



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen ONVZ Ziektkostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, alternatieve geneeswijzen, wijziging verzekeringsvoorwaarden, informatievoorziening

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 7:940 BW, Regeling informatieverstrekking zorgverzekeraars aan consumenten (TH/NR-10)

Zaaknummer : 201902553

Zittingsdatum : 22 juli 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
  - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 15 april 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 3 juni 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 8 juni 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 juli 2020 schriftelijk meegedeeld niet te willen worden gehoord. Verzoeker is op 22 juli 2020 gehoord.


3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit, ONVZ Tandfit Module B en ONVZ Wereldfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Tot en met 31 december 2018 omvatte de dekking van de aanvullende verzekering voor alternatieve geneeswijzen:
  - (i) bij behandeling door een arts: maximaal € 85,- per behandeling, tot € 1.000,- per kalenderjaar,
  - (ii) bij behandeling door een behandelaar: maximaal € 65,- per behandeling, tot € 500 per kalenderjaar, en
  - (iii) maximaal € 500,- voor (laboratorium)onderzoek en geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen samen.Bovenstaande vergoedingen zijn met ingang van 1 januari 2019 verminderd tot € 65,- per consult/behandeling + (lab)onderzoek + geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, samen tot een maximum van € 1.000,- per kalenderjaar.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de vanaf 1 januari 2019 door hem ondergane behandelingen op basis van alternatieve geneeswijzen volledig te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat hij hiertoe niet zal overgaan.

- 3.4. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard eenmalig en onverplicht de declaratie van 8 januari 2019 nog conform de voorwaarden van 2018 te vergoeden.
- 3.5. Op 22 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mailbericht meegedeeld dat verzoeker voor de kalenderjaren 2019 en 2020 aanspraak kan maken op dezelfde dekking als in 2018. Dit is op basis van coulance.
4. Geschil
- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar hem niet juist en volledig heeft geïnformeerd over de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden met ingang van 2019.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.
5. Bevoegdheid van de commissie
- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit de 'Algemene regels' van de aanvullende ziektekostenverzekering.
6. Beoordeling
- 6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de in dit verband relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en uit de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' (TH/NR-010) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoeker voert aan dat de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering met betrekking tot alternatieve geneeswijzen met ingang van 1 januari 2019 ten nadele van hem zijn gewijzigd. Over deze wijzigingen is hij niet duidelijk en onvolledig geïnformeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft hem eind 2018 alleen een brief gestuurd met de belangrijkste wijzigingen voor 2019. De voor hem belangrijke veranderingen in de dekking voor alternatieve geneeswijzen stonden hierin niet vermeld. In de brief wordt voor meer informatie verwezen naar de website van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker communiceert al jaren per post met de ziektekostenverzekeraar. Daarom had het op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen hem langs die weg persoonlijk over de wijzigingen in de aanvullende ziektekostenverzekering op de hoogte te stellen.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hij verzoeker eind 2018 per post een polisblad voor 2019 heeft gestuurd, waarop wordt volstaan met een opsomming van de belangrijkste wijzigingen en waarin voor een volledig overzicht van de wijzigingen wordt verwezen naar de website van de ziektekostenverzekeraar. Het feit dat hierin alleen de *belangrijkste* wijzigingen zijn vermeld, wijst erop dat er meer wijzigingen zijn. Als een verzekerde het volledig overzicht van de dekkingswijzigingen en de (nieuwe) polisvoorwaarden toch per post wil ontvangen, kan hij hierom verzoeken en dan stuurt de verzekeraar die per post. Al meerdere jaren heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker per post de gevraagde stukken gestuurd. Voor 2019 heeft verzoeker voor het eerst op 12 februari 2019 gevraagd om toezending per post van de toen reeds in werking getreden polisvoorwaarden 2019. Vanuit privacy-oogpunt is het niet wenselijk dat verzekerden worden geprofileerd op basis van hun schadelast. ONVZ mag dus niet voor één specifieke verzekerde een zo relevant mogelijke opsomming van de wijzigingen maken op basis van zijn of haar schadelast. Hierdoor kan de verkorte opsomming op de polis nooit voor elke verzekerde de meest relevante versie zijn. Al met al stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat hij verzoeker eind 2018 voldoende heeft geïnformeerd over de aanstaande wijzigingen. Niettemin

heeft hij zich uit coulance bereid verklaard verzoeker in 2019 en 2020 dezelfde dekking te bieden als in 2018.

