

**ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN
ZIEKTEKOSTENVERZEKERING
PARTICULIER ZNS
EN AANVULLENDE MODULES**

(ingaaude 1 januari 2005)

Inhoudsopgave	blz
Artikel 1 Begripsomschrijving	2
Artikel 2 Omvang dekking Ziektekostenverzekering Particulier ZNS	2
Artikel 3 Dekking hoofdverzekering Ziektekostenverzekering Particulier ZNS	2
Artikel 4 Aanspraken in het buitenland	7
Artikel 5 Aanvullende klassenverzekering	8
Artikel 6 Aanvullende Verzekering Module 1	8
Artikel 7 Aanvullende Verzekering Module 2	10
Artikel 8 Aanvullende Verzekering Module 3	11
Artikel 9 Wat Univé niet vergoedt	13
Artikel 10 Algemene voorwaarden	13
10.1. Grondslag van de verzekering	
10.2. Kinderen	
10.3. Vrije keus	
10.4. Opname in een hogere dan de verzekerde klasse	
10.5. Begin en einde van de dekking	
10.6. Telefonische en mondelinge informatie	
10.7. Wijziging persoonlijke omstandigheden	
10.8. Duur en einde van de verzekering	
10.9. Leeftijdsgrenzen	
10.10. Bescherming persoonsgegevens	
Artikel 11 Bijzondere voorwaarden Aanvullende Verzekering Module 1, 2 en 3	14
Artikel 12 Schade en eigen risico	15
12.1. Bijzondere verplichtingen van de verzekerde	
12.2. Vergoeding van nota's	
12.3. Bepaling eigen risico	
12.4. Verrekening van het eigen risico	
Artikel 13 Premie en schorsing	15
13.1. Premiebetaling	
13.2. Premieregeling	
13.3. Schorsing	
13.4. Teruggave van premie	
13.5. Herziening van premie of voorwaarden	
Artikel 14 Collectieve contracten	16
Artikel 15 Vestiging in het buitenland	16
Artikel 16 Geschillen en klachten	16
Artikel 17 Fraude	16
Artikel 18 Aansprakelijkheid derden	16

Hoe leest u de voorwaarden

Standaard heeft u de hoofdverzekering ZNS en zijn de artikelen genoemd onder de kolom ZNS voor u van toepassing. Heeft u een Module meeverzekerd kijk dan ook onder de kolom van de door u afgesloten Module voor de aanvullende vergoedingen.

De verzekeringsvoorwaarden zijn een limitatieve opsomming van de vergoedingen. Alleen de beschreven aanspraken worden vergoed. Wat niet is beschreven komt niet voor vergoeding in aanmerking.

OVERZICHT INHOUD ARTIKELEN	ZNS	Module 1	Module 2	Module 3
Acne-behandeling				8.18.
Alternatieve geneeswijzen		6.6.	7.6.	8.6.
Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	3.13.			
Anticonceptiemiddelen			7.20.	7.20.
Antroposofische geneeskunde				8.19.
Audiologische zorg	3.15.			
Bevalling en kraamzorg	3.11.		7.10.	8.10.
Brilmonturen voor kinderen			7.18.	7.18.
Buitenlanddekking	4.			
Camouflagetherapie			7.13.	8.13.
Chronisch intermitterende beademing	3.4.			
Cursussen kruiswerk-/ thuiszorgorganisatie				8.20.
Dieetadvisering	3.22			8.25.
Elektrische epilatie			7.12.	8.12.
Erfelijkheidsonderzoek	3.14.			
Ergotherapie	3.21.		7.11.	8.11.
Familiehuis		6.15.	6.15.	6.15.
Farmaceutische zorg	3.6.			
Flebologische behandeling	3.18.			
Fysiotherapie en oefentherapie	3.8.	6.12.	7.19.	8.21.
Gezichtshulpmiddelen			7.18.	7.18.
Herstellingsoord				8.17.
Homeopathische en antropo- sofische geneesmiddelen	3.17.			
Hoortoestellen			7.15.	7.15.
Hospicezorg		6.16.	6.16.	6.16.
Huisartsenzorg	3.10.			
Hulpmiddelen	3.7.			
In Vitro Fertilisatie (IVF)	3.20.			8.23.
Klassenverzekering	5.			
Kraampakket			7.10.3.	7.10.3.
Leukemie bij kinderen	3.16.			
Logopedie	3.9.			
Mondhygiënist		6.9.1.	6.9.1.	8.26.
Nierdialyse	3.2.			
Oedeemtherapie		6.3.	7.3.	8.3.
Opname en medisch-specialistische zorg	3.1.			
Orthodontie	3.12.3.	6.8.	7.9.	8.9.
Overgangsconsulent			7.21.	8.24.
Pedicure diabetici		6.11.	7.8.	8.8.
Plastische chirurgie				8.15.
Plaswekkers			7.17.	7.17.
Podo(posturale) therapie		6.11.	7.8.	8.8.
Preventieve inenting				8.22.
Preventieve geneeskunde		6.14.	6.14.	6.14.
Pruiken			7.16.	7.16.
Psoriasisbehandeling		6.2.	7.2.	8.2.
Psychologische hulp		6.7.	7.7.	8.7.
Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen		6.5.	7.5.	8.5.
Revalidatie	3.5.			
Ronald McDonaldhuis		6.15.	6.15.	6.15.
Second Opinion		6.13.	6.13.	6.13.
Sport Medisch Adviescentrum		6.10.	6.10.	6.10.
Sterilisatie en abortus	3.19.			
Steunzolen				8.16.
Stottertherapie		6.4.	7.4.	8.4.
Tandheelkundige zorg	3.12.	6.9.	6.9.	8.26.
Therapeutische kampen voor jongeren			7.14.	8.14.
Transplantaties	3.3.			
Uitgestelde kraamzorg		6.17.	6.17.	6.17.

Artikel 1 Begripsomschrijving

Univé

De verzekeraar genoemd op het polisblad.

(verder in alfabetische volgorde)

Collectief contract

Overeenkomst gesloten tussen een collectief contractant en Univé met betrekking tot de voorwaarden waaronder bepaalde personen een collectieve verzekering bij Univé kunnen afsluiten. Dit contract ligt bij de collectief contractant ter inzage.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten. De bedrijfsarts, of de instelling waarvoor hij werkt, dient een overeenkomst met Univé te hebben afgesloten.

Collectief contractant

Natuurlijk- of rechtspersoon, die een collectief contract met Univé heeft gesloten.

CTG/ Zorgautoriteit i.o.

College Tarieven Gezondheidszorg. Het door de overheid ingestelde instituut dat de tarieven vaststelt voor (para-) medische behandelingen en daarvoor tariefsbeschikkingen afgeeft, welke conform de Wet op de Tarieven Gezondheidszorg (WTG) door zorgverleners en instellingen dienen te worden gehanteerd.

DBC

Een Diagnose Behandeling Combinatie beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Eigen bijdrage

Een vastgesteld bedrag/aandeel van de volgens de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komende kosten, welke verzekerde zelf dient te dragen alvorens het resterende deel van die kosten voor vergoeding in aanmerking komt.

Eigen risico

Het eigen risicobedrag dat als zodanig op het verzekeringsbewijs is vermeld.

Gezin

De volgende op het verzekeringsbewijs vermelde personen:

- twee gehuwden dan wel twee personen die ongetrouwd duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van Univé;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering krachtens de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (WTOS) of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud van kinderen ingevolge Artikel 6.1 en afdeling 6.4. van de Wet inkomstenbelasting 2001, jo. Artikel 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001.

Hoofdverzekering

De aanspraken zoals omschreven in artikel 2, 3, en 4.

Kosten

De door de zorgaanbieder, de leverancier of de instelling waar de behandeling plaatsvindt te declareren tarieven, welke op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening gebracht mogen worden, dan wel de door Univé overeengekomen tarieven.

Medisch adviseur

De arts die Univé in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling, waarvan de noodzaak door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk bevonden.

Medisch-specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Tandheelkundig adviseur

De tandarts die Univé in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

Techniekkosten

Kosten die verband houden met tandtechnische werkzaamheden in opdracht van de tandarts of tandarts-specialist. Onder techniekkosten wordt ook verstaan: materiaal/laboratoriumkosten behorende bij alle tandheelkundige behandelingen genoemd in deze verzekeringsvoorwaarden.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op de polis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekeringsbewijs

Het verzekeringsbewijs bestaat uit een bewijs van inschrijving en/of de bij de verzekering behorende premiespecificatie.

Verzekeringsnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met Univé is aangegaan.

VWS

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.
Telefoon (0900) 899 82 25, internetadres: www.bigregister.nl.

Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum te Davos.

Zorgverzekeraars Nederland

De overkoepelende organisatie van Zorgverzekeraars en particuliere Ziektekostenverzekeraars in Nederland.

