeelt of er een redelijke kans bestaat om uw schade te verhalen. Bent u het niet eens met dit oordeel of met de behandeling van uw zaak? Dan kunt u, nadat u dit met de advocaat heeft besproken, de zaak voorleggen aan een externe advocaat. Wij vergoeden de redelijke kosten van deze beoordeling. Deze kosten vallen buiten de maximale vergoeding.

Geeft de externe advocaat u gelijk? Dan kunt u deze advocaat de zaak laten behandelen. Geeft de externe advocaat u geen gelijk? Dan stopt de verhaalsbijstand. Laat u de zaak daarna op eigen kosten behandelen en wordt uw schade alsnog met succes verhaald? Dan vergoeden wij de redelijke kosten die de aansprakelijke partij niet vergoedt.

Bij een gerechtelijke of administratieve procedure of een belangenconflict mag u zelf een advocaat of andere bevoegde deskundige kiezen. Voor de behandeling van uw zaak geldt steeds het maximum van € 12.500 verminderd met de kosten die al zijn gemaakt. Kennelijk kansloze procedures vallen niet onder de verhaalsbijstand.

Verzekering	Vergoeding
Introfit	geen vergoeding
Startfit	maximaal € 12.500 per ongeval
Benfit	maximaal € 12.500 per ongeval
Optifit	maximaal € 12.500 per ongeval
Topfit	maximaal € 12.500 per ongeval
Superfit	maximaal € 12.500 per ongeval

Dit krijgt u niet vergoed
Kosten die u zelf maakt buiten de verhaalsbijstand om.

Dit moet u zelf regelen
Neem zelf contact op met onze klantenservice. Wij vragen u om ons toestemming te geven om informatie over het ongeval uit te wisselen met het door ONVZ gecontracteerde advocatenkantoor. Wilt u de machtiging niet ondertekenen? Dan moet u de gevraagde informatie zelf naar het advocatenkantoor sturen.
Bij het verhalen van de schade moet u medewerking verlenen. Als u dat niet doet, kan de verhaalsbijstand-service worden gestopt.
Kijk op onvz.nl/contact voor de contactmogelijkheden. Wij helpen u graag.

III. Tandfit A, Tandfit B, Tandfit C, Tandfit Preventief en Superfit

TANDHEELKUNDIGE ZORG

Artikel 69. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Heeft u een Superfit, Tandfit A, B of C? Dan krijgt u 1 budget dat u kunt inzetten voor de tandheelkundige zorg in:

- 70. Algemene tandheelkundige zorg
- 71. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en wortelkanaalbehandelingen

Heeft u een Tandfit Preventief? Dan krijgt u 1 budget dat u kunt inzetten voor de tandheelkundige zorg in artikel 70. Algemene tandheelkundige zorg.

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.
U ontvangt maximaal de vergoeding zoals deze is opgenomen in de NZa tarievenlijst voor de betreffende behandeling.

Verzekering	Vergoeding
Tandfit A	maximaal € 200 per kalenderjaar
Tandfit B	maximaal € 500 per kalenderjaar
Tandfit C	maximaal € 1.250 per kalenderjaar
Tandfit Preventief	maximaal € 2.000 per kalenderjaar voor algemene tandheelkundige zorg
Superfit	maximaal € 1.600 per kalenderjaar

Artikel 70. Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:

- consult voor een intake en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- tandvleesbehandelingen (T-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

Verzekering	Vergoeding
Tandfit A	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is; gebitsreiniging (M03) tot maximaal 25 minuten per kalenderjaar
Tandfit B	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is; gebitsreiniging (M03) tot maximaal 50 minuten per kalenderjaar
Tandfit C	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is; gebitsreiniging (M03) tot maximaal 75 minuten per kalenderjaar
Tandfit Preventief	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is; voor vullingen (V-codes) en tandvleesbehandelingen (T-codes) samen tot maximaal € 300 per kalenderjaar
Superfit	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed
- A30 (voorbereiding algehele narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- V15 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.
Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg.

Artikel 71. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en wortelkanaalbehandelingen

Dit krijgt u vergoed
- kronen en bruggen (R-codes);
- implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes) ;
- gedeeltelijke protheses (P-codes) ;
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes).

Verzekering	Vergoeding
Tandfit A	100% tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is
Tandfit B	100% tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is
Tandfit C	100% tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is
Tandfit Preventief	geen vergoeding
Superfit	100% tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed
- R79 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.
- E97 (uitwendig bleken)

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg.

Artikel 72. Eigen bijdrage kunstgebit

Dit krijgt u vergoed
De wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:
- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknopen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

Verzekering	Vergoeding
Tandfit A	geen vergoeding
Tandfit B	maximaal € 100 per kalenderjaar
Tandfit C	maximaal € 300 per kalenderjaar
Tandfit Preventief	geen vergoeding
Superfit	volledig

TANDHEELKUNDIGE ZORG BIJ EEN ONGEVAL

Artikel 73. Tandheelkundige zorg bij een ongeval

Dit krijgt u vergoed
De kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Wij vergoeden alleen de zorg die noodzakelijk is om uw tandheelkundige toestand te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval.
Droeg u een beugel tijdens het ongeval, is deze door het ongeval beschadigd of onbruikbaar geworden en is deze na het ongeval nog steeds nodig? Dan worden de kosten voor het verwijderen en herstellen van deze beugel of als dat niet mogelijk is de aanschaf van een nieuwe gelijkwaardige beugel vergoed. Deze kosten worden alleen vergoed als dit noodzakelijk is om de lopende behandeling voort te kunnen zetten.
Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekeringen Superfit, Tandfit A, Tandfit B, Tandfit C, Tandfit Preventief. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval plaatsvindt, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Verzekering	Vergoeding
Tandfit A	maximaal € 10.000 per ongeval
Tandfit B	maximaal € 10.000 per ongeval
Tandfit C	maximaal € 10.000 per ongeval
Tandfit Preventief	maximaal € 10.000 per ongeval
Superfit	maximaal € 10.000 per ongeval

Dit krijgt u niet vergoed
De kosten:
- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- na (of bij) gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- die voorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- van een behandeling in het buitenland;
- van schade aan uw gebit ontstaan door het nuttigen van etenswaren;
- als gevolg van een indicatie die voor het ongeval al aanwezig was;
- van orthodontische zorg die niet zijn gemaakt voor verwijdering, herstel of vervanging van een beugel zoals hierboven omschreven;
- van een beugel, die niet vanuit onze aanvullende verzekering vergoed zou worden.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts, kaakchirurg of orthodontist in Nederland.

Dit moet u zelf regelen
U heeft vooraf onze toestemming nodig. Uw zorgverlener kan deze toestemming voor u aanvragen. De eerste aanvraag moet voor de herstelbehandeling en binnen 3 maanden na het ongeval door ons zijn ontvangen.
Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is. Bij deze aanvraag moeten minimaal de volgende gegevens zitten: een verslag van de spoedeisende hulp of (tand)arts waar u voor noodhulp bent geweest, röntgenfoto's van de schade aan uw gebit, kleurenfoto's van de tandheelkundige situatie vlak na het ongeval en een behandelplan met kostenbegroting.
Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent

NIET-SPOEDEISENDE TANDHEELKUNDIGE ZORG IN HET BUITENLAND

Artikel 74. Niet-spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland

Dit krijgt u vergoed
De kosten van geplande tandheelkundige zorg in het buitenland die u op basis van de aanvullende verzekeringen vergoed krijgt. Superfit vergoedt extra tandheelkundige zorg in een EU-, EER- of verdragsland.
Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en maximale vergoedingen als in Nederland. Als de zorg in het buitenland duurder is, moet u de rest zelf betalen.

Verzekering	Vergoeding
Tandfit A	vergoedingen gelden ook in buitenland
Tandfit B	vergoedingen gelden ook in buitenland
Tandfit C	vergoedingen gelden ook in buitenland
Tandfit Preventief	vergoedingen gelden ook in buitenland
Superfit	vergoedingen gelden ook in het buitenland (vergoedingen in hoofdstuk III) In EU-, EER- of verdragsland: - Voor tandheelkundige zorg die onder Superfit valt: tot 2x het bedrag die Superfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden

Dit krijgt u niet vergoed
U krijgt de administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat niet vergoed. Bijvoorbeeld als een zorgverlener kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken.

Hier kunt u terecht
Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoeding als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt.

Dit moet u zelf regelen
Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing, voorschrift of toestemming nodig heeft, geldt dat ook in het buitenland.

IV. Wereldfit, Superfit

NADERE ALGEMENE VOORWAARDEN WERELDFIT

Artikel 75. Nadere algemene voorwaarden Wereldfit

Voor verzekerden met **Superfit** gelden ook de vergoedingen van Wereldfit.
Naast Hoofdstuk I Algemeen en hoofdstuk VII Begripsomschrijvingen gelden de nadere algemene voorwaarden Wereldfit voor de vergoedingen van deze verzekering.

> U moet altijd contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt. Doet u dit niet, dan kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. Wij vergoeden de telefoonkosten naar de alarmcentrale.
> Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar. U vindt het telefoonnummer van onze alarmcentrale in de ONVZ app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.
> Wilt u tijdens een reis in het buitenland advies? Dan kunt u daarvoor ook contact opnemen met onze alarmcentrale.

75.1. Nadere begripsomschrijvingen

Marktconform bedrag: Dit is het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in het land van behandeling voor dezelfde zorg rekenen.
Als we in de vergoedingstabel “volledig” vermelden, dan gaan we uit van het marktconform bedrag.

Vergoedingentabel: De (maximale) vergoedingen zijn per verzekerde, behalve als anders staat vermeld.

Spoedeisende zorg: Spoedeisende zorg is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland.