- 6.4. De commissie overweegt als volgt.  
 Het stond de ziektekostenverzekeraar vrij de premie en de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering voor het jaar 2019 eenzijdig te wijzigen. In artikelen 62 en 63 van de Algemene regels van de ziektekostenverzekeraar is bepaald:  
*"62. Wij kunnen de voorwaarden en de premie van de verzekeringen wijzigen. De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht over deze wijzigingen. Daarin staat ook wanneer de wijzigingen ingaan. Meestal is dat op 1 januari. Als wij de basispremie wijzigen gaat de nieuwe premie na 7 weken in. Later kan ook. Soms kunt u dan opzeggen. Dit staat in algemene regel 63.*  
*63. De hoofdverzekerde kan de verzekering elk jaar opzeggen. Dit kan met een brief, een e-mail of via de website. Als de opzegging op 31 december bij ons binnen is, eindigt de verzekering op 1 januari van het volgende jaar. In 5 gevallen kan de hoofdverzekerde ook tijdens het jaar opzeggen.*  
 (...)  
*d. Als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens algemene regel 62. De verzekering eindigt op de datum waarop de wijziging zou ingaan. U moet dan wel opzeggen voordat de wijziging ingaat, of binnen 1 maand nadat de hoofdverzekerde bericht over de wijziging heeft gekregen. Opzeggen kan niet als de wijziging het gevolg is van het veranderen van een wettelijke bepaling, of als de wijziging voordelig voor u is."*
- 6.5. Een en ander komt overeen met artikel 7:940, vierde lid, BW. Vaststaat dat de verzekeringsvoorwaarden voor het jaar 2019 wijzigingen ten nadele van de verzekerde bevatten, in elk geval ten aanzien van het recht op vergoeding van alternatieve geneeswijzen. Met het oog op de toepassing van artikel 7:940, vierde lid, BW was de ziektekostenverzekeraar gehouden zijn verzekeringnemers (i) uitdrukkelijk en ondubbelzinnig te informeren over de wijzigingen van de verzekeringsvoorwaarden en de premieverhoging (ii) onder verwijzing naar de grondslag van deze wijziging en (iii) met vermelding van de mogelijkheid om de ziektekostenverzekering op te zeggen. De commissie verwijst naar haar eerdere bindend adviezen van 18 december 2019, SKGZ201900485 en van 8 juli 2020, SKGZ 202000025, te raadplegen op [www.kpzv.nl](http://www.kpzv.nl), alsmede naar beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening van 18 maart 2015, nr. 2015-090 en van 13 februari 2017, nr. 2017-114, te raadplegen op [www.kifid.nl](http://www.kifid.nl).
- 6.6. Verder verwijst de commissie naar artikel 9 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010, thans TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daar is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar de verzekerde tijdig moet informeren over wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden die voor hem of haar nadelig zijn. Deze moeten worden vermeld op de website en in het prolongatiepakket dat aan een verzekerde wordt gestuurd als de wijzigingen ingaan per 1 januari. In dit geval doet zich prolongatie voor en is de vraag of in het prolongatiepakket de wijzigingen voldoende zijn vermeld.
- 6.7. Naar het oordeel van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar niet aan de hier bedoelde informatieverplichtingen voldaan. In het dossier bevindt zich een (ongedateerde, maar onweersproken in november 2018 door verzoeker ontvangen) brief van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft met die brief verzoeker geïnformeerd over het feit dat de premie voor 2019 wordt verhoogd en het wettelijk eigen risico met € 385,- onveranderd blijft. Voor 'uitleg over de premie, de algemene regels en vergoedingen voor 2019' wordt verwezen naar de website ([www.onvz.nl/2019](http://www.onvz.nl/2019)). Bij de brief is de totale premie per maand vermeld en zijn de (acht) 'belangrijkste dekkingswijzigingen' vermeld, onder verwijzing naar een uitgebreid overzicht op de website ([www.onvz.nl/2019](http://www.onvz.nl/2019)). Het eveneens toegezonden polisblad 2019 (met afgiftedatum 13 november 2018) vermeldt slechts: *"Van toepassing zijn de algemene regels en vergoedingen van ONVZ. Deze vindt u op [www.onvz.nl/algemene-regels](http://www.onvz.nl/algemene-regels)."*