Artikel 2 Omvang dekking Ziektekostenverzekering Particulier ZNS

- 2.1. Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt Univé de kosten van in artikel 3 en 4 genoemde medische behandelingen en middelen op basis van het door of namens Univé met de zorgaanbieder overeengekomen tarief met inachtneming van de Wet tarieven gezondheidszorg. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt Univé de kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige (CTG-) tarief, tenzij in de artikelen anders is aangegeven.
- 2.2. Alleen de kosten die in de loop van het kalenderjaar boven het gekozen eigen risico zijn gestegen, komen voor vergoeding in aanmerking. Dit geldt niet voor kosten waarop het eigen risico niet van toepassing is. Indien een DBC wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een eigen risico.
- 2.3. Als naast de hoofdverzekering een aanvullende verzekering is afgesloten, worden de kosten eerst vergoed vanuit de hoofdverzekering. Pas als de kosten niet of niet meer vanuit de hoofdverzekering voor vergoeding in aanmerking komen volgt vergoeding vanuit de aanvullende verzekering. De kosten moeten dan wel onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Kosten die met het eigen risico van de hoofdverzekering zijn verrekend worden nimmer uit de aanvullende verzekering vergoed.
- 2.4. Wanneer Univé meer vergoedt dan waarop u gezien uw eigen risico recht heeft, wordt u geacht een volmacht tot incasso voor het te veel betaalde te hebben verleend.
- 2.5. De in deze voorwaarden genoemde maximale bedragen zijn maximale bedragen per verzekerde per kalenderjaar, tenzij in de artikelen anders staat vermeld.
- 2.6. De dekking omvat de in Nederland gemaakte kosten van medische behandelingen. Daarnaast geldt:
 - bij vakantie in het buitenland de in artikel 4.1. opgenomen bepalingen;
 - bij vestiging in het buitenland de in artikel 4.2. opgenomen bepalingen;
 - bij zorg genoten in een andere lidstaat van de Europese Unie de in artikel 4.3. opgenomen bepalingen.

Artikel 3 Dekking hoofdverzekering Ziektekostenverzekering Particulier ZNS

3.1. Medisch-specialistische zorg, opname en wachtlijstbemiddeling

3.1.1. Medisch-specialistische zorg en opname in een ziekenhuis

Omschrijving

Medisch-specialistische zorg: Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.

Opname: Opname in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch-specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

Door

- medisch-specialist;
- ziekenhuis.

Vergoeding

- kosten van medische-specialistische zorg, zowel in het ziekenhuis, als daarbuiten;
- kosten van de (dag) opname (op basis van de 3e klasse);
- medische kosten die rechtstreeks verband houden met het medisch-specialistische onderzoek of de behandeling (zoals de kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, geneesmiddelen, bestralingen, verbandmiddelen en gebruik operatiekamer of polikliniek) en door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

Toestemming

Indien sprake is van verblijf in een ziekenhuis van meer dan 21 dagen, moet een aanvraag tot voortgezet ziekenhuisverblijf bij Univé worden ingediend. Op de aanvraag moet de reden van verdere medisch-specialistische behandeling en verblijf in een ziekenhuis worden vermeld.

	De zorgverzekeraar bepaalt in het Reglement Ziekenhuiszorg in welke gevallen het toestemmingsvereiste vanaf de 1e dag van toepassing is, dan wel welke andere voorwaarden van toepassing zijn. Dit reglement is op aanvraag bij Univé verkrijgbaar en tevens raadpleegbaar op www.unive.nl .		
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wanneer een meeverzekerd kind in het ziekenhuis moet verblijven, omdat de moeder daar wordt verpleegd, worden de verpleegkosten van het kind vergoed, zolang het kind de leeftijd van drie maanden niet heeft bereikt. 2. Indien pas later bekend is dat er sprake is van een ziekenhuisopname van meer dan 21 dagen, dient de toestemming binnen 48 uur nadat dit duidelijk is geworden aangevraagd te worden. 3. Indien Univé met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Indien geen tarief is overeengekomen met het ziekenhuis vindt vergoeding plaats volgens de "lijst maximale vergoedingen DBC's". Deze regel treedt in werking zodra de "lijst maximale vergoedingen DBC's" door Univé is vastgesteld. 		
3.1.2.	<i>Medisch-specialistische zorg in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC)</i>		
Omschrijving	Medisch-specialistische zorg in een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten en waarmee Univé een overeenkomst heeft gesloten.		
Vergoeding	De kosten worden vergoed tot ten hoogste het tarief dat Univé met het behandelcentrum is overeengekomen.		
Machtiging	Zie bijzonderheden.		
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voor aanvraag van de behandeling dient men contact op te nemen met Univé, om na te gaan of er een contract met het betreffende centrum is en of u een machtiging nodig heeft. 2. Indien Univé met het zelfstandig behandelcentrum een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Indien geen tarief is overeengekomen met het zelfstandig behandelcentrum vindt vergoeding plaats volgens de "Lijst maximale vergoedingen DBC's". Deze regel treedt in werking zodra de "Lijst maximale vergoedingen DBC's" door Univé is vastgesteld. 		
3.1.3.	<i>Opname voor bepaalde duur in het Nederlands Astma Centrum te Davos, Zwitserland (NAD)</i>		
Omschrijving	Onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum te Davos, indien en voor zover de noodzaak tot opname is vastgelegd na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in een ziekenhuis in Nederland.		
Vergoeding	Volledig.		
Machtiging	Ja, vooraf aangevraagd door de behandelend longarts gevestigd in Nederland.		
Bijzonderheden	De medisch adviseur van Univé bepaalt de noodzaak en duur van verblijf.		
3.1.4.	<i>Wachttijlbemiddeling</i>		
	Indien er sprake is van een onacceptabele wachttijd voor een polikliniekbezoek of opname in een ziekenhuis dan kunt u contact opnemen met Univé Zorgbemiddeling (telefoon 072-5278929/ 072-5278229).		
3.2.	Nierdialyse		
3.2.1.	<i>Nierdialyse in een dialysecentrum</i>		
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> - kosten van verleende nierdialyse; - kosten van met dialyse verband houdend onderzoek, behandeling en verpleging; - kosten die verband houden met door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding. 		
3.2.2.	<i>Nierdialyse bij de verzekerde thuis</i>		
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> - bovengenoemde kosten; - de kosten voor redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat. Tevens vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de dialyse samenhangen. De kosten worden alleen vergoed voor zover niet andere wettelijke regelingen daarin voorzien; - de kosten voor de opleiding die het dialysecentrum geeft aan degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn; - de kosten van het in bruikleen geven van de hemodialyse-apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse. 		
3.3.	Organtransplantaties		
Omschrijving	Transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart-long, nier-pancreas en lever (orthotoop), als ook de in verband met deze transplantatie door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) gedeclareerde kosten van weefselypering.		
Vergoeding	Volledige vergoeding voor: <ol style="list-style-type: none"> 1. De kosten van transplantatie van de donororganen; 2. De in verband met bovenstaande transplantatie door de NTS gedeclareerde kosten van weefselypering; 3. De kosten van verpleging en behandeling van de donor; 4. De kosten van medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de betreffende organtransplantatie; 5. De reiskosten als de donor uit het buitenland afkomstig is. 		
Machtiging	Ja, vooraf.		
Bijzonderheden	Aanspraak op vergoeding van de kosten van de donor bestaat uitsluitend indien de ontvanger de Ziektekostenverzekering ZNS heeft afgesloten.		
3.4.	Chronisch intermitterende beademing		
Omschrijving	Kosten die verband houden met mechanische beademing.		
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> - kosten die verband houden met beademing in een daartoe toegelaten beademingscentrum; - kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur bij de verzekerde thuis. 		
Verwijzing	Ja, door medisch-specialist.		
3.5.	Revalidatie		
Omschrijving	Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard.		
Vergoeding	Volledig.		
Machtiging	Ja, vooraf. Bij het verzoek dient een behandelplan te zijn gevoegd. Hierin moet zeker de aard en de complexiteit van de stoornis, de bij de behandeling te betrekken disciplines en de beoogde duur en intensiteit van de behandeling worden vermeld.		
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er bestaat alleen recht op vergoeding wanneer deze zorg als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat. 2. Daarnaast dient de verzekerde met die zorg in staat te zijn een zekere mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die gezien de beperkingen redelijkerwijs mogelijk is. 		
3.6.	Farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen		
3.6.1.	<i>Farmaceutische zorg</i>		
Door	Een in Nederland gevestigde apotheker/apotheekhoudende huisarts, tenzij Univé anders bepaalt.		
Vergoeding	Volledig.		
Voorschrift van	Een (huis)arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige of alternatief arts.		
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voor de kosten van farmaceutische zorg geldt geen eigen risico. 2. Vergoeding conform de Regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland met inbegrip van het daarin vastgelegde geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) en het door Univé nader vastgestelde Reglement Farmacie. Deze zijn op aanvraag bij Univé verkrijgbaar. 3. Indien het geneesmiddel de stof bevat waarvan de stofnaam op het voorschrift staat vermeld, wordt dat geneesmiddel vergoed, behoudens het bepaalde in bijlage 4 van dit artikel. 4. Univé is gerechtigd een eigen vergoedingslimiet voor een geneesmiddel vast te stellen. Univé zal dit in ieder geval doen voor die geneesmiddelen die tot de afspraken behoren, maar waarvoor geen vergoedingslimiet op basis van het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) is vastgesteld. De hoogte van de door Univé vast te stellen limiet zal altijd zodanig zijn dat er binnen een groep geneesmiddelen met eenzelfde wer- 		