BUITENLAND

Artikel 76. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

76.1. Spoedeisende zorg in aanvulling op zorgverzekering

Dit krijgt u vergoed
Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval te krijgen.
U ontvangt de vergoeding als:
- het om spoedeisende zorg gaat. Onze alarmcentrale beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Verzekering	Vergoeding
Wereldfit	volledig, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Superfit	volledig, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief

Dit krijgt u niet vergoed

De kosten:

1. voor niet-spoedeisende zorg of zorg die kan worden uitgesteld tot u terug bent in Nederland;
2. van een ziekenhuisopname en/of kosten van een langdurige medische behandeling als u geen voorafgaand contact met onze alarmcentrale heeft opgenomen of laten opnemen;
3. die u op grond van de wet niet zou hoeven te betalen of kosten die niet in rekening gebracht zouden zijn als er geen dekking zou zijn op basis van deze verzekering;
4. van zorg die niet redelijk en noodzakelijk zijn.

Dit moet u zelf regelen

U moet voor u kosten maakt altijd contact opnemen met onze alarmcentrale. Doet u dit niet, dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de ONVZ app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

76.2. Geneesmiddelen, hulpmiddelen of verbandmiddelen bij spoedeisende zorg in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

De kosten van geneesmiddelen, hulpmiddelen of verbandmiddelen die bij de spoedbehandeling horen. Geregistreerde geneesmiddelen (in Nederland of in land van behandeling) worden vergoed als die niet onder de zorgverzekering of een andere aanvullende verzekering vergoed worden. Voor geneesmiddelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel houden we een maximale vergoeding per kalenderjaar aan.

Verzekering	Vergoeding
Wereldfit	volledig tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief; voor niet-geregistreerde geneesmiddelen, maximaal € 250 per kalenderjaar
Superfit	volledig tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief; voor niet-geregistreerde geneesmiddelen, maximaal € 350 per kalenderjaar

Dit moet u zelf regelen

U moet voor u kosten maakt altijd contact opnemen met onze alarmcentrale. Doet u dit niet, dan heeft dit gevolgen voor vergoeding van kosten. U vindt het telefoonnummer in de ONVZ app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

76.3. Ziekenvervoer bij spoedeisende zorg in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

De kosten van passend ziekenvervoer die hoort bij de spoedeisende zorg in het buitenland. Dit is vervoer voor medisch onderzoek of behandeling, als u medisch gezien niet met openbaar vervoer kunt.
Bij vliegen vergoeden wij economy class, tenzij dat onmogelijk is. Bij gebruik van een auto vergoeden wij € 0,27 per kilometer. Voor de berekening van de afstand gaan we uit van de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.
Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, vergoeden wij niet.

Verzekering	Vergoeding
Wereldfit	voor taxivervoer: volledig; voor vervoer per auto: € 0,27 per kilometer
Superfit	voor taxivervoer: volledig; voor vervoer per auto: € 0,27 per kilometer

Dit moet u zelf regelen
U moet voor u kosten maakt altijd contact opnemen met onze alarmcentrale. Doet u dit niet, dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de ONVZ app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

76.4. Vervoer en verblijf bij spoedeisende zorg

Dit krijgt u vergoed
De extra kosten van vervoer en verblijf bij spoedeisende zorg. Hieronder vallen de kosten:
- van uzelf als een reisgenoot in het ziekenhuis is opgenomen of om andere medische redenen (nog) niet naar huis kan terugkeren;
- van verzekerde reisgenoten naar het ziekenhuis waar u bent opgenomen. Wij vergoeden bij ziekenhuisopname ook de extra kosten van verblijf van verzekerde reisgenoten;
- van ander of vervangend vervoer als uw vooraf geboekte terugreis door uw medische situatie niet op de geplande datum kon plaatsvinden.

Eenmalig per gebeurtenis de extra kosten van vervoer en verblijf van 2 bezoekers:
- voor maximaal 8 dagen als u naar verwachting minimaal 5 dagen in het ziekenhuis ligt of er sprake is van een levensbedreigende situatie;
- voor (in totaal) maximaal 15 dagen als u na die 8 dagen om medische redenen niet naar huis kunt terugkeren.

Bij vliegen vergoeden wij economy class, tenzij dat onmogelijk is. Bij gebruik van een auto vergoeden wij € 0,27 per kilometer. Voor de berekening van de afstand gaan we uit van de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.
Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, vergoeden wij niet.

Bij verblijf vergoeden wij de kosten van een overnachting tot maximaal € 150 per persoon per dag.

Verzekering	Vergoeding
Wereldfit	vliegen en taxivervoer: volledig; vervoer per auto: € 0,27 per kilometer; verblijf: € 150 per dag
Superfit	vliegen en taxivervoer: volledig; vervoer per auto: € 0,27 per kilometer; verblijf: € 150 per dag

Dit krijgt u niet vergoed
De vergoedingen gelden alleen bij een verblijf van maximaal 365 dagen in het buitenland.

Dit moet u zelf regelen
U moet voor u kosten maakt altijd contact opnemen met onze alarmcentrale. Doet u dit niet, dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de ONVZ app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Artikel 77. Repatriëring

77.1. Repatriëring

Dit krijgt u vergoed

Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland.
Hieronder vallen de kosten van:

- vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- het brengen en/of toesturen van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

De alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.

Verzekering	Vergoeding
Wereldfit	volledig
Superfit	volledig

Dit krijgt u niet vergoed

De vergoedingen gelden alleen bij een verblijf van maximaal 365 dagen in het buitenland.
Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Dit moet u zelf regelen

U moet voor u kosten maakt altijd contact opnemen met onze alarmcentrale. Doet u dit niet, dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de ONVZ app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

77.2. Extra vervoer en verblijf bij medisch noodzakelijke repatriëring

Dit krijgt u vergoed

Bij medisch noodzakelijk vervoer van verzekerde naar Nederland vergoeden we ook:

- de extra kosten van verblijf, als u wel vervoerd moet worden maar dat door uw medische situatie (nog) niet kan
- 1 keer vervoer en verblijf voor 1 persoon, als iemand u tijdens die periode komt bezoeken.

Kunt u naar huis terug, maar kan dat door de ziekte of het letsel niet met het geplande vervoer(middel)? Dan vergoeden we ook de extra vervoerskosten.

Bij vliegen vergoeden wij economy class, tenzij dat onmogelijk is. Bij gebruik van een auto vergoeden wij € 0,27 per kilometer. Voor de berekening van de afstand gaan we uit van de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.
Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, vergoeden wij niet.

Bij verblijf vergoeden wij de kosten van een overnachting tot maximaal € 150 per persoon per dag.

Verzekering	Vergoeding
Wereldfit	voor vliegen en taxivervoer: volledig; voor vervoer per auto: € 0,27 per kilometer; voor verblijf: € 150 per dag
Superfit	voor vliegen en taxivervoer: volledig; voor vervoer per auto: € 0,27 per kilometer; voor verblijf: € 150 per dag

Dit moet u zelf regelen
U moet voor u kosten maakt altijd contact opnemen met onze alarmcentrale. Bij uw overlijden moet iemand zo snel mogelijk contact opnemen. Gebeurt dit niet, dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de ONVZ app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

> Zie voor vervoer- en verblijfkosten voor bezoekers en reisgenoten bij repatriëring van het stoffelijk overschot de vergoeding “Overlijden in het buitenland”.

Artikel 78. Eerder terugkeren van een reis

Dit krijgt u vergoed
De extra kosten van vervoer en verblijf als u onverwachts eerder van uw buitenlandse reis moet terugkeren. Als de reis in uw woonland plaatsvindt met minimaal 1 betaalde overnachting, vergoeden wij alleen de extra kosten van vervoer tot een maximaal bedrag per gebeurtenis.

We vergoeden deze kosten in de volgende situaties:
- u kunt de geplande bestemming niet bereiken doordat u of een reisgenoot ziek wordt of een ongeval krijgt;
- een reisgenoot wordt ernstig ziek of raakt ernstig gewond door een ongeval ;
- een reisgenoot overlijdt;
- een familielid in de 1e of 2e graad of huisgenoot blijkt ernstig ziek, heeft een ernstig ongeval gehad of is overleden;
- er is ernstige schade aan uw woning, de inboedel of uw bedrijf.

Wilt u nadat u thuis bent geweest de geplande reis voortzetten? Dan vergoeden we binnen de oorspronkelijke reisduur de kosten van vervoer en verblijf in verband met de (terug)reis naar de geplande bestemming.

Bij vliegen vergoeden wij economy class. Bij gebruik van een auto vergoeden wij € 0,27 per kilometer. Voor de berekening van de afstand gaan we uit van de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, vergoeden wij niet.

Bij verblijf vergoeden wij de kosten van een overnachting tot maximaal € 150 per persoon per dag.

Verzekering	Vergoeding
Wereldfit	voor vliegen en taxivervoer: volledig (marktconform tarief) voor vervoer per auto: € 0,27 per kilometer voor verblijf: € 150 per dag volledig; extra kosten vervoer in uw woonland tot € 500 per gebeurtenis
Superfit	voor vliegen en taxivervoer: volledig (marktconform tarief) voor vervoer per auto: € 0,27 per kilometer voor verblijf: € 150 per dag volledig; extra kosten vervoer in uw woonland tot € 500 per gebeurtenis

Dit krijgt u niet vergoed
De vergoedingen in het buitenland gelden alleen bij een verblijf van maximaal 365 dagen.

Dit moet u zelf regelen
U moet voor u kosten maakt altijd contact opnemen met onze alarmcentrale. Doet u dit niet, dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de ONVZ app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.
Onze alarmcentrale regelt het vervoer en verblijf. U mag vervoer in uw woonland zelf regelen.