- 
- 6.8. In de schriftelijke communicatie worden de grondslag voor de wijziging en de opzeggingsmogelijkheid niet vermeld. Afgezien daarvan is de enkele vermelding – niet op het polisblad zoals de ziektekostenverzekeraar stelt, maar slechts in de begeleidende brief – van een selectie van de wijzigingen, met een algemene verwijzing naar de website, naar het oordeel van de commissie onvoldoende. Hiermee is de verzekerde niet uitdrukkelijk en ondubbelzinnig over de wijzigingen ten nadele geïnformeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar naar voren gebracht dat gebruik van het woord 'belangrijkste' impliceert dat niet alle wijzigingen zijn genoemd. Dat doet echter niet af aan de verplichting van de verzekeraar om de verzekeringnemer uitdrukkelijk en ondubbelzinnig te informeren over de wijzigingen ten nadele. Alleen dan kan de verzekeringnemer immers de afweging maken of hij de verzekering wil opzeggen of voortzetten. Vaststaat dat in de selectie van de ziektekostenverzekeraar de aanzienlijke en voor een categorie verzekerden belangrijke dekkingswijziging met betrekking tot de vergoeding van alternatieve geneeskunde ontbreekt. Het gebruik van de term 'belangrijkste' brengt mee dat een gemiddelde verzekeringnemer er in redelijkheid vanuit mag gaan dat hij daadwerkelijk over de voor hem belangrijkste wijzigingen in zijn nadeel wordt geïnformeerd en geen rekening hoeft te houden met verrassingen in zijn nadeel, zoals in dit geval. De algemeen geformuleerde verwijzing naar de website is in dat opzicht onvoldoende.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft naar voren gebracht dat hij het beleid hanteert om aan verzekerden die daarom verzoeken het volledige dekkingsoverzicht en de verzekeringsvoorwaarden per gewone post na te zenden. Dit is niet vermeld in de hiervoor onder 6.8. genoemde schriftelijke communicatie en doet ook overigens niet af aan de op de verzekeraar rustende verplichting om verzoeker tijdig voldoende inzicht te geven in de wijzigingen. Dat verzoeker naar aanleiding van zijn verzoek op 12 februari 2019, net als in enkele voorgaande jaren, alsnog de – inmiddels in werking getreden – gewijzigde verzekeringsvoorwaarden heeft ontvangen, kan verzoeker niet worden tegengeworpen, nu de ingangsdatum van de gewijzigde voorwaarden (1 januari 2019) immers reeds was verstreken.
- 6.10. De commissie komt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker in ontoereikende mate heeft geïnformeerd over de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden in 2019. In zijn e-mail van 22 juli 2020 aan de commissie merkt de ziektekostenverzekeraar ook zelf op dat de communicatie over de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden niet vlekkeloos is verlopen.
- 6.11. Eveneens in zijn e-mail van 22 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar uit coulance aan verzoeker de toezegging gedaan dat hij voor 2019 en 2020 dezelfde dekking zal bieden als in 2018. De commissie gaat ervan uit dat de ziektekostenverzekeraar deze toezegging zal nakomen en in toekomstige gevallen zal handelen overeenkomstig zijn verplichtingen op het punt van informatie over wijzigingen in de verzekeringsdekking.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.




7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

- 
- (i) de ziektekostenverzekeraar verzoeker in ontoereikende mate heeft geïnformeerd over de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2019, in bijzonder ten aanzien van het recht op vergoeding van alternatieve geneeswijzen;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.



Zeist, 26 augustus 2020,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

- 7.2 Indien de opzegdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering afwijkt van 31 december vermeldt de ziektekostenverzekeraar deze datum op de website.

**Kenmerk**  
TH/NR-010  
**Pagina**  
4 van 28

## **8. Toegangsvoorwaarden voor de aanvullende verzekering**

De ziektekostenverzekeraar vermeldt op de website alle beperkende toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

## **9. Wijzigingen in de polisvoorwaarden**

- 9.1 De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerde tijdig over wijzigingen ten nadele van de verzekerde in de polisvoorwaarden.
- 9.2 De ziektekostenverzekeraar vermeldt alle onder artikel 9.1 bedoelde wijzigingen op de website, en in het prolongatiepakket wanneer het gaat om wijzigingen per 1 januari.