3.10.	Huisartsenzorg	ling, een bedrag van € 29,- voor rekening van de verzekerde voor elke door het ziekenhuis in rekening gebrachte verpleegdag.
Omschrijving	Zorg door een huisarts (zowel op het spreekuur van de arts, als bij de verzekerde thuis) inclusief de kosten van laboratoriumonderzoek, röntgenonderzoek of functieonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.	6. Voor elke wegens ziekenhuisopname in rekening gebrachte verpleegdag (met uitzondering van de dag van ontslag) wordt het maximum aantal uren van 48 verminderd met 6 uur dan wel de geboorteutkering van maximaal € 908,- verminderd met € 113,50.
Door	<ol style="list-style-type: none"> 1. Een in Nederland gevestigde huisarts die is ingeschreven in het register van erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde. 2. De dienstenstructuur waarbij de huisarts is aangesloten. 	7. De geboorteutkering is in de meeste gevallen niet kostendekkend.
Vergoeding	Volledig.	3.12. Tandheelkundige zorg
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voor het honorarium van de huisarts (uitgezonderd verloskundige hulp) geldt geen eigen risico. 2. Dienstenstructuur is een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c, van het Besluit werkingsfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992, dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekend huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief. 	3.12.1. Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden jonger dan 18 jaar Door Een in Nederland gevestigde tandarts, die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG. Vergoeding Kosten tot maximaal € 500,- per verzekerde, per kalenderjaar. Bijzonderheden <ol style="list-style-type: none"> 1. Voor het honorarium van de tandarts geldt geen eigen risico. 2. Orthodontie en techniekkosten behorende bij de behandelingen worden niet vergoed. 3. Behandeling door een tandarts in het buitenland: Vergoeding wordt slechts gegeven als de nota is opgesteld in één van de volgende talen: Nederlands, Duits, Engels of Frans.
3.11. Bevalling en kraamzorg		3.12.2. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen
Omschrijving	<i>Verloskundige zorg</i> De zorg verleend door een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG. <i>Kraamzorg thuis</i> De zorg na de geboorte verleend door een kraamverzorgende of verpleegkundige, thuis bij de verzekerde, waarbij zowel moeder als kind worden verzorgd. <i>Kraamcentrum</i> Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door Univé als zodanig erkende instelling. <i>Kraamverzorgende</i> Een kraamverzorgende die als zodanig staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie. <i>Verpleegkundige</i> Een in Nederland gevestigde verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.	3.12.2. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen Omschrijving De kosten van tandheelkundige behandelingen in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking, heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Door Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. Vergoeding Volledig. Machtiging Ja, vooraf. Bijzonderheden <ol style="list-style-type: none"> 1. Bij de aanvraag dient een goedgekeurd behandelplan te worden gevoegd. 2. Univé verleent geen toestemming indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. 3. De behandeling vereist een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid. 4. Het betreft de volgende afwijkingen: <ol style="list-style-type: none"> a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn; b. een kaakgewrichtsafwijking (pijn disfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetsplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid; c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect); d. een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo-en/of gnato- en/of palatoschisis); e. een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect).
3.11.1. Bevalling in het ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een kraaminrichting, kraamhotel of thuis		3.12.3. Kaakorthopedische behandeling (orthodontie)
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> – volledige vergoeding van verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg); – vergoeding gebruik polikliniek tot maximaal € 130,-; – Vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, van minimaal 24 uur tot maximaal 48 uur binnen een periode van 8 dagen direct aansluitend op de bevalling of een geboorteutkering van € 908,-. 	Door Orthodontist, dat is een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde. Vergoeding Volledig. Voorschrift van Huisarts of tandarts. Machtiging Ja, vooraf.
Bijzonderheden	De bijzonderheden onder artikel 3.11.2. zijn ook van toepassing op dit artikel.	3.12.4. Tandheelkundige implantaten
3.11.2. Bevalling in het ziekenhuis met medische noodzaak		
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> – volledige vergoeding van het honorarium voor verloskundige zorg; – volledige vergoeding van de kosten van gebruik polikliniek of de verpleegkosten van moeder en meeverzekerde kind, in de verzekerde klasse; – volledige vergoeding van de medische kosten die rechtstreeks verband houden met de bevalling (zoals de kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, geneesmiddelen en verbandmiddelen) die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht; – Vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, van minimaal 24 uur tot maximaal 48 uur binnen een periode van 8 dagen direct aansluitend op de bevalling of een geboorteutkering van € 908,-. 	3.12.4. Tandheelkundige implantaten Omschrijving Het plaatsen van tandheelkundige implantaten in een ernstig geslonken tandenloze kaak ter ondersteuning van een (overkappings)prothese. Door Kaakchirurg, dit is een in Nederland gevestigde tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. De vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg geldt alleen voor de vrouwelijke verzekerde. 2. Het kraamcentrum bepaalt het recht op het aantal kraamuren. Het toegekende aantal uren is afhankelijk van de noodzakelijke zorg voor moeder en kind. 3. De kraamzorg moet ten minste 4 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum worden aangevraagd via Univé Kraamzorg (telefoon: 0800-8998099 gratis). 4. Voorwaarde voor de geboorteutkering is dat de verzekerde zelf heeft voorzien in professionele kraamzorg door een verpleegkundige, dan wel kraamverzorgende. Om voor de geboorteutkering in aanmerking te komen dient na afloop van de kraamperiode een kopie van het diploma van de door de verzekerde gecontracteerde verpleegkundige of kraamverzorgende en een geboortekaartje te worden overlegd. 5. Op de vergoeding van de verpleegkosten is over een periode van 8 dagen, gerekend vanaf de dag van beval- 	Er is alleen recht op vergoeding wanneer er sprake is van: <ul style="list-style-type: none"> – een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo-en/of gnato- en/of palatoschisis); – of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking.

	voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.		eigen bijdrage van € 44,- per polis of € 22,- voor een alleenstaand verzekerde.
Vergoeding	Kosten van tandheelkundige implantaten en de kosten die verband houden met het inbrengen daarvan in de kaak.		2. Overeenkomstig worden de kosten vergoed van het medisch noodzakelijk vervoer naar en van een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de AWBZ is opgenomen, tenzij het vervoer betreft in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.
Machtiging	Ja, vooraf.		3. Indien Univé met de vervoerder een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Indien geen tarief is overeengekomen met de vervoerder vindt vergoeding plaats volgens de "Lijst maximale vergoedingen voor Zittend Ziekenvervoer". Deze regel treedt in werking zodra de "Lijst maximale vergoedingen voor Zittend Ziekenvervoer" door Univé is vastgesteld.
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bij de aanvraag dient een goedgekeurd behandelplan te worden gevoegd. 2. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar, of onnodig gecompliceerd is. 3. De vergoeding beperkt zich tot het honorarium van de kaakchirurg, de anesthesist en de bijkomende ziekenhuiskosten. 4. De meso-/suprastructuur en (overkappings)prothese worden niet vergoed. 5. De kosten van de prothese worden vergoed conform artikel 6.9.5.. 6. Er is alleen recht op vergoeding wanneer: <ul style="list-style-type: none"> - de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak en; - de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese. 	3.14. Erfelijkheidsonderzoek	
3.12.5.	<i>Tandheelkundige zorg aan verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap</i>	Omschrijving	Zorg in een centrum voor erfelijkheidsadvies. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.
Omschrijving	Wanneer door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere, dan de normaal gebruikelijke, tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is.	Vergoeding	Volledig.
Vergoeding	Vergoeding van kosten onder de door Univé gestelde voorwaarden.	Verwijzing	Door huisarts of medisch specialist.
Machtiging	Ja, vooraf.	Bijzonderheden	Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde kan tevens onderzoek plaatsvinden bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan eveneens advisering plaatsvinden. De kosten van laatstgenoemde onderzoeken komen voor rekening (van de verzekeraars) van de onderzochte andere personen.
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vergoedingen onder 3.12.1. zijn hier niet van toepassing. 2. Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. 	3.15. Audiologische zorg	
3.13. Ambulancevervoer en Zittend ziekenvervoer		Omschrijving	Onderzoek naar de gehoorfunctie, advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.
3.13.1. <i>Ambulancevervoer</i>		Door	Een audiologisch centrum.
Omschrijving	Medisch noodzakelijk wegvervoer van zieken en gewonden per ambulance zowel naar als van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, kraamcentrum of een instrumentenmaker voor het aanpassen van een prothese.	Vergoeding	Volledig.
Vergoeding	Volledige vergoeding voor ambulancevervoer.	Verwijzing door	Huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het ambulancevervoer dient verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten krachtens de hoofdverzekering - en met inachtneming van het eigen risico - geheel of gedeeltelijk voor rekening van Univé komen, daaronder begrepen de kosten die voor vergoeding krachtens de AWBZ in aanmerking (kunnen) komen; 2. Er bestaat uitsluitend recht op ambulancevervoer indien en voor zover ander vervoer (openbaar vervoer, taxi of auto) om medische redenen niet verantwoord is; 3. Ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling is een AWBZ-verstrekking. 	Bijzonderheden	Het audiologisch centrum dient door de Nederlandse overheid te zijn erkend.
3.13.2. <i>Zittend Ziekenvervoer</i>		3.16. Leukemie bij kinderen	
Omschrijving	Vervoer per taxi of (huur)auto indien sprake is van vervoer: <ul style="list-style-type: none"> - van en naar nierdialyse; - van en naar chemo/radiotherapie; - van rolstoelgebruikers die geen aangepast vervoer hebben; - van visueel gehandicapten die niet zonder begeleiding kunnen reizen; - in verband met een langdurige ziekte of aandoening waardoor verzekerde langer dan vijf maanden minimaal twee keer per week is aangewezen op vervoer en de enkele reisafstand langer dan 25 kilometer is of de enkele reistijd minimaal 1 uur per auto is. 	Omschrijving	Centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.
Vergoeding	Volledige vergoeding voor vervoer per taxi; € 0,18 per kilometer voor (huur)auto.	Vergoeding	Volledig.
Voorschrift	Verwijzing van de huisarts is noodzakelijk.	Bijzonderheden	De kosten dienen te worden gedeclareerd door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).
Machtiging	Ja. Hierbij moet uit een verklaring van de huisarts blijken waarom medisch vervoer noodzakelijk is. Deze verklaring moet tezamen met een kopie van de afspraakkaart naar Univé worden gestuurd. Univé bepaalt of er gebruik mag worden gemaakt van taxi of eigen vervoer.	3.17. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Per kalenderjaar geldt voor de kosten van medisch noodzakelijk vervoer per taxi en/of (huur)auto een 	Omschrijving	Geneesmiddelen die voorkomen op de door Univé gehanteerde lijst Antroposofische- respectievelijk Homeopathische Geneesmiddelen gebaseerd op de KNMP-taxe. Deze lijst is bij de apothekers en apotheekhoudend huisartsen bekend.
		Door	Een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.
		Vergoeding	Volledig.
		Voorschrift van	Arts of klassiek homeopaat.
		Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er is alleen recht op vergoeding wanneer: <ul style="list-style-type: none"> - de arts die homeopathische geneesmiddelen voorschrijft lid is van de Vereniging Homeopathisch Artsen Nederland (VHAN) en/of hierover specifieke (contractuele) afspraken met Univé heeft gemaakt; - de klassiek homeopaat die homeopathische geneesmiddelen voorschrijft lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten; 2. Voor de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen geldt geen eigen risico.
		3.18. Flebologische behandeling	
		Omschrijving	Behandeling van aandoeningen van de bloedvaten.
		Door	Een arts.
		Vergoeding	80% van de kosten tot maximaal € 28,- per consult.
		Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. De kosten van de door de arts gegeven injecties zijn bij de vergoeding inbegrepen.

2. Genees- en verbandmiddelen via de apotheek betrokken, worden vergoed conform de Uniforme Regeling Farmaceutische Zorg (zie artikel 3.6.). Deze is op te vragen bij Univé.
3. Reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3.19. Sterilisatie en abortus

Vergoeding	Volledig.
Bijzonderheden	Vergoed worden kosten voor sterilisatie en abortus in het ziekenhuis.

3.20. In Vitro Fertilisatie (IVF)

Omschrijving	Kosten van een behandeling In Vitro Fertilisatie.
Door	Vergunninghoudend ziekenhuis.
Vergoeding	Volledige vergoeding voor de 2e en 3e behandeling IVF voor de totale duur van de verzekering van de vrouw.
Machtiging	Ja, vooraf.
Bijzonderheden	Er dient aan de volgende voorwaarden te worden voldaan: <ul style="list-style-type: none"> – er is sprake van een alom geaccepteerde medische indicatie; – de behandeling vindt plaats in één van de daarvoor aangewezen ziekenhuizen; – de verzekerde vrouw is niet ouder dan 40 jaar; – IVF vindt niet plaats na een sterilisatie.

3.21. Ergotherapie

Omschrijving	Advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of herstellen.
Door	Een in Nederland gevestigde ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" en die een overeenkomst heeft gesloten met Univé.
Vergoeding	Maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar.
Voorschrift van	Huisarts of medisch-specialist.
Bijzonderheden	Zorg kan worden verleend in de behandelruimte van de ergotherapeut of bij de verzekerde thuis.

3.22. Dieetadvisering

Omschrijving	Dieetadvisering gegeven door vrijgevestigde diëtisten.
Door	Een in Nederland gevestigde diëtist die voldoet aan de opleidingseisen in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
Vergoeding	Maximaal 4 uur per verzekerde per kalenderjaar.
Verwijzing	Ja, door tandarts of arts.
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. De dieetadvisering maakt deel uit van een medische behandeling waarbij voedingsgedrag een rol speelt. 2. De kosten van voedingsmiddelen en dieetpreparaten, ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven, worden op grond van dit artikel niet vergoed.

Artikel 4 Aanspraken in het buitenland

De in de polis vermelde woorden die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie zijn niet van toepassing op dit polisartikel.

4.1. Geneeskundige zorg tijdens vakantie in het buitenland gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden

4.1.1. Medisch spoedeisende hulp

Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> – medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis gepaard gaande met opname gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval; – medisch-specialistische zorg zonder opname; – behandeling door een huisarts; – farmaceutische zorg op voorschrift van een huisarts of een medisch-specialist; – overige spoedeisende medisch-specialistische niet-klinische zorg, als omschreven in artikel 3, die gemaakt zijn tijdens vakantie in het buitenland, zijn waar ook ter wereld gedekt.
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verzekerden zijn bij klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Univé Alarm Service, telefoon 0031206515111. De verzekerde heeft alleen aanspraak op vergoeding

- van de gedekte kosten als hij zich houdt aan de adviezen van de Univé Alarm Service.
2. In geval van opname in een ziekenhuis is de dekking beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval.
 3. Onder ziektegeval wordt verstaan: iedere ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.
 4. Niet gedekt zijn kosten die verband houden met een opname en/of medische behandeling die uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf in het buitenland.
 5. De vergoeding van de gedekte kosten gebeurt tegen de omrekeningskoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door de zorgverlener zijn uitgeschreven.
 6. Om voor uitkering in aanmerking te komen moet de verzekerde behoorlijk gespecificeerde rekeningen, alsmede de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen, overleggen.
 7. Nota's van zorgverleners in het buitenland dient u eerst zelf te voldoen indien het totaalbedrag lager is dan € 225,-. Bij hogere bedragen kunnen wij voor rechtstreekse betaling zorgdragen.
 8. Indien de verzekerde beschikt over een aanvullende module bestaat recht op vergoeding van tandheelkundige zorg in het buitenland conform artikel 6.9.1..
 9. Onder niet-klinisch medisch-specialistische zorg wordt verstaan:
 - a. Het onderzoek en/of de behandeling door een medisch-specialist dat/die niet plaatsvindt tijdens een ziekenhuisverpleging van meer dan 24 uur;
 - b. De diensten die in rechtstreeks verband met dit onderzoek of deze behandeling op voorschrift van de medisch-specialist worden verleend door een ziekenhuis of door een erkend laboratorium.

4.1.2. Medisch noodzakelijk vervoer

Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> – kosten van medisch noodzakelijk vervoer, conform het bepaalde in artikel 3.13., naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis; – kosten van medisch noodzakelijk vervoer van verblijfplaats naar Nederland (repatriëring) tot ten hoogste € 4.538,-; – vervoerskosten van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland tot ten hoogste € 4.538,-.
Machtiging	Ja, bij repatriëring vooraf.
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. De maximale vergoeding voor repatriëring is inclusief de kosten van noodzakelijke medische begeleiding. 2. Medische noodzaak is de noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten.