Artikel 79. Vervangende chauffeur tijdens een reis

Dit krijgt u vergoed
De kosten van een vervangende chauffeur, als:
- de bestuurder om medische redenen niet meer kan rijden, en
- het gebruikte motorrijtuig nog goed rijdt, en
- de andere reisgenoten het motorrijtuig niet kunnen besturen

Reist u met een eigen motorrijtuig, dan vergoeden wij de kosten van de vervangende chauffeur tot uw woonplaats.
Reist u met een gehuurd motorrijtuig, dan vergoeden wij de kosten van de vervangende chauffeur naar de inleverplaats die het dichtstbij is.
Onze alarmcentrale regelt de inzet van een vervangende chauffeur.

Verzekering	Vergoeding
Wereldfit	volledig
Superfit	volledig

Dit krijgt u niet vergoed
De vergoedingen gelden alleen bij een verblijf van maximaal 365 dagen in het buitenland.

Dit moet u zelf regelen
Onze alarmcentrale regelt de inzet van een vervangende chauffeur. Regelt u het zelf, dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de ONVZ app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Artikel 80. Vergoeding bij overlijden in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Bij overlijden van verzekerde tijdens een reis vergoeden wij:

- de kosten van een uitvaart in het land van overlijden, en de heen- en terugreis daarvoor van familieleden in de 1e of 2e graad, samen tot maximaal € 7.500;
- de extra kosten van vervoer voor verzekerde reisgenoten in verband met de terugreis. En de extra kosten van hun verblijf tot en met de dag van repatriëring van het stoffelijk overschot of de dag na de uitvaart, met een maximum van 30 dagen;
- bij repatriëring van het stoffelijk overschot het vervoer en verblijf voor maximaal 7 dagen van 2 familieleden in de 1e of 2e graad naar de plaats van opbaren, inclusief terugreis;
- vervoer en verblijf voor maximaal 7 dagen van 1 persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan, inclusief terugreis.

Bij overlijden van een reisgenoot van verzekerde vergoeden wij:

- de extra kosten van vervoer en verblijf, met een maximum van 30 dagen.

Zie voor het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland artikel 77.1. Repatriëring.

Bij vliegen vergoeden wij economy class, tenzij dat onmogelijk is. Bij gebruik van een auto vergoeden wij € 0,27 per kilometer. Voor de berekening van de afstand gaan we uit van de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.
Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, vergoeden wij niet.
Bij verblijf vergoeden wij de kosten van een overnachting tot maximaal € 150 per persoon per dag.

Verzekering	Vergoeding
Wereldfit	volledig
Superfit	volledig

Dit krijgt u niet vergoed

De vergoedingen gelden alleen bij een verblijf van maximaal 365 dagen in het buitenland.

Dit moet u zelf regelen

U moet voor u kosten maakt altijd contact opnemen met onze alarmcentrale. Bij uw overlijden moet iemand zo snel mogelijk contact opnemen. Gebeurt dit niet, dan kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. U vindt het telefoonnummer in de ONVZ app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Artikel 81. Opsporing en redding

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een noodzakelijke opsporing- of reddingsactie als u door ziekte of ongeval in het buitenland in een noodsituatie belandt.

Verzekering	Vergoeding
Wereldfit	maximaal € 25.000 per gebeurtenis
Superfit	maximaal € 25.000 per gebeurtenis

Dit krijgt u niet vergoed
De vergoeding geldt alleen bij een verblijf van maximaal 365 dagen in het buitenland.

Dit moet u zelf regelen
Neem contact op met onze alarmcentrale. Doet u dit niet, dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de ONVZ app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

V. OntzorgPlus, Superfit

NADERE ALGEMENE VOORWAARDEN ONTZORGPLUS

Artikel 82. Nadere algemene voorwaarden OntzorgPlus

Voor verzekerden met **Superfit** gelden ook de vergoedingen van OntzorgPlus.
Naast Hoofdstuk I Algemeen en hoofdstuk VII Begripsomschrijvingen gelden de nadere algemene voorwaarden OntzorgPlus voor de vergoedingen van deze verzekering.

> OntzorgPlus biedt ondersteuning als u wordt getroffen door een ernstige aandoening of een ernstig ongeval. Als u zorg of diensten nodig heeft, moet u altijd contact (laten) opnemen met de ZorgConsulent. Zij regelen de inzet van zorg of dienstverlening voor u, of geven u toestemming om dat zelf te doen. Neemt u geen contact op? Dan vergoedt OntzorgPlus de zorg of diensten misschien niet.
> De ZorgConsulenten zijn bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur. Heeft u buiten deze tijden een noodsituatie waarbij direct hulp nodig is? Dan komt u automatisch uit bij onze alarmcentrale Zorgassistance.
>
> Kijk op onvz.nl/contact voor de contactmogelijkheden.

82.1. Nadere begripsomschrijvingen

Gemachtigde contactpersoon
U kunt een gemachtigde contactpersoon aanwijzen voor OntzorgPlus. Dit doet u na acceptatie van uw aanvraag. Het is belangrijk dat u één of meerdere contactpersonen aanwijst. Na een ernstig ongeval of als een ernstige aandoening is vastgesteld, kunt of wilt u soms zelf geen contact met ons opnemen. Dan kan 1 van uw contactpersonen dat doen.
Wijst u geen contactpersoon aan? Dan mogen wij door privacyregels niet met anderen over uw situatie praten. Daardoor kunnen wij u mogelijk minder goed helpen.

Ernstige aandoening
Met een ernstige aandoening bedoelen wij in OntzorgPlus alleen 1 van de volgende aandoeningen:
- ernstige brandwonden en ernstige bevriezing: derdegraads brandwonden op 20% of meer van uw lichaam, of wonden door bevriezing of chemische stoffen op 20% of meer van uw lichaam, die even ernstig zijn als verbranding. Die (brand)wonden zijn ontstaan door 1 gebeurtenis;
- coma (diepe bewusteloosheid) waarbij uw lichaam niet reageert op prikkels van buiten en zichzelf zonder hulp van apparaten niet in leven kan houden. Een kunstmatig coma valt hier niet onder;
- plotselinge volledige blindheid aan beide ogen die niet beter wordt;
- dwarslaesie waardoor 1 of beide armen of benen helemaal verlamd zijn;
- ernstige hersenontsteking (encefalitis), waardoor u epileptische aanvallen krijgt, uw bewustzijn blijvend lager is, uw persoonlijkheid verandert, 1 kant van uw lichaam verlamd is of u problemen heeft met zien of praten.

Of 1 van de volgende aandoeningen als de arts die vóór uw 70e verjaardag bij u vaststelt:
- herseninfarct of hersenbloeding waardoor uw bewustzijn blijvend lager is en 1 zijde van uw lichaam blijvend verlamd raakt (een TIA waarbij de uitvalsverschijnselen na een paar dagen hersteld zijn, valt hier dus niet onder);
- plotseling hartinfarct zonder dat eerder een hartkwaal is vastgesteld. Met een hartinfarct bedoelen we niet angina pectoris (pijn op de borst omdat het hart te weinig zuurstof krijgt, meestal door het nauwer worden van de kransslagader) en andere hartklachten;
- acuut nierfalen: plotselinge, volledige uitval van beide nieren;

- acuut leverfalen: plotselinge, ernstige afname van uw leverfunctie die schade aan de hersenen als gevolg heeft;
- levensbedreigende sepsis, met of zonder septische shock: levensbedreigende orgaanuitval door een ontregelde reactie van uw lichaam op een infectie;
- gescheurd aneurysma (Een plaatselijke verwijding van een bloedvat, door een verzwakking in de vaatwand);
- kanker: een eerste diagnose van bloedkanker (zoals leukemie) of een kwaadaardige tumor, waarvoor volgens uw arts behandeling met chemo-, radio- of immuuntherapie of doelgerichte therapie ('Targeted therapy' is een behandeling met geneesmiddelen om kankercellen te doden of de groei ervan te remmen) nodig is, of waarvoor dit niet meer zinvol is. Of als, na een behandeling voor kanker die op het oog succesvol is afgesloten, toch terugkeer van de tumor wordt vastgesteld of uitzaaiingen die op grond van de uitkomsten van de eerdere behandeling niet waren verwacht.

Ernstig ongeval
Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op uw lichaam, buiten uw wil, dat medisch aantoonbaar fysiek letsel heeft veroorzaakt. Wij noemen het ongeval ernstig als aan de volgende 2 voorwaarden is voldaan:

1. u wordt via de spoedeisende hulp in het ziekenhuis opgenomen omdat u in een levensbedreigende situatie verkeert, of voor een medische situatie die zo ernstig is dat bij opname al duidelijk is dat u langer dan 5 dagen in het ziekenhuis moet blijven.
2. het ongeval heeft grote invloed op uw dagelijkse bezigheden, of die van uw gezinsleden.

Soms blijkt een ongeval of aandoening achteraf toch niet ernstig. Bijvoorbeeld omdat u een week in het ziekenhuis zou moeten blijven en dat uiteindelijk maar 2 dagen zijn. Dat is geen probleem. Ondersteuning, zorg en diensten die u al van ons gehad heeft, vergoedt OntzorgPlus gewoon. Maar u heeft dan geen recht op verdere ondersteuning, zorg en diensten.

Gezinsleden, partner en kinderen
Met gezinsleden bedoelen wij uw partner en kinderen. Onder partner verstaan we uw echtgenoot, echtgenote of de partner met wie u duurzaam samenwoont. Onder kinderen verstaan wij uw biologische kinderen, pleegkinderen, stiefkinderen of adoptiekinderen tot 18 jaar, die bij u wonen. Of die bij co-ouderschap een deel van de maand bij u wonen. Wij bedoelen niet uw kind dat op kamers woont en regelmatig thuiskomt.