## **10. Vergoedingenoverzicht**

- 10.1 Wanneer de zorgverzekeraar een vergoedingenoverzicht op de website vermeldt, neemt de zorgverzekeraar een disclaimer op waarin staat dat de verzekerde voor informatie over alle uitsluitingen en beperkingen de polisvoorwaarden dient te raadplegen of contact dient op te nemen met de verzekeraar.
- 10.2 Wanneer de zorgverzekeraar een vergoedingenoverzicht op de website vermeldt, neemt de zorgverzekeraar ook daar waar mogelijk per zorgsoort de hoogte van de wettelijke eigen bijdrage in het vergoedingenoverzicht op.

## **11. Doorlooptijd declaraties en afhandeling machtigingsaanvragen**

De zorgverzekeraar vermeldt op de website de gangbare doorlooptijd voor de vergoeding van declaraties en voor de afhandeling van machtigingsaanvragen.

## **12. Mogelijkheid tot het indienen van een klacht**

De zorgverzekeraar vermeldt op de website:

- a. waar de verzekerde een klacht kan indienen;
- b. op welke wijze de klacht ingediend moet worden;
- c. binnen welke termijn de zorgverzekeraar zal reageren;
- d. dat de verzekerde een klacht kan indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, als het verzoek om heroverweging wordt afgewezen of de zorgverzekeraar niet binnen de gestelde termijn reageert.



---

## Burgerlijk Wetboek Boek 7

---

### Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

## Goed om te weten

### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft en niet meer dan 1 behandeling per dag**

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die artsen en behandelaars voor alternatieve geneeswijzen normaal gesproken binnen hun beroepsprofiel verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### **Wij vergoeden maximaal de gebruikelijke tarieven van de beroepsgroep**

Heeft de beroepsorganisatie normtarieven? Dan zijn die leidend.

## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Geen vergoeding
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Extrafit</b>	€ 27 per behandeling, max. 20 x (arts) Maximaal per behandeling/kalenderjaar Geen geneesmiddelen en (lab)onderzoek
<b>Benfit</b>	€ 27 per behandeling, max. 20 x (arts of acupuncturist) Maximaal per behandeling/kalenderjaar Geen geneesmiddelen en (lab)onderzoek
<b>Optifit</b>	€ 85 per behandeling, tot € 750 (arts) € 65 per behandeling, tot € 250 (acupuncturist of andere behandelaar) € 250 voor (lab)onderzoek en geneesmiddelen Maximaal per behandeling/kalenderjaar
<b>Topfit</b>	€ 85 per behandeling, tot € 1.000 (arts) € 65 per behandeling, tot € 500 (acupuncturist of andere behandelaar) € 500 voor (lab)onderzoek en geneesmiddelen Maximaal per behandeling/kalenderjaar
<b>Superfit</b>	€ 85 per behandeling, tot € 1.250 (arts) € 65 per behandeling, tot € 500 (behandelaar) € 750 voor (lab)onderzoek en geneesmiddelen Maximaal per behandeling/kalenderjaar

## Wat u zelf betaalt

### Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

## Dit moet u zelf doen

### Is de zorgverlener geen arts? Dan moet hij volwaardig lid zijn van een door ons erkende beroepsorganisatie en voldoen aan de PLATO-eisen

Wij vergoeden alleen de zorg van deze zorgverleners:

- arts
- behandelaar die volwaardig lid is van een beroepsorganisatie die op onze Lijst erkende beroepsorganisaties<sup>1</sup> staat en die ook voldoet aan de PLATO-eisen<sup>2</sup>

### Voor laboratoriumonderzoek en geneesmiddelen moet u een voorschrift hebben van uw arts of behandelaar

### Geneesmiddelen haalt u bij de apotheek of apotheekhoudende huisarts

De geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die u ergens anders haalt, vergoeden wij niet.

<sup>1</sup> Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl) - 030 639 62 22

<sup>2</sup> Meer informatie leest u op [www.onvz.nl/vergoedingen/plato-eisen](http://www.onvz.nl/vergoedingen/plato-eisen)

# Alternatieve geneeswijzen

Een aanvulling op reguliere behandelingen.

## Wat u vergoed krijgt

Alternatieve geneeswijzen zijn onderzoeken en behandelingen waarvan de werking (nog) niet wetenschappelijk is vastgesteld.

De **basisverzekering** vergoedt alternatieve geneeswijzen niet.

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger vergoeden alternatieve onderzoeken en behandelingen. De maximale vergoeding hangt af van de aanvullende verzekering die u heeft.