4.2. Geneeskundige zorg bij vestiging in het buitenland zoals bedoeld in artikel 15

4.2.1. Medische hulp

Vergoeding	De kosten worden vergoed volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, waarbij het niveau van de zorg vergelijkbaar dient te zijn met de in Nederland geboden zorg.
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verzekerden die woonachtig zijn buiten Europa zijn bij een klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Univé Alarm Service, telefoon 0031 20 65 15 111. De verzekerde heeft alleen aanspraak op vergoeding van de gedekte kosten als hij zich houdt aan de adviezen van de Univé Alarm Service. 2. In geval van opname in een ziekenhuis is de dekking beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval. 3. Onder ziektegeval wordt verstaan: iedere ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval. 4. Er geldt geen aanspraak voor geneeskundige behandeling en verzorging buiten het land van vestiging voorzover deze geneeskundige behandeling en verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf aldaar, tenzij vóór de aanvang van de reis een machtiging daartoe is verstrekt door Univé. 5. Vergoedingen of tegemoetkomingen met een gezamenlijke waarde onder € 225,- worden alleen betaalbaar gesteld op een bankrekening in Nederland. Bij het ontbreken daarvan vindt vergoeding of tegemoetkoming plaats op een door verzekerde aangegeven wijze, onder aftrek van de kosten van het internationaal betalingsverkeer en verrekening van eventuele valutaverschillen. 6. Afzonderlijke betalingen van bedragen lager dan € 225,- worden vanuit Nederland niet rechtstreeks aan een zorgverlener in het buitenland betaald. 7. De vergoeding van de gedekte kosten gebeurt in Nederland in euro's tegen de omrekeningskoers op de

	dag waarop de desbetreffende rekeningen door de zorgverlener zijn uitgeschreven.		
4.2.2.	<i>Medisch noodzakelijk vervoer</i>		
Vergoeding	De kosten van medisch noodzakelijk vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis worden volledig vergoed. De kosten van medisch noodzakelijk vervoer van de verblijfplaats naar het land van vestiging (repatriëring) zijn per verzekerde gedekt tot ten hoogste € 4.538,- inclusief de kosten van noodzakelijk medische begeleiding. De vervoerskosten van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar het land van vestiging zijn ook gedekt tot ten hoogste € 4.538,-.		
Bijzonderheden	1. In geval van repatriëring is voorafgaande toestemming door Univé noodzakelijk. 2. In geval van repatriëring of vervoer van een stoffelijk overschot dient zo spoedig mogelijk contact opgenomen te worden met de Univé Alarm Service, telefoon 0031 20 65 15 111.		
4.3.	Zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie		
Vergoeding	Vergoeding van de kosten van zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie bedraagt ten hoogste 100% van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS zou zijn vergoed. De kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer of zittend ziekenvervoer worden in dat geval conform het bepaalde in artikel 3.13. vergoed tot het bedrag dat gelijk is aan de kosten van vervoer tussen de woonplaats van de verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend, indien deze in Nederland zou zijn geboden.		
Bijzonderheden	1. Het is aan te bevelen dat de verzekerde in een voorkomend geval van te voren met Univé contact opneemt, opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval. 2. Nota's van zorgverleners in het buitenland dient u eerst zelf te voldoen indien het totaalbedrag lager is dan € 225,-. Bij hogere bedragen kunnen wij voor rechtstreekse betaling zorgdragen.		
Artikel 5	Aanvullende klassenverzekering		
Vergoeding	Het verschil in kosten van de verpleegtarieven tussen de derde klasse en de verzekerde klasse.		
Bijzonderheden	1. Indien de verzekerde bij een ziekenhuisopname in de derde klasse wordt verpleegd, terwijl hij voor een hogere klasse is verzekerd, ontstaat na aanvraag door de verzekerde een recht op vergoeding van € 28,- per ligdag, tot een maximum van 15 ligdagen per opname. 2. Klassenverpleging is niet in elk Nederlands ziekenhuis mogelijk en soms is bij opname geen klassenfaciliteit beschikbaar. Het toewijzen van klassenfaciliteiten is uitsluitend voorbehouden aan de ziekenhuizen zelf. Univé kan geen garantie geven dat u bij ziekenhuisopname daadwerkelijk klassenverpleging kunt genieten.		
Artikel 6	Aanvullende Verzekering Module 1		
6.1	Omvang van de dekking		
Omschrijving	Aan verzekerden die naast de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS ook de aanvullende verzekering Module 1 hebben afgesloten, vergoedt Univé, indien medisch noodzakelijk, naast de vergoedingen zoals beschreven in de vorige artikelen de hieronder genoemde medische behandelingen en middelen. De vergoedingen zijn gebaseerd op het door of namens Univé met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Wanneer er geen tarief overeen is gekomen dan vergoedt Univé de kosten op basis van het rechtsgeldige (CTG)-tarief, tenzij in de artikelen anders is aangegeven.		
6.2.	Psoriasisbehandeling		
Omschrijving	(Dag)behandeling in een gespecialiseerd centrum in Nederland of behandeling met UV-B bruikleenapparatuur.		
Vergoeding	(Dag)behandeling of vergoeding behandeling met UV-B bruikleenapparatuur tot maximaal € 454,- per kalenderjaar, waarvan voor een (dag)behandeling maximaal € 28,- per dag wordt vergoed.		
Verwijzing	Door dermatoloog.		
Machtiging	Ja, vooraf.		
Bijzonderheden	1. De bruikleenapparatuur dient afkomstig te zijn van een door Univé aangewezen leverancier. 2. De verwijzing van de dermatoloog moet voorzien zijn van een gemotiveerde aanvraag.		
6.3.	Oedeemtherapie		
Door	Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die als zodanig staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.		
Vergoeding	Maximaal € 14,- per behandeling.		
Verwijzing	Behandelend medisch-specialist.		
Machtiging	Ja, vooraf.		
Bijzonderheden	Er worden ten hoogste 10 behandelingen per kalenderjaar per verzekerde vergoed.		
6.4.	Stottertherapie		
Door	Een door Univé erkend instituut.		
Vergoeding	80% tot maximaal € 908,- voor de totale duur van de verzekering.		
Machtiging	Ja, vooraf.		
Bijzonderheden	Bijkomende kosten, zoals reis- of verblijfkosten, worden niet vergoed.		
6.5.	Reiskosten bezoek aan ernstig zieke kinderen		
Omschrijving	Indien een kind wegens ernstige (levensbedreigende) ziekte voor een behandeling wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 km is verwijderd van de woonplaats en de aanwezigheid van de ouders is voor de behandeling noodzakelijk, dan wordt vanaf de 10e dag van de opname een tegemoetkoming in de kosten gegeven.		
Vergoeding	€ 23,- per dag tot een maximum van € 138,- per opname.		
Voorschrift	Verklaring van behandelend arts.		
Bijzonderheden	1. Vergoeding wordt niet gelijktijdig gegeven met een vergoeding voor overnachting ingevolge artikel 6.15. 2. Vergoeding geldt uitsluitend voor ouders van kinderen tot maximaal 18 jaar.		
6.6.	Alternatieve geneeswijzen		
Omschrijving	De geneesmethode, anders dan huisartsen- en specialistische hulp, voorzover toegepast door een in Nederland gevestigde: – en geregistreerde arts voor natuurgeneeskunde, homeopathie, (ortho-)manuele geneeskunde of Moerman- en enzymtherapie; – acupuncturist die is geregistreerd bij de N.G.V.A., de N.A.A.V., het HWA TO Centre, de N.V.A., de N.A.A.S. (met een C-diploma) of bij de beroepsvereniging NVTCG-Zhong; – osteopaat (D.O.) die is geregistreerd in het Nederlands register van Osteopaten; – chiropractor die is geregistreerd bij de Stichting Chiropractie Nederland (SCN)), de N.C.A. of de I.C.A.; – klassiek homeopaat die is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (N.V.K.H.); – manueel therapeut die is geregistreerd als gecertificeerd lid van de Vereniging Manueel Therapeuten (VMT).		
Vergoeding	Maximaal € 18,- per consult of behandeling (ongeacht de tijdsduur).		
Bijzonderheden	1. Per dag komt slechts 1 consult of behandeling voor vergoeding in aanmerking. 2. In totaal worden per verzekerde, per kalenderjaar, maximaal 20 consulten of behandelingen vergoed. 3. Binnen het maximum van 20 consulten/behandelingen worden per verzekerde, per kalenderjaar, maximaal 8 consulten voor behandelingen door een (ortho-)manueel geneeskundige, manueel therapeut, osteopaat en/of chiropractor vergoed. 4. Vergoeding wordt slechts gegeven voor consulten of behandelingen die op individuele basis door de arts/osteopaat/chiropractor/acupuncturist zelf zijn verleend. Dit betekent dat bijvoorbeeld consulten of behandelingen met een groeps karakter en consulten of behandelingen uitgevoerd door anderen (al dan niet onder verantwoording van de arts/osteopaat/chiropractor/acupuncturist) niet voor vergoeding in aanmerking komen.		
6.7.	Psychologische hulp		
Omschrijving	Zorg door een in Nederland gevestigde psycholoog die werkzaam is in de eerste lijn en als gezondheidspsycholoog geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.		
Vergoeding	Maximaal 10 consulten per kalenderjaar tot ten hoogste een bedrag van € 25,- per consult.		