Artikel 83. Nadere bepalingen

83.1. Waar bent u verzekerd?
U heeft recht op zorg en dienstverlening vanuit OntzorgPlus binnen Nederland.
Krijgt u in het buitenland een ernstig ongeval of wordt daar een ernstige aandoening vastgesteld? Dan kunt u gebruikmaken van OntzorgPlus zodra u terug bent in Nederland.

83.2. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg
U heeft recht op zorg en diensten als u tijdens de looptijd van OntzorgPlus een ernstig ongeval krijgt of bij u een ernstige aandoening wordt vastgesteld.

U heeft geen recht op vergoeding als het ongeval al had plaatsgevonden vóór de ingangsdatum of de aandoening al bekend was vóór de ingangsdatum. Ging uw verzekering in met terugwerkende kracht? Dan kijken wij naar de datum dat u de verzekering heeft aangevraagd.

Beëindigt u uw OntzorgPlus? Dan bent u niet meer verzekerd. Ook niet als het ernstig ongeval of vaststellen van de ernstige aandoening tijdens de looptijd van uw verzekering gebeurde. Zorg en diensten die we al hebben geregeld en vergoed, hoeft u natuurlijk niet terug te betalen. Deze zorg en diensten stoppen wel op het moment dat uw OntzorgPlus eindigt.

Sluit u OntzorgPlus opnieuw af? Dan bent u verzekerd voor een ernstig ongeval dat na de nieuwe ingangsdatum plaatsvindt of een ernstige aandoening die daarna wordt vastgesteld.

Dit geldt ook als uw OntzorgPlus tijdens detentie is opgeschort. OntzorgPlus vergoedt tijdens detentie geen zorg of diensten. Na detentie gaat uw OntzorgPlus weer in. Maar u bent dan niet verzekerd voor een ernstig ongeval dat tijdens uw detentie plaatsvindt of voor een ernstige aandoening die tijdens uw detentie is vastgesteld.

83.3. Wanneer heeft u geen recht op vergoeding?

U heeft geen recht op zorg, dienstverlening of vergoeding vanuit OntzorgPlus:

- als u alcohol, drugs of verdovende middelen had gebruikt voorafgaand aan het ongeval of als uw aandoening het gevolg is van uw alcohol- of drugsgebruik;
- bij letsel dat is ontstaan doordat u een misdrijf pleegt of daarbij helpt, ook als het letsel niet uw schuld is;
- bij aangeboren aandoeningen;
- bij een voorziene opname (een opname die niet meteen dezelfde dag nodig is, maar gepland kan worden), ook als die samenhangt met de ernstige aandoening of het ernstige ongeval, tenzij in de vergoedingen anders is bepaald.

Hulp van de ZorgConsulent

Wilt u meer informatie over de vergoedingen? Of wilt u met iemand overleggen? Dan kunt u altijd contact opnemen met onze ZorgConsulenten.
Daarnaast heeft u na een ernstig ongeval of na het vaststellen van een ernstige aandoening recht op de volgende dienstverlening van onze ZorgConsulenten.

Begeleiding

De ZorgConsulent begeleidt u, bijvoorbeeld bij het vinden van de juiste (zorg)aanbieders. Of helpt u met het invullen van formulieren als u die niet helemaal begrijpt. Ook maakt de ZorgConsulent u wegwijs in het zorgveld, vergoedingen en alle instanties die betrokken zijn.

Regelwerk

De ZorgConsulent regelt zorg en diensten voor u, zoals vervangende mantelzorg, vervoer of huishoudelijke hulp. Maar alleen als wij die in de vergoedingen noemen.

VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 84. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis

Dit krijgt u vergoed

Bij opname in Nederland binnen 1 jaar na het ernstig ongeval of vaststellen ernstige aandoening vergoeden wij de kosten van:

1. verblijf van uw meeverzekerde gezinsleden in een familie- of logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis in Nederland, als u wordt opgenomen in een ziekenhuis. Voorbeelden van familiehuizen speciaal voor kinderen zijn de Ronald McDonaldhuizen en de Kiwanishuizen.
2. verblijf in een logeerhuis als u 2 dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Het ziekenhuis bepaalt meestal of u in aanmerking komt voor verblijf in een familiehuis of logeerhuis.

Verzekering	Vergoeding
OntzorgPlus	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
U vraagt de vergoeding vooraf aan bij de ZorgConsulent. U kunt terecht in een familie- of logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis in Nederland.
Het ziekenhuis kan u informeren over de logeermogelijkheden.

Dit moet u zelf regelen
1. U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.
2. Wij kunnen u vragen om een opnameverklaring. Die kunt u bij het ziekenhuis krijgen. Er staat in wanneer en hoelang u was opgenomen.

ZORG THUIS

Artikel 85. Vervangende mantelzorg

Dit krijgt u vergoed
De kosten van vervangende mantelzorg tijdens uw opname in het ziekenhuis direct na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening. Totdat de gemeente deze heeft geregeld. Maar nooit meer dan 2 weken vanaf de 1e opnamedag.
Wij vergoeden vervangende mantelzorg tijdens uw opname in het ziekenhuis en zo nodig nog na uw ontslag, als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:
- U zorgt onbetaald voor een naaste (bijvoorbeeld familielid, vriend(in), buur of kennis);
- U zorgt 8 uur of meer per week voor uw naaste;
- Uw naaste heeft langer dan 3 maanden intensieve of langdurige verzorging nodig;
- Diegene aan wie u mantelzorg verleent heeft een gezondheidsbeperking (lichamelijke en / of psychische problemen) waardoor of waarbij mantelzorg noodzakelijk is. Of is hulpbehoevend waarbij de zorg verder gaat dan de gebruikelijke zorg en waardoor of waarbij mantelzorg noodzakelijk is;
- De zorg bestaat uit verzorging of hulp bij dagelijkse activiteiten;
- De gemeente kan niet direct vervangende mantelzorg regelen;
- De ZorgConsulent regelt de vervangende mantelzorg.

Verzekering	Vergoeding
OntzorgPlus	maximaal 2 weken per gebeurtenis
Superfit	maximaal 2 weken per gebeurtenis

Hier kunt u terecht
U vraagt de zorg vooraf aan bij de ZorgConsulent. De ZorgConsulent regelt de vervangende mantelzorg of verwijst u naar een gecontracteerde organisatie.
Gaat u naar een niet-gecontracteerde organisatie die vervangende mantelzorg biedt? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde organisaties en hoeveel uur mantelzorgvervanging u per dag vergoed krijgt, vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.

EXTRA ONDERSTEUNING BIJ ZORG EN OPNAME

Artikel 86. Aanvullend consult en gesprek

Dit krijgt u vergoed
Kosten van een uitgebreid telefonisch consult of begeleiding bij artsgesprek. U kunt tot 12 maanden na een ernstig ongeval of tot 12 maanden na het vaststellen van een ernstige aandoening gebruikmaken van deze diensten.

Uitgebreid telefonisch consult bij een medisch specialist
De ZorgConsulent regelt een uitgebreid telefonisch consult bij een medisch specialist. Zo kunt u overleggen over uw medische situatie, mogelijke behandelingen of kansen op herstel. De medisch specialist kent uw medisch dossier niet, maar denkt met u mee. En kan uw vragen beantwoorden, meer uitleg geven en u helpen bij het formuleren van vragen voor uw eigen medisch specialist.

Begeleiding artsgesprek
De ZorgConsulent regelt begeleiding bij het gesprek met uw medisch specialist of een andere arts in het ziekenhuis. Een verpleegkundige helpt u dan bij de voorbereiding en gaat mee naar het gesprek. Bijvoorbeeld om de juiste vragen te stellen en de antwoorden goed te verwerken.

Verzekering	Vergoeding
OntzorgPlus	eenmalig per gebeurtenis
Superfit	eenmalig per gebeurtenis

Hier kunt u terecht
U vraagt de hulp vooraf aan bij de ZorgConsulent. De ZorgConsulent regelt de hulp voor u.

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.

Artikel 87. Huishoudelijke hulp

Dit krijgt u vergoed
De kosten van huishoudelijke hulp in de eerste week vanaf uw eerste opnamedag in het ziekenhuis, of in de eerste week vanaf uw ontslag uit het ziekenhuis.
U krijgt deze vergoeding als:
- u met spoed wordt opgenomen in het ziekenhuis door een ernstig ongeval of na het vaststellen van een ernstige aandoening;
- uw gemeente de hulp niet op tijd kan regelen of uw aanvraag heeft afgewezen;
- u het huishouden niet zelf kunt doen;
- het noodzakelijk is dat het huishouden wel gedaan wordt;
- u alleen een huishouden voert en er is in uw sociale omgeving niemand om in huis acute zaken te regelen. Of u heeft een gezin, maar het huishouden kan redelijkerwijs niet van de andere gezinsleden worden verwacht;
- de ZorgConsulent de huishoudelijke hulp regelt.

Verzekering	Vergoeding
OntzorgPlus	maximaal 7 dagen
Superfit	maximaal 7 dagen

Hier kunt u terecht
U vraagt de huishoudelijke hulp vooraf aan bij de ZorgConsulent. Onze ZorgConsulent kan dan de juiste ondersteuning voor u regelen.

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.

Artikel 88. Oppas voor kinderen bij ziekenhuisopname

Dit krijgt u vergoed
Wij vergoeden opvang voor uw kinderen tijdens uw ziekenhuisopname, maximaal 1 week vanaf uw eerste opnamedag in het ziekenhuis.
Hier gelden de voorwaarden:
- u wordt met spoed opgenomen door een ernstig ongeval of een ernstige aandoening;
- minimaal één van uw kinderen is jonger dan 12 jaar;
- opvang via uw sociale omgeving is niet mogelijk;
- de ZorgConsulent regelt de opvang.