Waar u terecht kunt ook. Bij Extrafit is dat de arts die alternatieve geneeswijzen aanbiedt. Een arts-acupuncturist<sup>1</sup> valt daar ook onder. Benfit vergoedt ook de acupuncturist die geen arts is. En Optifit, Topfit en Superfit ook nog andere zorgverleners die geen arts zijn. Wij noemen de zorgverleners die geen arts zijn: behandelaren. De acupuncturist valt daar dus ook onder. Een behandelaar moet altijd volwaardig lid zijn van een door ons erkende beroepsorganisatie<sup>2</sup>, en voldoen aan de PLATO-eisen<sup>3</sup>.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook geregistreerde<sup>4</sup> homeopathische en antroposofische geneesmiddelen en (laboratorium)onderzoek. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar, en u moet een voorschrift van uw arts of behandelaar hebben.

We zetten het hieronder voor u op een rij.

### Extrafit

- u kunt terecht bij: een arts
- maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar
- maximaal € 27 per behandeling
- geen vergoeding voor geneesmiddelen en (laboratorium)onderzoek

### Benfit

- u kunt terecht bij: een arts of een acupuncturist
- maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar
- maximaal € 27 per behandeling
- geen vergoeding voor geneesmiddelen en (laboratorium)onderzoek

### Optifit

- u kunt terecht bij: een arts of een behandelaar (inclusief acupuncturist)
- bij behandeling door een arts: maximaal € 85 per behandeling, tot € 750 per kalenderjaar
- bij behandeling door een behandelaar: maximaal € 65 per behandeling, tot € 250 per kalenderjaar
- maximaal € 250 voor (laboratorium)onderzoek en geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen samen

### Topfit

- u kunt terecht bij: een arts of een behandelaar (inclusief acupuncturist)
- bij behandeling door een arts: maximaal € 85 per behandeling, tot € 1.000 per kalenderjaar
- bij behandeling door een behandelaar: maximaal € 65 per behandeling, tot € 500 per kalenderjaar
- maximaal € 500 voor (laboratorium)onderzoek en geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen samen

### Superfit

- u kunt terecht bij: een arts of een behandelaar (inclusief acupuncturist)
- bij behandeling door een arts: maximaal € 85 per behandeling, tot € 1.250 per kalenderjaar
- bij behandeling door een behandelaar: maximaal € 65 per behandeling, tot € 500 per kalenderjaar
- maximaal € 750 voor (laboratorium)onderzoek en geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen samen

<sup>1</sup> Een acupuncturist die in het BIG-register staat als arts

<sup>2</sup> Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl) - 030 639 62 22

<sup>3</sup> Meer informatie leest u op [www.onvz.nl/vergoedingen/plato-eisen](http://www.onvz.nl/vergoedingen/plato-eisen)

<sup>4</sup> Deze hebben een RVG of RVH nummer gekregen van het CBG

### Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig

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

### Ik wil mijn aanvullende verzekering wijzigen

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

### Wij kunnen de verzekering wijzigen

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

## Wat u zelf betaalt

### **Geen eigen risico**

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

## Dit moet u zelf doen

### **Let er op dat uw zorgverlener arts is, of volwaardig lid is van een door ons erkende beroepsorganisatie en voldoet aan de PLATO-eisen**

Zorg van andere zorgverleners vergoeden wij niet.

### **Voor laboratoriumonderzoek en geneesmiddelen moet u een voorschrift hebben van uw arts of behandelaar**

### **Geneesmiddelen haalt u bij de apotheek of apotheekhoudende huisarts**

De geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die u ergens anders haalt, vergoeden wij niet.

## Goed om te weten

### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die normaal gesproken binnen het beroepsprofiel van de arts of behandelaar valt. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is. Activiteiten die niet gericht zijn op (genezing van) een aandoening vergoeden wij niet. Dit geldt bijvoorbeeld voor Yoga en Mindfulness.

### **Wij vergoeden maximaal de gebruikelijke tarieven van de beroepsgroep**

U vindt die meestal op internet.

# Alternatieve geneeswijzen

Een aanvulling op reguliere behandelingen.

## Wat u vergoed krijgt

Alternatieve geneeswijzen zijn onderzoeken en behandelingen waarvan de werking (nog) niet wetenschappelijk is vastgesteld.

De **basisverzekering** vergoedt alternatieve geneeswijzen niet.

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger vergoeden alternatieve consulten en behandelingen gericht op (het genezen van) een aandoening. De maximale vergoeding per consult of behandeling staat hieronder. Wij vergoeden maximaal 1 consult of behandeling per dag.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook geregistreerde<sup>1</sup> homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, en (laboratorium)onderzoek dat voor uw behandeling nodig is.

Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar voor de consulten en behandelingen en (bij Optifit en hoger) geneesmiddelen en (laboratorium)onderzoek samen.

### Hier kunt u terecht

- arts
- behandelaar die volwaardig lid is van een door ons erkende beroepsorganisatie<sup>2</sup>, en voldoet aan de PLATO-eisen<sup>3</sup>
- voor geneesmiddelen: apotheek of apotheekhoudende huisarts

## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Geen vergoeding
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Extrafit</b>	€ 30 per consult of behandeling, tot € 400 Maximaal per behandeling/kalenderjaar Geen geneesmiddelen en (lab)onderzoek
<b>Benfit</b>	€ 30 per consult of behandeling, tot € 500 Maximaal per behandeling/kalenderjaar Geen geneesmiddelen en (lab)onderzoek
<b>Optifit</b>	€ 65 per consult of behandeling + (lab)onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen samen tot € 750 Maximaal per behandeling/kalenderjaar
<b>Topfit</b>	€ 65 per consult of behandeling + (lab)onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen samen tot € 1.000 Maximaal per behandeling/kalenderjaar
<b>Superfit</b>	€ 75 per consult of behandeling + (lab)onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen samen tot € 1.500 Maximaal per behandeling/kalenderjaar

<sup>1</sup> Deze hebben een RVG of RVH nummer gekregen van het CBG

<sup>2</sup> Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl) - 030 639 62 22

<sup>3</sup> Meer informatie leest u op: [www.onvz.nl/vergoedingen/plato-eisen](http://www.onvz.nl/vergoedingen/plato-eisen)

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

#### Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig

55. **Als u bij ons een verzekering heeft of aanvraagt, nemen wij uw gegevens op in onze administratie.** Als u ons belt kunnen wij het telefoongesprek opnemen en omzetten in geschreven tekst. Hierbij gelden de privacyregels. Die regels staan in de wet, onze gedragscode en ons privacy statement<sup>1</sup>. In ons privacy statement vindt u hierover meer informatie.
56. **Wij moeten uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie opnemen.** Wij moeten het ook gebruiken in de contacten met zorgverleners.
57. Wij gebruiken uw gegevens en opgenomen telefoongesprekken:
- om uw verzekeringen en onze dienstverlening uit te voeren en te verbeteren
  - om te voldoen aan wettelijke verplichtingen
  - voor controle, analyse en (wetenschappelijk of statistisch) onderzoek
  - voor marketing
  - voor het voorkomen en bestrijden van fraude en andere criminaliteit
- Soms gebruiken wij ook medische gegevens. Dat doen wij alleen als dat nodig is voor deze doelen, behalve marketing. Meer informatie hierover staat in ons privacy statement<sup>1</sup>. Daar staat ook in wat uw rechten zijn.
58. De stichting CIS houdt bij wie heeft gefraudeerd. Wij mogen daar nagaan of u er bekend bent. Ook mogen wij uw gegevens via het CIS uitwisselen met andere verzekeraars, als daar reden voor is. Wij gebruiken deze informatie bij het afsluiten van verzekeringen en het behandelen van declaraties. Het CIS heeft een eigen privacyreglement. U vindt het via [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).
59. Om uw verzekeringen uit te voeren vragen en geven wij uw adres- en polisgegevens aan anderen, zoals zorgverleners en hulpmiddelenleveranciers. Wij doen dat digitaal via het netwerk voor veilige communicatie in de zorg (Vecozo), of via een beveiligde e-mailverbinding. Zo kan de zorg die u krijgt op een makkelijke en veilige manier bij ons worden gedeclareerd. Neemt u deel aan een collectieve verzekering via uw werkgever? Dan wisselen wij voor de uitvoering van de verzekeringen gegevens uit met uw werkgever. Zo kijken wij of u (nog) recht op premiekorting heeft. Is er een dringende reden om uw adres niet uit te wisselen? Dan kunt u dat bij ons melden.
60. Wilt u geen post, e-mail of andere uitingen ontvangen met marketing als doel? Geef het aan ons door. Dan sturen wij u deze informatie niet meer.

#### Ik wil mijn aanvullende verzekering wijzigen

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

#### Wij kunnen de verzekering wijzigen

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

<sup>1</sup> Zie hiervoor: [www.onvz.nl/privacy](http://www.onvz.nl/privacy)