Bijzonderheden	De kosten van psychologische hulp worden slechts vergoed indien: <ul style="list-style-type: none"> - de behandeling plaatsvindt op verwijzing door de huisarts; - het kortstondige hulpverlening betreft door een psycholoog die werkzaam is in de eerste lijn en als gezondheidspsycholoog staat geregistreerd; - verwijzing naar en behandeling door het RIAGG of het maatschappelijk werk op korte termijn niet mogelijk is; - behandeling op een psychiatrische polikliniek of door een vrijgevestigde psychiater niet is aangewezen. 	3. Een tandprotheticus dient in Nederland gevestigd te zijn en opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
		4. In beide bovenstaande situaties heeft de verzekerde slechts één maal per 5 jaar recht op deze vergoeding, voorzover geen enkele aanspraak op vergoeding krachtens de hoofdverzekering bestaat.
		5. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het CTG goedgekeurde tarief in aanmerking.
6.8.	Kaakorthopedische behandelingen (orthodontie) voor kinderen tot 18 jaar	6.9.5. <i>Gedeeltelijke gebitsprothese</i>
Door	Orthodontist of tandarts (zie artikel 3.12.3.).	Door
Vergoeding	100% tot een maximum van € 681,-.	
Bijzonderheden	1. Vergoeding voor een orthodontist overeenkomstig het gedeponeerde specialistentarief, voor een tandarts overeenkomstig de goedgekeurde tarieven. 2. Het maximum van € 681,- geldt voor de totale duur van de verzekering voor kinderen tot 18 jaar.	Omschrijving
		Vergoeding van de kosten voor het vervaardigen of repareren van een partiële gebitsprothese door een tandprotheticus.
		Vergoeding <ul style="list-style-type: none"> - Vervaardigen partiële prothese 100% tot maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar. - Vervaardigen partiële frameprothese 100% tot maximaal € 175,- per verzekerde per kalenderjaar. - Rebasen/reparatie partiële (frame-)prothese 100% tot maximaal € 35,- per verzekerde per kalenderjaar.
6.9.	Tandheelkundige zorg	Bijzonderheden
6.9.1.	<i>Tandheelkundige zorg door een tandarts of mondhygiënist aan verzekerden vanaf 18 jaar</i>	Voor de vergoeding van de kosten van het vervaardigen of repareren van een partiële gebitsprothese door een tandarts zie artikel 6.9.1..
Door	Een tandarts en / of mondhygiënist, de mondhygiënist dient in Nederland gevestigd te zijn en te voldoen aan de eisen in het Besluit: "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".	6.10. Sport Medisch Adviescentrum
Vergoeding	75% van de kosten voor zorg verleend door een tandarts en/of mondhygiënist tezamen tot een maximum van € 225,- per verzekerde per kalenderjaar.	Omschrijving
Bijzonderheden	1. a. De mondhygiënistische behandeling dient plaats te vinden op advies van een tandarts of tandarts-specialist. b. Behandeling door een tandarts in het buitenland: Vergoeding wordt slechts gegeven als de nota is opgesteld in één van de volgende talen: Nederlands, Duits, Engels of Frans. 2. De techniekkosten behorende bij de behandelingen worden niet vergoed. 3. Volledige gebitsprotheses (zie artikel 6.9.4.) en zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt krachtens artikel 3 en 4 van de hoofdverzekering, vallen niet onder de vergoeding van dit artikel.	Omschrijving
		Consult of keuring bij een Sport Medisch Centrum aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Adviescentra in Nederland.
		Vergoeding
		Kosten tot maximaal € 23,- per consult of keuring.
		Bijzonderheden
		Per kalenderjaar komen maximaal 2 consulten of keuringen voor vergoeding in aanmerking.
		6.11. Pedicure voor diabetici en Podo(posturale)therapie
		Omschrijving
		Vergoeding van de kosten van therapiezolen, consulten en behandelingen.
		Door
		Podo(posturale) therapie: Een podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of staat geregistreerd in het A-register van het Omni Podo Genootschap. Pedicure: Een pedicure die beschikt over de aantekening 'diabetische voet'.
6.9.2.	<i>Verhoging maximale jaarlijkse vergoeding</i>	Vergoeding
Omschrijving	De verzekerde heeft de mogelijkheid tegen een aanvullende premie het genoemde bedrag van € 225,- te verhogen tot € 500,- of € 1.000,-.	Behandelingen, consulten en therapiezolen tot maximaal € 125,- per verzekerde per kalenderjaar.
Bijzonderheden	Verhoging van de dekking is mogelijk onder de volgende voorwaarden: <ul style="list-style-type: none"> - gunstige tandheelkundige keuring door Univé; - verhoging is alleen mogelijk per 1 januari volgend op de datum van aanvraag. 	Verwijzing door
		Behandelend medisch-specialist of arts.
6.9.3.	<i>Kosten voor kronen ten gevolge van een ongeval (voor kinderen jonger dan 18 jaar)</i>	6.12. Fysiotherapie/oefentherapie
Omschrijving	Kosten die een verzekerde jonger dan 18 jaar ten gevolge van een ongeval voor een kroon of brug moet maken. Onder ongeval wordt in dit verband verstaan: een niet opzettelijk van buiten komend onheil.	Omschrijving
Vergoeding	Volledig conform de goedgekeurde CTG-tarieven.	1. Zorg geleverd door een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.
Machtiging	Ja, vooraf.	2. Voor zorg als Manueel Therapie, Kinderfysiotherapie, Bekkentherapie en Oedeemtherapie dient de fysiotherapeut te voldoen aan bovengenoemde voorwaarden en tevens geregistreerd te staan in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
Bijzonderheden	Er moet geen recht op vergoeding bestaan op grond van artikel 3 en 4.	3. Zorg geleverd door een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
6.9.4.	<i>Volledige gebitsprothese (uitsluitend voor verzekerden met een tandeloze boven- en/of onderkaak)</i>	Vergoeding
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> - de kosten voor een volledige boven- en onderprothese (inclusief techniekkosten) worden tot maximaal € 364,- vergoed; - de kosten voor een volledige boven- of onderprothese (inclusief techniekkosten) worden tot maximaal € 182,- vergoed. 	75% tot max € 200,- voor behandelingen fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck.
Bijzonderheden	1. Vergoeding uitsluitend indien de prothese is aangemeten en geplaatst door een in Nederland gevestigde tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG. 2. De kosten voor een volledige boven- en onderprothese (inclusief techniekkosten) worden tot maximaal € 274,- vergoed en voor een volledige boven- of onderprothese (inclusief techniekkosten) € 137,-, indien de prothese is aangemeten en geplaatst door een tandprotheticus.	Voorschrift
		Voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck is verwijzing door huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist noodzakelijk, waarbij wordt aangegeven welke vorm van therapie geïndiceerd is.
		Bijzonderheden
		1. Verzekerden met een chronische aandoening - volgens een door VWS opgestelde lijst - kunnen na 9 behandelingen en voorafgaande toestemming van Univé de behandeling voortzetten voor rekening van de hoofdverzekering. 2. Onder behandelingen worden niet verstaan de toelagen buiten de reguliere werktijden, de niet curatieve groepszittingen, instructies aan derden, kosten (als gevolg) van niet nagekomen afspraken en opstellen van rapportages. 3. Niet vergoed worden kosten van o.a. haptonomie, zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sport-