Verzekering	Vergoeding
OntzorgPlus	maximaal 7 dagen
Superfit	maximaal 7 dagen

Hier kunt u terecht
U vraagt de hulp vooraf aan bij de ZorgConsulent. De ZorgConsulent kan u ook helpen bij het vinden van kinderopvang. Na een akkoord van de ZorgConsulent mag u ook zelf extra of afwijkende uren regelen bij uw reguliere kinderopvang.

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.

Artikel 89. Persoonlijke ondersteuning bij kanker

Dit krijgt u vergoed
Eenmalig maximaal 12 maanden persoonlijke ondersteuning voor uzelf en uw naasten.
In overleg met u gebeurt dit bij u thuis of door telefoon- of video-gesprekken. Zij beantwoorden uw vragen over de gevolgen van uw diagnose en behandeling en geven praktische tips over uw thuis- en werksituatie. Daarnaast geven zij informatie over zaken rondom de ziekte, zoals bijkomende klachten of mogelijkheden voor psychosociale hulp. De ondersteuning wordt aangepast op uw persoonlijke wensen en situatie.

Verzekering	Vergoeding
OntzorgPlus	eenmalig, 12 maanden ondersteuning
Superfit	eenmalig, 12 maanden ondersteuning

Hier kunt u terecht
U vraagt de hulp vooraf aan bij de ZorgConsulent. De ZorgConsulent regelt deze hulp bij een oncologieverpleegkundige van Care for Cancer of verwijst u door naar hen.

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.

Artikel 90. Beweegprogramma bij en na kanker

Dit krijgt u vergoed
Eén van de volgende beweegprogramma's tijdens of na een behandeling voor kanker:
- beweegprogramma's die voldoen aan de KNGF-standaard 'Oncologie';
- revalidatieprogramma's bij kanker door een fysiotherapeut, of een oefentherapeut. Het programma duurt maximaal 3 maanden en u traint maximaal 2 keer per week, in groepsverband;
- CytoFys, OncoMove of Sportplan TegenKracht, verzorgd door een fysiotherapeut of een Sport Medisch Adviescentrum.

Het beweegprogramma is gericht op het behouden en opbouwen van uw conditie. Er is tijdens zo'n programma ook aandacht voor omgaan met stress, voeding en eventueel weer aan het werk gaan.

Verzekering	Vergoeding
OntzorgPlus	1 programma per kalenderjaar
Superfit	1 programma per kalenderjaar

Dit krijgt u niet vergoed
Activiteiten om meer te bewegen anders dan het beweegprogramma zelf, bijvoorbeeld een fitnessabonnement, lidmaatschap van een sportvereniging of begeleiding bij beweegactiviteiten anders dan het beweegprogramma en de beweegactiviteiten zelf.

Hier kunt u terecht
U vraagt het beweegprogramma vooraf aan bij de ZorgConsulent. U kunt terecht bij:
- Fysiotherapeut, geregistreerd bij KNGF of SKF;
- Oefentherapeut geregistreerd in Kwaliteitsregister Paramedici;
- Sport Medisch Adviescentrum of een begeleider van Tegenkracht.

Bij een (gespecialiseerde) fysiotherapeut of een (gespecialiseerde) oefentherapeut. Voor de begeleiding bij kanker kunt u naar een Sport Medisch Adviescentrum of een begeleider van Tegenkracht.

De kosten van een beweegzorgprogramma door een fysiotherapeut of oefentherapeut krijgt u alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een therapeut die is ingeschreven in het daarvoor bestemde (deel)register van het:
- Individueel Register Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF);
- Subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.

Artikel 91. Persoonlijke ondersteuning bij rouw en verlies

Dit krijgt u vergoed
Persoonlijke ondersteuning bij rouw en verlies voor uzelf en uw naasten door een consulent van Care for Cancer.

Verzekering	Vergoeding
OntzorgPlus	eenmalig, 12 maanden ondersteuning
Superfit	eenmalig, 12 maanden ondersteuning

Hier kunt u terecht
U vraagt de hulp vooraf aan bij de ZorgConsulent. U kunt hiervoor terecht bij Care for Cancer.

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.

VERVOER

Artikel 92. Eigen bijdrage ziekenvervoer

Dit krijgt u vergoed
De wettelijke eigen bijdrage voor ziekenvervoer. Soms vergoedt de zorgverzekering uw ziekenvervoer met medische reden naar het ziekenhuis. Daarbij geldt een wettelijke eigen bijdrage. OntzorgPlus vergoedt deze eigen bijdrage als u aan de voorwaarden van Artikel 93. Ziekenvervoer met medische reden naar ziekenhuis voldoet

Verzekering	Vergoeding
OntzorgPlus	volledig
Superfit	volledig

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.

Artikel 93. Ziekenvervoer met medische reden naar ziekenhuis

Dit krijgt u vergoed
Ziekenvervoer naar het ziekenhuis als u door een medische reden niet zelf kunt reizen met eigen of openbaar vervoer en de zorgverzekering deze kosten niet vergoedt.
U krijgt deze vergoeding als:
- u door een ernstig ongeval of ernstige aandoening voor een behandeling, controle of voorziene opname naar het ziekenhuis moet;
- de zorgverzekering de behandeling of controle vergoedt;

- die behandeling of controle plaatsvindt binnen 1 jaar na het ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening;
- het ziekenhuis in Nederland ligt en meer dan 50 kilometer van uw woonadres vandaan.

Bij gebruik van een auto vergoeden wij € 0,27 per kilometer. Voor de berekening van de afstand gaan we uit van de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Verzekering	Vergoeding
OntzorgPlus	taxivervoer: volledig; vervoer per auto: € 0,27 per kilometer.
Superfit	taxivervoer: volledig; vervoer per auto: € 0,27 per kilometer.

Dit krijgt u niet vergoed
De kosten:
- van vervoer van uw begeleider als u zelf niet meerijdt;
- die samenhangen met het vervoer zoals parkeerkosten.

Hier kunt u terecht
U vraagt het ziekenvervoer vooraf aan bij de ZorgConsulent. De ZorgConsulent regelt het taxivervoer voor u. Na een akkoord van de ZorgConsulent mag u ook zelf het vervoer regelen.

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.

Artikel 94. Reiskosten voor ziekenbezoek van uw gezinsleden

Dit krijgt u vergoed
Reiskosten voor ziekenbezoek van uw gezinsleden.
U krijgt deze vergoeding als
- u door een ernstig ongeval of ernstige aandoening in het ziekenhuis wordt opgenomen
- die opname, voorzien of onvoorzien, vindt plaats binnen 1 jaar na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening
- het ziekenhuis ligt in Nederland en meer dan 50 kilometer van uw woonadres vandaan
- uw gezinsleden hebben zelf ook OntzorgPlus

We vergoeden maximaal 1 keer per dag op basis van het aantal kilometers van uw woonadres naar het ziekenhuis en terug. Ook als gezinsleden samen reizen of meerdere keren op een dag. Of uw gezinsleden met de taxi, de auto of het openbaar vervoer komen, maakt voor de vergoeding niet uit. Voor de berekening van de afstand tussen uw woonadres en het ziekenhuis gaan we uit van de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Verzekering	Vergoeding
OntzorgPlus	maximaal 1 keer per dag € 0,27 per kilometer
Superfit	maximaal 1 keer per dag € 0,27 per kilometer

Dit krijgt u niet vergoed
Kosten die samenhangen met het vervoer zoals parkeerkosten.

Hier kunt u terecht
U vraagt de vergoeding van reiskosten voor ziekenbezoek vooraf aan bij de ZorgConsulent.

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.

AANPASSING WONING OF VERVOERSMIDDEL

Artikel 95. Aanpassing woning of vervoersmiddel

De ZorgConsulent kan het volgende voor u regelen:
- helpen bij het vinden van de juiste instantie voor het aanpassen van uw woning of vervoermiddel. Of uitleggen welke rol de gemeente, of een andere instantie, speelt;
- helpen een gesprek met de gemeente of andere instanties voor te bereiden. Bijvoorbeeld door met u in kaart te brengen waar u allemaal aan moet denken;
- adviseren of helpen bij problemen met uw aanvraag bij de gemeente, of andere instanties;
- helpen een goede adviseur te zoeken, als u persoonlijk advies nodig heeft over de aanpassingen zelf. De kosten van de adviseur betaalt u zelf .

De ZorgConsulent doet zijn of haar best om u te helpen. Maar soms zal dat niet lukken. Bijvoorbeeld als de gemeente geen vergunning geeft om te verbouwen. Of als uw verhuurder geen toestemming geeft om de woning aan te passen.

Dit krijgt u vergoed
Een aanpassing van uw woning of uw vervoersmiddel binnen 1 jaar na het ernstig ongeval of vaststellen ernstige aandoening. U ontvangt de vergoeding als:
- u een ernstig ongeval krijgt vóór uw 70e verjaardag, en
- u na dat ongeval in een revalidatiecentrum bent opgenomen, en
- die opname nodig is omdat u blijvend en bij al uw bezigheden een rolstoel nodig heeft, en u na die opname terug kunt naar uw thuissituatie, en
- uw revalidatieteam binnen 1 jaar na het ongeval vaststelt dat daarvoor aanpassing van uw woning, of vervoermiddel nodig is.

Maximaal één keer tijdens de looptijd van uw verzekering.