	massage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele behandeling dan wel groepsbehandeling die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.		
	4. Geen recht op vergoeding bestaat indien aanspraak kan worden gemaakt op een vergoeding uit de hoofdverzekering.		
6.13.	Second Opinion		
Omschrijving	Het raadplegen van een tweede medisch-specialist die wordt geraadpleegd bij twijfel aan of ter bevestiging van een voorgenomen behandeling.	7.2.	Psoriasisbehandeling
Vergoeding	Volledige vergoeding van het honorarium.	Vergoeding	In plaats van de maximale vergoeding zoals omschreven in artikel 6.2. wordt per kalenderjaar maximaal € 545,- vergoed. De overige bepalingen van artikel 6.2. blijven onverminderd van kracht.
6.14.	Preventieve geneeskunde	7.3.	Oedeemtherapie
Omschrijving	Kosten voor onderzoek of behandeling van: hart- en bloedvaten, baarmoederhalskankeronderzoek d.m.v. uitstrijkje, borstkankeronderzoek d.m.v. röntgen en mammografie, cholesteroltest, prostaatkankeronderzoek, electrocardiogram (ECG). Tevens zijn de kosten van vaccinaties gedekt indien men uit medisch oogpunt behoort tot een risicogroep voor de volgende ziekten: griep, rode hond, hepatitis-B, Pneumococcon-infectie, Haemofilus Influenza-B.	Vergoeding	In plaats van de uitkering zoals omschreven in artikel 6.3. vergoeding tot een maximum van € 28,- per behandeling voor ten hoogste 20 behandelingen per kalenderjaar per verzekerde. De overige bepalingen van artikel 6.3. blijven onverminderd van kracht.
Door	Huisarts of medisch-specialist.	7.4.	Stottherapie
Vergoeding	Kosten van bovengenoemde onderzoeken of behandelingen.	Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.4. wordt een vergoeding verleend van 90% tot maximaal € 908,-. De overige bepalingen van artikel 6.4. blijven onverminderd van kracht.
6.15.	Verblijfskosten Ronald McDonaldhuis	7.5.	Reiskosten bezoek aan ernstig zieke kinderen
Omschrijving	Overnachting voor ouders van een meeverzekerd kind dat voor behandeling wordt opgenomen in het ziekenhuis.	Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.5. wordt een bedrag van € 23,- per dag vergoed tot een maximum van € 184,- per opname. De overige bepalingen van artikel 6.5. blijven onverminderd van kracht.
Vergoeding	Volledige vergoeding van de door het Ronald McDonald in rekening gebrachte kosten.	7.6.	Alternatieve geneeswijzen
Bijzonderheden	1. Indien de ouders overnachten in een door Univé aan een Ronald McDonaldhuis gelijkgestelde instelling, wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven van maximaal € 23,- per dag. 2. Vergoeding kan niet plaatsvinden indien gelijktijdig uitkering ingevolge artikel 6.5. wordt gedaan.	Vergoeding	In plaats van het in artikel 6.6. genoemde maximale vergoedingsbedrag van € 18,- geldt een maximaal vergoedingsbedrag van € 35,- per consult/behandeling. De overige bepalingen van artikel 6.6. blijven onverminderd van kracht.
6.16.	Hospicezorg	7.7.	Psychologische hulp
Omschrijving	Kortdurende opvang buitenshuis in daartoe specifiek ingerichte ruimtes waar ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven worden begeleid en verzorgd door professionele hulpverleners en/of vrijwilligers.	Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.7. wordt per kalenderjaar vergoeding gegeven voor maximaal 10 consulten per verzekerde tot ten hoogste een bedrag van € 37,50 per consult. De overige bepalingen van artikel 6.7. blijven onverminderd van kracht.
Door	Een hospice met een AWBZ-erkenning danwel een overeenkomst met het regionale zorgkantoor.	7.8.	Pedicure voor diabetici en Podo(posturale)therapie
Vergoeding	Tegemoetkoming in eigen bijdragen tot maximaal € 25,- per dag.	Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.11. worden behandelingen en consulten vergoed tot maximaal € 175,- per verzekerde per kalenderjaar. De overige bepalingen van artikel 6.11. blijven onverminderd van kracht.
Bijzonderheden	1. De vergoeding geldt niet voor eigen bijdragen bij opvang in een verpleeghuis, verzorgingshuis of ziekenhuis. 2. De vergoeding geldt voor ten hoogste een periode van 3 maanden. 3. Indien verlenging van de termijn van 3 maanden noodzakelijk is dan dient hierover contact opgenomen te worden met Univé.	7.9.	Kaakorthopedische behandelingen (orthodontie) voor kinderen tot 18 jaar
6.17.	Uitgestelde kraamzorg	Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.8., vergoeding voor 100% van de kosten van kaakorthopedische behandeling met een maximum van € 1.135,-. De overige bepalingen van artikel 6.8. blijven onverminderd van kracht.
Omschrijving	Indien de kraamvrouw en/of het kind op medische gronden na de bevalling langer dan 10 dagen in het ziekenhuis moet(en) verblijven, kan er uitgestelde kraamzorg worden aangevraagd voor het moment waarop moeder en kind thuishkomen.	7.10.	Bevalling en kraamzorg
Door	Een kraamcentrum, dat is een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten, alsmede een door Univé als zodanig erkende, instelling.	Omschrijving	In plaats van de in artikel 3.11 genoemde bedragen en uren kraamzorg worden onderstaande bedragen en uren kraamzorg vergoed. De overige bepalingen van artikel 3.11 blijven onverminderd van kracht.
Vergoeding	Maximaal 12 uur per kalenderjaar.	7.10.1.	<i>Bevalling in het ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een kraaminrichting, kraamhotel of thuis</i>
Verwijzing	Behandelend arts.	Vergoeding	– vergoeding gebruik polikliniek tot maximaal € 227,-; – vergoeding kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg van minimaal 24 uur tot maximaal 56 uur binnen een periode van 8 dagen, direct aansluitend op de bevalling of een geboorteutkering van € 1.044,-.
Bijzonderheden	1. Tevens bestaat recht op vergoeding, van maximaal 12 uur uitgestelde kraamzorg, voor verzekerden die een kind jonger dan 1 jaar adopteren. 2. Er bestaat alleen recht op uitgestelde kraamzorg na toestemming van Univé. De kraamzorg moet worden geregeld via Univé Kraamzorg (telefoon: 0800-8998099, gratis). Zij bepalen hoeveel uur uitgestelde kraamzorg er wordt toegekend.	7.10.2.	<i>Bevalling in het ziekenhuis met medische noodzaak</i>
Artikel 7	Aanvullende Verzekering Module 2	Vergoeding	Vergoeding kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg van minimaal 24 uur tot maximaal 56 uur binnen een periode van 8 dagen, direct aansluitend op de bevalling of een geboorteutkering van € 1.044,-.
7.1.	Omvang van de dekking	Bijzonderheden	Voor elke wegens ziekenhuisopname in rekening gebrachte verpleegdag (met uitzondering van de dag van ontslag) wordt het maximum aantal uren van 56 verminderd met 7 uur dan wel de geboorteutkering van maximaal € 1.044,- verminderd met € 130,50.
Vergoeding	Aan verzekerden die naast de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS ook de aanvullende verzekering Module 2		

7.10.3.	<i>Kraampakket</i>	Vergoeding	– maximale tegemoetkoming van € 69,- per verzekerde, per kalenderjaar in de aanschafkosten van brillenglazen en/of contactlenzen; – maximale vergoeding van € 35,- per kalenderjaar voor brilmonturen voor kinderen tot 18 jaar.
Vergoeding	Aanstaande moeders die op deze verzekering staan ingeschreven hebben vanaf de 4e maand van de zwangerschap recht op de verstrekking van een door Univé Kraamzorg (telefoon: 0800-8998099, gratis) verzorgd kraampakket.		
Bijzonderheden	Kraampakketten aangeschaft via andere instanties of via de detailhandel worden niet vergoed.		
7.11.	Ergotherapie		
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 3.21., worden per kalenderjaar maximaal 15 behandelingen vergoed. De overige bepalingen van artikel 3.21. blijven onverminderd van kracht.		
7.12.	Elektrische epilatie		
Omschrijving	Elektrische epilatie bij vrouwelijke verzekerden in geval van abnormale, ernstig ontsierende haargroei in het gelaat.		
Door	Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die als zodanig staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.		
Vergoeding	Eenmalige vergoeding van de kosten tot maximaal € 545,-.		
Machtiging	Ja, vooraf.		
Bijzonderheden	1. De eerste € 182,- komt voor eigen rekening van de verzekerde. 2. De huisarts of medisch-specialist dient een gemotiveerde aanvraag in te dienen.		
7.13.	Camouflagetherapie		
Omschrijving	Kosten van te volgen lessen en te gebruiken producten.		
Vergoeding	50% van de kosten.		
Machtiging	Ja, vooraf.		
Bijzonderheden	De huisarts, huidarts of plastisch chirurg dient een gemotiveerde aanvraag in te dienen.		
7.14.	Therapeutische kampen voor jongeren		
Omschrijving	Verblijf in een therapeutisch kamp voor jongeren met één van de volgende aandoeningen: astma, diabetes mellitus, longaandoening mucoviscidosis.		
Vergoeding	€ 7,- per dag gedurende maximaal 6 weken per kalenderjaar.		
Machtiging	Ja, vooraf.		
Bijzonderheden	De behandelend arts dient een gemotiveerde aanvraag in te dienen.		
7.15.	Hoortoestellen		
Vergoeding	Aanvullend op de vergoeding uit artikel 3.7. vergoeding van 75% tot maximaal € 114,- van het verschil tussen de aanschafprijs van het hoortoestel en de verleende vergoeding uit de hoofdverzekering.		
Bijzonderheden	Bovenstaande is een aanvulling op de vergoeding, conform de ministeriële Regeling Hulpmiddelen.		
7.16.	Pruiken		
Vergoeding	Aanvullend op de vergoeding uit artikel 3.7. vergoeding van 75% tot maximaal € 137,- van het verschil tussen de aanschafprijs van de pruik en de verleende vergoeding uit de hoofdverzekering.		
Bijzonderheden	Bovenstaande is een aanvulling op de vergoeding, conform de ministeriële Regeling Hulpmiddelen.		
7.17.	Plaswекkers		
Omschrijving	Vergoeding van de huur- of aanschafkosten van een plaswекker en bijbehorende bandage.		
Machtiging	Ja, vooraf.		
Vergoeding	€ 80,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.		
Bijzonderheden	Een gemotiveerde aanvraag door de behandelend arts is vereist.		
7.18.	Gezichtshulpmiddelen		
Omschrijving	Tegemoetkoming in brillenglazen en contactlenzen met een correctiewaarde van minimaal 8 (dioptrieën) per glas. Daarnaast geldt voor kinderen tot 18 jaar een tegemoetkoming in de aanschafkosten van brilmonturen.		
		Vergoeding	
		7.19.	Fysiotherapie/oefentherapie
			In plaats van het in artikel 6.12. genoemde maximale vergoedingsbedrag van € 200,- geldt een maximaal vergoedingsbedrag van € 400,- voor behandelingen fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck. De overige bepalingen van artikel 6.12. blijven onverminderd van kracht.
		7.20.	Anticonceptiemiddelen
		Omschrijving	Vergoeding van de anticonceptiepil, Implanon, het spiraaltje en pessarium voor vrouwen vanaf 21 jaar.
		Vergoeding	Anticonceptiepil en Implanon: Vergoeding gelijk aan de vergoeding zoals die geldt voor vrouwen tot 21 jaar conform de Regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland met inbegrip van het daarin vastgelegde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Spiraaltje en pessarium: Vergoeding gelijk aan de vergoeding zoals die geldt voor vrouwen tot 21 jaar conform de Ministeriële Regeling Hulpmiddelen en het door Univé nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen.
		7.21.	Overgangsconsulent
		Omschrijving	Voor problemen bij de overgang kunt u terecht bij een overgangsconsulent.
		Door	De overgangsconsulent is een gediplomeerde verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in de problematiek van de overgang.
		Vergoeding	75% tot maximaal € 100,- voor de totale duur van de verzekering.
		Bijzonderheden	Voor hulp informatie of een gericht advies kunt u contact opnemen met een overgangsconsulent bij u in de buurt telefoon 0900-1481 € 0,35 per minuut (website: www.careforwomen.nl).
		Artikel 8	Aanvullende Verzekering Module 3
		8.1.	Omvang van de dekking
		Vergoeding	Aan verzekerden die naast de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS ook de aanvullende verzekering Module 3 hebben afgesloten, vergoedt Univé, indien medisch noodzakelijk, in plaats van de vergoedingen zoals beschreven in de vorige artikelen de hieronder genoemde medische behandelingen en middelen. De vergoedingen zijn gebaseerd op het door of namens Univé met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Wanneer er geen tarief overeen is gekomen dan vergoedt Univé de kosten op basis van het rechtsgeldige (CTG)-tarief, tenzij in de artikelen anders is aangegeven.
		8.2.	Psoriasisbehandeling
		Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.2. wordt per kalenderjaar maximaal € 681,- vergoed. De overige bepalingen van artikel 6.2. blijven onverminderd van kracht.
		8.3.	Oedeemtherapie
		Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.3. geldt er een vergoeding van maximaal € 28,- per behandeling. Het in artikel 6.3 genoemde maximaal aantal consulten van 20 is niet van toepassing. De overige bepalingen van artikel 6.3. blijven onverminderd van kracht.
		8.4.	Stottertherapie
		Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.4. wordt volledige vergoeding verleend tot maximaal € 908,-. De overige bepalingen van artikel 6.4. blijven onverminderd van kracht.
		8.5.	Reiskosten bezoek aan ernstig zieke kinderen
		Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.5. wordt een bedrag van € 23,- per dag vergoed tot een maximum van € 230,- per opname. De overige bepalingen van artikel 6.5. blijven onverminderd van kracht.
		8.6.	Alternatieve geneeswijzen
		Vergoeding	In plaats van het in artikel 6.6. genoemde maximale vergoedingsbedrag van € 18,- geldt een maximaal vergoedingsbedrag van € 35,- per consult/behandeling.
		Bijzonderheden	1. Het in artikel 6.6. genoemde maximaal aantal consulten/behandelingen van 20 is niet van toepassing.