Daarnaast gelden de volgende voorwaarden:
1. één van de volgende situaties is van toepassing:
   - u heeft aanpassing van uw woning of vervoermiddel aangevraagd bij de gemeente, het UWV of andere instantie, maar die beslist niet op tijd;
   - de gemeente, het UWV of andere instantie heeft uw aanvraag afgewezen, maar u kunt zonder aanpassing uw zelfstandigheid niet behouden;
   - de gemeente, het UWV of andere instantie geeft alleen een oplossing die u niet kunt accepteren. Bijvoorbeeld als u van de gemeente moet verhuizen, maar u wilt in uw woning blijven. Of als u van de gemeente een ander middel van vervoer moet gebruiken, maar u wilt uw eigen auto blijven gebruiken.
2. de aanpassing is de meest eenvoudige adequate oplossing voor uw woon- of vervoersproblemen. Wilt u meer luxe of comfort? Dan vergoedt OntzorgPlus alleen de kosten van de eenvoudige aanpassing. Het bedrag daarboven betaalt u dus zelf.
3. a. bij aanpassing van de woning: dit is voor u de beste oplossing om dagelijkse problemen bij wonen op te lossen. Dat betekent dat u zonder de aanpassing gewone dingen niet kunt doen, zoals wassen, eten of slapen, of

3. b. bij aanpassing van het vervoermiddel: het gaat om 1 van de volgende aanpassingen:
   - aanpassingen aan de besturing of bediening, die speciaal zijn gemaakt voor lichamelijke beperkingen.
   - aanpassingen die u helpen bij instappen of uitstappen.

In plaats van een aanpassing aan uw auto, mag u uw eigen auto inruilen voor een tweedehands auto die al is aangepast. Ook dan geldt de maximale vergoeding. De waarde van uw eigen auto trekken wij van de vergoeding af.

Wij vergoeden alleen noodzakelijke aanpassingen. Twijfelen wij of een voorgestelde aanpassing noodzakelijk is? Dan kunnen wij dit opnieuw laten beoordelen door een zorgverlener die wij aanwijzen, bijvoorbeeld een ergotherapeut. Wij betalen de kosten van deze beoordeling.

Verzekering	Vergoeding
OntzorgPlus	eenmalig maximaal € 100.000 voor aanpassing woning of eenmalig maximaal € 40.000 voor aanpassing vervoermiddel
Superfit	eenmalig maximaal € 100.000 voor aanpassing woning of eenmalig maximaal € 40.000 voor aanpassing vervoermiddel

Dit krijgt u niet vergoed

De kosten van:

- meer luxe of comfort;
- een aanpassing als de gemeente, het UWV of een andere instantie niet op tijd beslist omdat u nog niet voldoende bent hersteld of onvoldoende informatie heeft doorgegeven;
- aanpassingen die horen bij beperkingen door het reguliere verouderingsproces;
- woningaanpassing omdat u een hobby niet meer kan doen;
- de woning terugbrengen in oorspronkelijke staat;
- aanpassingen die ook in reguliere uitvoeringen van het vervoermiddel zitten. Bijvoorbeeld een automaat, of rem- of stuurbekrachtiging.

Hier kunt u terecht

U vraagt de aanpassing van uw woning of vervoersmiddel vooraf aan bij de ZorgConsulent.

Dit moet u zelf regelen

U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.

TANDHEELKUNDIGE ZORG BIJ EEN ONGEVAL

Artikel 96. Tandheelkundige zorg bij een ongeval

Dit krijgt u vergoed

De kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Wij vergoeden alleen de zorg die noodzakelijk is om uw tandheelkundige toestand te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval.

Droeg u een beugel tijdens het ongeval, is deze door het ongeval beschadigd of onbruikbaar geworden en is deze na het ongeval nog steeds nodig? Dan worden de kosten voor het verwijderen en herstellen van deze beugel of als dat niet mogelijk is de aanschaf van een nieuwe gelijkwaardige beugel vergoed. Deze kosten worden alleen vergoed als dit noodzakelijk is om de lopende behandeling voort te kunnen zetten.

Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering OntzorgPlus. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval plaatsvindt, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Verzekering	Vergoeding
OntzorgPlus	maximaal € 10.000 per ongeval
Superfit	maximaal € 10.000 per ongeval

Dit krijgt u niet vergoed
De kosten:
- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- na (of bij) gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- die voorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- van een behandeling in het buitenland;
- van schade aan uw gebit ontstaan door het nuttigen van etenswaren;
- als gevolg van een indicatie die voor het ongeval al aanwezig was;
- van orthodontische zorg die niet zijn gemaakt voor verwijdering, herstel of vervanging van een beugel zoals hierboven omschreven;
- van een beugel, die niet vanuit onze aanvullende verzekering vergoed zou worden.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts, kaakchirurg of orthodontist in Nederland.

Dit moet u zelf regelen
U heeft vooraf onze toestemming nodig. De eerste aanvraag moet voor de herstelbehandeling en binnen 3 maanden na het ongeval door ons zijn ontvangen.
Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is.
Bij deze aanvraag moeten minimaal de volgende gegevens zitten:
- een verslag van de spoedeisende hulp of (tand)arts waar u voor noodhulp bent geweest;
- röntgenfoto's van de schade aan uw gebit;
- kleurenfoto's van de tandheelkundige situatie vlak na het ongeval en een behandelplan met kostenbegroting.

Als de adviserend tandarts het noodzakelijk acht, kan deze aanvullende informatie opvragen bij uw zorgverlener. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent.

VERHAALSBIJSTAND

Artikel 97. Verhaalsbijstand bij letselschade

Dit krijgt u vergoed
Heeft u letsel opgelopen door een ongeval in Nederland? En is iemand anders (voor een deel) aansprakelijk? Dan proberen wij de schade die u daardoor heeft geleden en lijdt, te verhalen op de aansprakelijke partij. Wij werken

samen met een advocatenkantoor dat de schade probeert te verhalen. Dit zijn kosten die voor eigen rekening komen, gemiste inkomsten en smartengeld.

Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de melding plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering.

U kunt geen gebruikmaken van verhaalsbijstand als:
- het gaat om verhaal van schade aan voer- of (lucht)vaartuigen, of het vaststellen van die schade;
- het gaat om verhaal van schade bij medische aansprakelijkheid;
- u een rechtsbijstandsverzekering heeft die dekking biedt voor het verhalen van uw schade;
- De zaak al loopt bij een andere advocaat of rechtsbijstandverzekering.

Als wij op basis van de redelijkerwijs te verwachten kosten van de verhaalsbijstand en de naar verwachting verhaalbare schade vaststellen dat verdere behandeling niet doelmatig is, kunnen wij ervoor kiezen u schadeloos te stellen. Wij betalen dan het bedrag van de schade dat naar ons oordeel redelijkerwijs op de aansprakelijke partij kan worden verhaald, tot maximaal het verzekerde bedrag. Na betaling verlenen wij voor dit ongeval geen verdere verhaalsbijstand. U werkt mee aan de overdracht aan ons van uw vordering op de aansprakelijke partij, voor zover wij die vordering aan u hebben vergoed.

De advocaat beoordeelt of er een redelijke kans bestaat om uw schade te verhalen. Bent u het niet eens met dit oordeel of met de behandeling van uw zaak? Dan kunt u, nadat u dit met de advocaat heeft besproken, de zaak voorleggen aan een externe advocaat. Wij vergoeden de redelijke kosten van deze beoordeling. Deze kosten vallen buiten de maximale vergoeding.

Geeft de externe advocaat u gelijk? Dan kunt u deze advocaat de zaak laten behandelen. Geeft de externe advocaat u geen gelijk? Dan stopt de verhaalsbijstand. Laat u de zaak daarna op eigen kosten behandelen en wordt uw schade alsnog met succes verhaald? Dan vergoeden wij de redelijke kosten die de aansprakelijke partij niet vergoedt.

Bij een gerechtelijke of administratieve procedure of een belangenconflict mag u zelf een advocaat of andere bevoegde deskundige kiezen. Voor de behandeling van uw zaak geldt steeds het maximum van € 12.500 verminderd met de kosten die al zijn gemaakt. Kennelijk kansloze procedures vallen niet onder de verhaalsbijstand.

Verzekering	Vergoeding
OntzorgPlus	maximaal € 12.500 per ongeval
Superfit	maximaal € 12.500 per ongeval

Dit krijgt u niet vergoed
Kosten die u zelf maakt buiten de verhaalsbijstand om.

Dit moet u zelf regelen
Neem zelf contact op met onze klantenservice. Wij vragen u om ons toestemming te geven om informatie over het ongeval uit te wisselen met het door ONVZ gecontracteerde advocatenkantoor. Wilt u de machtiging niet ondertekenen? Dan moet u de gevraagde informatie zelf naar het advocatenkantoor sturen.
Bij het verhalen van de schade moet u medewerking verlenen. Als u dat niet doet, kan de verhaalsbijstand-service worden gestopt.
Kijk op onvz.nl/contact voor de contactmogelijkheden. Wij helpen u graag.

VI. Zorgplan, Superfit

NADERE ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGPLAN

Artikel 98. Nadere algemene voorwaarden Zorgplan

Voor verzekerden met **Superfit** gelden ook de vergoedingen van Zorgplan.
Naast Hoofdstuk I Algemeen en hoofdstuk VII Begripsomschrijvingen gelden de nadere algemene voorwaarden Zorgplan voor de vergoedingen van deze verzekering.

> **Zorgplan biedt vergoedingen van extra luxe en comfort, assistentie en extra services bij een opname.**
> Heeft u een geplande opname? Neem dan contact op met de ZorgConsulent.
> De ZorgConsulent denkt graag met u mee en kan hulp bieden bij praktische zaken rondom uw opname.

Artikel 99. Nadere bepaling

99.1. Waar en wanneer bent u verzekerd?
U heeft recht op zorg en dienstverlening bij (ziekenhuis)opname in Nederland, België of Duitsland, op voorwaarde dat u in Nederland, België of Duitsland woont en het gaat om medisch onderzoek of behandeling die wordt vergoed vanuit de zorgverzekering. Opname in een ggz instelling of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis valt hier niet onder.
Voor een aantal vergoedingen geldt de dienstverlening alleen in Nederland.

ZORG EN VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 100. Zorghotels

Dit krijgt u vergoed
Kosten van verblijf in een zorghotel als uw arts vaststelt dat u na een operatie of door een lichamelijke ziekte moet herstellen, maar daarbij geen arts nodig heeft.

Verzekering	Vergoeding
Zorgplan	maximaal € 2.500 per kalenderjaar; er geldt een maximumvergoeding van € 200 per dag.
Superfit	maximaal € 2.500 per kalenderjaar; er geldt een maximumvergoeding van € 200 per dag.

Dit krijgt u niet vergoed
Verblijf in een zorghotel voor herstel van een psychische aandoening of als u een indicatie heeft of had kunnen krijgen voor (geriatrische) revalidatie, eerstelijnsverblijf of voor Wlz-zorg.

Hier kunt u terecht
U vraagt het verblijf vooraf aan bij de ZorgConsulent. De ZorgConsulent bespreekt met u of u aanspraak kunt maken op eerstelijnsverblijf vanuit de zorgverzekeringswet, hulp uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Kunt u dat niet, dan verwijst de ZorgConsulent u mogelijk naar een door ons gecontracteerd zorghotel. Gaat u naar een zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorghotels vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen
1. U moet een indicatie voor een zorghotel hebben van uw arts.
2. U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent.

EXTRA ONDERSTEUNING BIJ ZORG EN OPNAME

Artikel 101. Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort

Dit krijgt u vergoed
U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor extra luxe en comfort tijdens een ziekenhuisopname zoals hierna beschreven onder artikel 101.1. Een eenpersoonskamer t/m 101.4. Parkeerkosten.

Verzekering	Vergoeding
Zorgplan	maximaal € 2.500 per kalenderjaar; voor verblijf partner: maximaal € 100 per nacht; voor parkeerkosten maximumbedrag afhankelijk van opnameduur.
Superfit	maximaal € 2.500 per kalenderjaar; voor verblijf partner: maximaal € 100 per nacht; voor parkeerkosten maximumbedrag afhankelijk van opnameduur.

101.1. Een eenpersoonskamer

Dit krijgt u vergoed
De meerkosten van een eenpersoonskamer die u op eigen verzoek krijgt in plaats van een meerpersoonskamer.

Dit krijgt u niet vergoed
Meerkosten voor loon en medische behandeling bij verblijf in een eenpersoonskamer.

Dit moet u zelf regelen
De eenpersoonskamer regelt u zelf. U kunt hiervoor contact opnemen met het opnamebureau van het ziekenhuis waar u naar toe wilt.

> **Let op**
> Het ziekenhuis bepaalt op basis van het eigen beleid of een eenpersoonskamer beschikbaar is. ONVZ kan de beschikbaarheid hiervan niet garanderen.

101.2. Luxe- of comfortpakket van het ziekenhuis

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een door het ziekenhuis aangeboden luxe- of comfortpakket. Dit kan onder andere bestaan uit:

- bellen met een toestel op uw kamer (binnen Nederland, België of Duitsland);
- een koelkast (bijvoorbeeld gevuld met frisdrank);
- krant of tijdschrift;
- koffie en thee voor bezoek;
- luxe maaltijden of een extra snack;
- gebruik van televisie en internet;
- gebruik van hulpmiddelen, zoals een bedleesbril;
- gebruik van een kluisje voor waardevolle spullen;
- aanvullend comfort, zoals een extra snack of drankje, wordt ook vergoed als dit niet onderdeel is van een vast luxepakket.

101.3. Verblijf van uw partner

Dit krijgt u vergoed

- Een extra bed op uw kamer en/of een extra maaltijd voor uw partner, of
- Een (betaalde) overnachtingsmogelijkheid in de omgeving van het ziekenhuis wanneer u meer dan 50 kilometer van het ziekenhuis woont tot maximaal € 100 per nacht.

101.4. Parkeerkosten

Dit krijgt u vergoed

Parkeerkosten van uzelf of uw bezoek tot:

- maximaal € 100 bij een opname van maximaal 5 dagen
- maximaal € 200 bij een opname van 6 dagen of langer

Artikel 102. Ziekenhuisopname: assistentie en extra service

102.1. Hulp van de Zorgassistent

Dit krijgt u vergoed

Hulp van de Zorgassistent bij opname in een Nederlands ziekenhuis. De Zorgassistent:

- neemt vooraf contact met u op voor een intake;
- regelt het vervoer naar het ziekenhuis;
- kan bij de opname zijn en u wegwijs maken in het ziekenhuis;
- beantwoordt uw zorgvragen;
- kan telefonisch contact met u houden, overleggen met de (medische) staf of u bezoeken;
- begeleidt u bij ontslag;
- regelt het vervoer bij ontslag uit het ziekenhuis.

Als u met spoed wordt opgenomen, dan zijn de eerste 3 van bovenstaande punten niet mogelijk.

Verzekering	Vergoeding
Zorgplan	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht

U vraagt de hulp vooraf aan bij de ZorgConsulent. De ZorgConsulent regelt de hulp voor u.

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.

102.2. Vervoer zonder medische noodzaak bij ziekenhuisopname

Dit krijgt u vergoed
Vervoer zonder medische noodzaak naar en van een Nederlands ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (zbc) als:
- u een behandeling krijgt in dagopname of opgenomen wordt, en
- de zorgverzekering de (dag)opname vergoedt, en
- u woonachtig bent in Nederland.

Voor de berekening van de afstand tussen uw woonadres en het ziekenhuis gaan we uit van de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Verzekering	Vergoeding
Zorgplan	openbaar vervoer op basis van 2e klasse en taxi: volledig; eigen vervoer: € 0,27 per kilometer
Superfit	openbaar vervoer op basis van 2e klasse en taxi: volledig; eigen vervoer: € 0,27 per kilometer

Dit krijgt u niet vergoed
- Parkeerkosten en andere bijkomende kosten;
- Vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen of blijft logeren en de begeleider alleen terugreist.

102.3. Overnachtingen voor en na een ziekenhuisopname

Dit krijgt u vergoed
De kosten van een overnachting direct voorafgaand aan een opname in of aansluitend op uw ontslag uit een ziekenhuis. Na ontslag vergoeden we maximaal 2 overnachtingen voor uzelf in een logeerhuis, zorghotel of andere (betaalde) overnachtingsmogelijkheid bij het ziekenhuis. Zo kunt u een extra dag herstellen in de buurt van het ziekenhuis, zonder dat de arts dit voorschrijft. Bijvoorbeeld als u het gevoel heeft dat het ontslag wat vroeg komt.

Moet u vóór 10 uur 's morgens in het ziekenhuis aanwezig zijn? En woont u er meer dan 50 kilometer vandaan? Dan kunt u er ook voor kiezen om 1 overnachting voorafgaand aan de ziekenhuisopname te gebruiken. U krijgt in totaal maximaal 2 overnachtingen.

Verzekering	Vergoeding
Zorgplan	maximaal 2 overnachtingen, maximaal € 100 per nacht
Superfit	maximaal 2 overnachtingen, maximaal € 100 per nacht

Hier kunt u terecht
U vraagt de vergoeding vooraf aan bij de ZorgConsulent. Neem contact op met de ZorgConsulent zodra uw opnamedatum bekend is of uw ontslag nadert. De ZorgConsulent bespreekt de mogelijkheden met u.

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.

102.4. Aanvullend consult en gesprek

Dit krijgt u vergoed
Kosten van een uitgebreid telefonisch consult of begeleiding bij artsgesprek bij opname in een ziekenhuis.

Uitgebreid telefonisch consult bij een medisch specialist
De ZorgConsulent regelt een uitgebreid telefonisch consult bij een medisch specialist. Zo kunt u overleggen over uw medische situatie, mogelijke behandelingen of kansen op herstel. De medisch specialist denkt met u mee, maar kent uw medisch dossier niet. En kan uw vragen beantwoorden, meer uitleg geven en u helpen bij het formuleren van vragen voor uw eigen medisch specialist.

Begeleiding artsgesprek
De ZorgConsulent regelt begeleiding bij het gesprek met uw medisch specialist of andere arts in een Nederlands ziekenhuis. Een verpleegkundige helpt u dan bij de voorbereiding en gaat mee naar het gesprek. Bijvoorbeeld om de juiste vragen te stellen en de antwoorden goed te verwerken.

Verzekering	Vergoeding
Zorgplan	volledig
Superfit	volledig

Hier kunt u terecht
U vraagt de hulp vooraf aan bij de ZorgConsulent. De ZorgConsulent regelt de hulp voor u.

Dit moet u zelf regelen
U moet vooraf akkoord hebben van de ZorgConsulent. Meer informatie over de ZorgConsulent vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift, toestemming of akkoord ZorgConsulent van deze voorwaarden.

De ZorgConsulent kan u helpen na ontslag uit het ziekenhuis. Bijvoorbeeld:
- regelen van een maaltijdservice;
- regelen van hulpmiddelen die u thuis nodig heeft voor een goed herstel;
- regelen van ondersteuning in het huishouden of kinderopvang;
- regelen van vervangende mantelzorg.

Woont u in België of Duitsland? Dan kan de ZorgConsulent wel met u meedenken over de zorg na uw ontslag, maar kan die meestal niet voor u regelen.

Artikel 103. Extra faciliteiten bij eerstelijnsverblijf, verblijf in een kraamcentrum of instelling voor geriatrische revalidatie

Dit krijgt u vergoed
De kosten van extra faciliteiten, zoals bijvoorbeeld meer keuze bij maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner bij verblijf in een kraamcentrum, wifi, tv of tablet of extra service voor uw bezoek. De extra faciliteiten moeten te maken hebben met uw eerstelijnsverblijf, verblijf in een kraamcentrum of verblijf in een instelling voor geriatrische revalidatie.

Verzekering	Vergoeding
Zorgplan	volledig
Superfit	volledig

Dit krijgt u niet vergoed
Wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (zoals kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).

PALLIATIEVE ZORG

Artikel 104. Hospice

Dit krijgt u vergoed
De kosten van verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u een korte levensverwachting heeft en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.
Ook extra faciliteiten die u bij sommige hospices/Bijna-Thuis-Huizen kunt 'bijbestellen' worden vergoed. Bijvoorbeeld een extra bed en maaltijden voor uw partner.

Verzekering	Vergoeding
Zorgplan	volledig
Superfit	volledig

Dit krijgt u niet vergoed
U krijgt geen vergoeding voor verblijfkosten uit de aanvullende verzekering als u Eerstelijnsverblijf (ELV) ontvangt. De verblijfkosten voor ELV worden vergoed vanuit de zorgverzekering.

Hier kunt u terecht
Bij een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Een hospice/Bijna-Thuis-Huis is erkend als deze is aangesloten bij het Netwerk Palliatieve Zorg. Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.
Vind een aangesloten hospice of Bijna-Thuis-Huis op de website van Netwerk Palliatieve Zorg.

VII. Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering: de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven aanvullende verzekeringen Introfit, Startfit, Benfit, Optifit, Topfit, Superfit, Tandfit A, Tandfit B, Tandfit C, Tandfit Preventief, Wereldfit, OntzorgPlus en Zorgplan.

Bariatrische chirurgie: een operatie die u helpt om af te vallen, bijvoorbeeld een maagverkleining.

Beëdigd vertaler: dit is een vertaler die bevoegd is om gewaarmerkte vertalingen te maken. Dit is nodig bij de vertaling van officiële documenten zoals medische verklaringen en documenten van de burgerlijke stand. Beëdigde vertalers staan in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv), www.bureauwbtv.nl.

BMI (Body Mass Index): uw BMI laat zien of uw gewicht gezond is in relatie tot uw lengte.

Buitenland: ieder ander land dan het land waar u woont.

Chiropractie: benadrukt de wisselwerking tussen het zenuwstelsel (hersenen, ruggenmerg en zenuwen) en het bewegingsapparaat en daarmee samenhangende klachten. In Nederland is chiropractor een vrij beroep.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Craniosacraaltherapie: de Amerikaanse arts John E. Upledger heeft deze therapie in de jaren zeventig bedacht. Hij ging ervan uit dat veel ziektes ontstaan door een afwijking in het bindweefsel en door de wisselende druk in het hersenvocht die kan ontstaan door blokkades. Het is onduidelijk waarop dit precies gebaseerd is. Bij de behandeling manipuleert de therapeut vaak aan de hals en wervelkolom. Kranion betekent schedel, sacrum is het heiligbeen.

Diagnose-behandelcombinatie (dbc): een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen.

Dixhoorn, ontspannings- en ademhalingstherapie: de methode van Dixhoorn gaat uit van het behandelen van spanningsklachten. De ademhaling staat centraal.

Ergotherapeut: een ergotherapeut adviseert en traint mensen die moeilijkheden hebben met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Bijvoorbeeld omdat ze dement zijn of niet-aangeboren hersenletsel hebben.

Europese Unie en EER-lidstaat: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bosnië-Herzegovina, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans-Guyana, Martinique, Mayotte, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Extracties: het trekken of verwijderen van een tand of kies.

Familielid in de 1e of 2e graad: Onder familielid in de 1e of 2e graad verstaan wij in deze verzekeringsvoorwaarden:

- 1e graad: partner, ouders (ook adoptie-, pleeg-, stief- en schoonouders), kinderen (ook adoptie-, pleeg- en stiefkinderen), schoonzonen en -dochters. Onder kinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen
- 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

Filterglazen: dit zijn speciale glazen met een filter. Zo heeft een zonnebril een UV-filter. Er bestaan ook hele speciale filterglazen voor medische toepassingen.

Fraude: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Geboortecentrum: instelling waar u kunt bevallen onder verantwoordelijkheid van een verloskundige. Vaak kunt u in een geboortecentrum ook kraamzorg ontvangen. Een geboortecentrum is in een ziekenhuis. Of dicht bij een ziekenhuis. Het ziekenhuis is bereikbaar via een overdekte toegang (een 'droge' verbinding).

Geneesmiddelenvergoedingssysteem: hierin staan alle geregistreerde geneesmiddelen die zorgverzekeraars vanuit de zorgverzekering vergoeden.

Haptotherapie: leert u ontdekken wat u voelt. De haptotherapeut moet een hbo-opleiding hebben afgerond. Dit is een officiële zorgverlener die is aangesloten bij de beroepsvereniging VVH.

Hoorhulpmiddelen: dit zijn hulpmiddelen die u helpen als u slecht hoort. Denk aan een gehoorapparaat of een apparaat dat suizen vermindert.

Implantologie: tandheelkunde die tot doel heeft een of meerdere tanden te vervangen door tandimplantaten. Implantaten zijn kunstmatige wortels die in het bot geplaatst worden, deze worden na het plaatsen voorzien van bijvoorbeeld een kroon.

Instelling:

1. Een instelling in de zin van de Wet toetreding zorgaanbieders;
2. Een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Kraamcentrum: Een verblijfslocatie waar kraamzorg wordt geleverd aan kraamvrouwen en hun pasgeborene gedurende (een deel van) de kraamperiode in een niet-klinische setting.

Lactatiekundige: een lactatiekundige is een professioneel opgeleide borstvoedingsspecialist en geeft moeders deskundige hulp bij het geven van borstvoeding. De beroepsvereniging is de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of de Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding (VSBB), zij bewaken de kwaliteit van het vak.

Levatorplastiek: bovenooglidcorrectie waarbij het hefspiertje van het bovenooglid strakker gemaakt wordt waardoor het beter zijn functie kan uitoefenen en het oog beter open gaat.

Mesostructuur: een constructie, die zich tussen implantaten (of natuurlijke tanden en kiezen) en het kunstgebit bevindt. Deze structuur kan bestaan uit drukknoppen of magneten op implantaten of uit een staafconstructie waarmee de implantaten met elkaar verbonden zijn.

Mijn ONVZ: persoonlijke online omgeving om verzekeringsgegevens in te zien en te wijzigen.

Musculoskeletale geneeskunde: geneeskunde die vooral gericht is op klachten die te maken hebben met bewegen en houding. De therapeut manipuleert de stand van bijvoorbeeld het bekken of de wervels. Zo kan deze de stand van deze botten ‘aanpassen’ en de klachten misschien verhelpen.

Oefentherapeut: de oefentherapeut is specialist in het aanleren van gezond beweeggedrag. Gericht op het behandelen en voorkomen van klachten die kunnen ontstaan door een verkeerde houding en beweging tijdens dagelijkse activiteiten.

Ongeval: een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Osteopathie: is een alternatieve geneeswijze, die ervan uitgaat dat een verminderde beweeglijkheid van weefsels en structuren in het lichaam een nadelige invloed op de gezondheid heeft. Met corrigerende handgrepen wordt de oorzaak van de klachten aangepakt.

Podotherapeut: behandelt mensen met voet-, rug- of knieklachten.

Polisblad: document waarop staat waarvoor en hoe u verzekerd bent.

Pretransplantatieonderzoek: onderzoek om te beoordelen of uw conditie goed genoeg is om een ingrijpende operatie als een transplantatie goed te doorstaan.

Reisgenoot: de persoon met wie u samen een reis- of huurarrangement heeft geboekt of gepland, en waarmee u voor vertrek al een familiaire, vriendschappelijke of zakelijke band had. Met een verzekerde reisgenoot bedoelen wij een reisgenoot die (ook) een ONVZ Wereldfit heeft.

Schriftelijk: betekent in deze verzekeringsvoorwaarden op papier maar ook per e-mail.

Sedatie: verdoving.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg. Deze toestemming krijgt u van ons of namens ons. U moet de toestemming aanvragen voordat u die bepaalde zorg afneemt.

Torische lens: een lens met verschillende vlakken en zwaartes. Wanneer het hoornvlies niet perfect rond is, kan dit zorgen voor oogproblemen. Het zicht kan wazig worden, het onderscheiden van details kan lastig zijn en verticale lijnen lijken te kantelen. Torische lenzen corrigeren deze problemen.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland: een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaap-Verdië, Noord-Macedonië, Marokko, Servië, Tunesië, Turkije en de landen van het Verenigd Koninkrijk (Engeland, Noord-Ierland, Schotland, Wales en Gibraltar).

Verzekerde: degene voor wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van de verzekering staat.

Verzekeringnemer: degene die met de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met ‘u’. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Wettelijke eigen bijdrage: u betaalt soms een deel van de zorg zelf, bijvoorbeeld bij een kunstgebit of hoortoestel. De overheid bepaalt hoe hoog de eigen bijdrage is en waarvoor u deze bijdrage betaalt.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg. Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorghotel: een door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

Zorgverzekeraar, de/VGZ: VGZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09156723. De zorgverzekeraar is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. De zorgverzekeraar is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A.

Tot 1 januari 2027 ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregister Utrecht: 30135168, AFM-nr. 12000633) en voor de aanvullende en overige verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister Utrecht: 30209308, AFM-nr. 12001024), beide gevestigd te Houten.

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de zorgverzekeraar aangeduid met ‘wij’ en ‘ons’.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet.

ONVZ
Eersteklas Zorgverzekering

Kijk voor meer informatie en contactgegevens op www.onvz.nl

D5132-202611