	2. Het in artikel 6.6. genoemde maximaal aantal van 8 behandelingen door een (ortho-)manuele geneeskundige, manueel therapeut, osteopaat en/of chiropractor blijft, evenals de overige bepalingen van artikel 6.6., onverminderd van kracht.		
8.7.	Psychologische hulp		
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.7. wordt per kalenderjaar vergoeding gegeven voor maximaal 10 consulten per verzekerde tot ten hoogste een bedrag van € 50,- per consult. De overige bepalingen van artikel 6.7. blijven onverminderd van kracht.	Omschrijving	De kosten van vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk voor verzekerden tot 18 jaar, waarbij de aanleiding voortvloeit uit psychische noodzaak.
8.8.	Pedicure voor diabetici en Podo(posturale) therapie	Vergoeding	75% van de kosten.
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.11. worden behandeling en consulten vergoed tot maximaal € 225,- per verzekerde, per kalenderjaar. De overige bepalingen van artikel 6.11. blijven onverminderd van kracht.	Machtiging	Ja, de behandelend plastisch chirurg dient vooraf gemotiveerde aanvraag in te dienen.
8.9.	Kaakorthopedische behandelingen (orthodontie) voor kinderen tot 18 jaar	Bijzonderheden	Vormverbeterende behandelingen van de geslachtorganen en borsten worden niet vergoed.
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.8., vergoeding voor 100% van de kosten van kaakorthopedische behandeling met een maximum van € 2.269,-. De overige bepalingen van artikel 6.8. blijven onverminderd van kracht.	8.16.	Steunzolen
8.10.	Bevalling en kraamzorg	Omschrijving	Voor een verzekerd kind tot 18 jaar, bestaat recht op een tegemoetkoming in de kosten van steunzolen.
Omschrijving	In plaats van de in artikel 3.11. genoemde bedragen en uren kraamzorg worden onderstaande bedragen en uren kraamzorg vergoed. De overige bepalingen van artikel 3.11. blijven onverminderd van kracht.	Door	Leveranciers (orthopedische instrument-/schoenmakerijen) die door Univé zijn erkend.
8.10.1.	<i>Bevalling in het ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een kraaminrichting, kraamhotel, poliklinisch of thuis</i>	Vergoeding	Maximaal € 46,- per kalenderjaar.
Vergoeding	– volledige vergoeding van de kosten van gebruik polikliniek; – vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg van minimaal 24 uur tot maximaal 64 uur binnen een periode van 8 dagen, direct aansluitend op de bevalling of een geboorteuiterking van € 1.180,-.	Voorschrift van	Huisarts of medisch specialist voorzien van medische indicatie.
8.10.2.	<i>Bevalling in het ziekenhuis met medische noodzaak</i>	8.17.	Herstellingsoord
Vergoeding	– volledige vergoeding van de eigen bijdrage van € 29,- per ligdag per, door het ziekenhuis in rekening gebrachte, verpleegdag; – vergoeding kraamzorg thuis direct aansluitend op de bevalling maximaal 64 uur in 8 dagen geregeld door Univé Kraamzorg of een geboorteuiterking van € 1.180,-.	Omschrijving	Vergoeding van de verblijfkosten in een somatisch herstellingsoord, voorkomend op de door de Univé gehanteerde lijst van herstellingsoorde.
Bijzonderheden	Voor elke, wgens ziekenhuisopname in rekening gebrachte, verpleegdag (met uitzondering van de dag van ontslag) wordt het maximum aantal uren van 64 verminderd met 8 uur dan wel de geboorteuiterking van maximaal € 1.180,- verminderd met € 147,50.	Vergoeding	€ 23,- per dag met een maximum van € 920,- per kalenderjaar.
8.11.	Ergotherapie	Machtiging	Ja, vooraf.
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 3.21., worden er per kalenderjaar maximaal 20 behandeluren vergoed. De overige bepalingen van artikel 3.21. blijven onverminderd van kracht.	Bijzonderheden	1. De huisarts dient een gemotiveerde aanvraag in te dienen. 2. Kosten dienen niet onder de AWBZ te worden vergoed.
8.12.	Elektrische epilatie	8.18.	Acne-behandeling
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 7.12. is er recht op een maximum vergoeding van € 1.090,-. De overige bepalingen van artikel 7.12. blijven onverminderd van kracht.	Omschrijving	Behandeling bij ernstige vorm van acne.
8.13.	Camouflagetherapie	Door	Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die als zodanig staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 7.13., vergoeding van 75% van de te volgen lessen en te gebruiken producten. De overige bepalingen van artikel 7.13. blijven onverminderd van kracht.	Vergoeding	Eenmalige vergoeding tot ten hoogste € 182,-.
Machtiging	Ja, vooraf.	Machtiging	Ja, vooraf.
Bijzonderheden	De huisarts, huidarts of plastisch chirurg dient een gemotiveerde aanvraag in te dienen.	Bijzonderheden	De medisch adviseur van Univé beoordeelt of er een machtiging kan worden afgegeven.
8.14.	Therapeutische kampen voor jongeren	8.19.	Antroposofische geneeskunde
Vergoeding	In plaats van de vergoeding uit artikel 7.14., geldt een vergoeding van € 14,- per dag gedurende maximaal 6 weken per kalenderjaar. De overige bepalingen van artikel 7.14. blijven onverminderd van kracht.	Omschrijving	Geneeskunde die wordt uitgeoefend door artsen en therapeuten die zijn gecertificeerd of als zodanig erkend door de desbetreffende beroepsvereniging.
		Vergoeding	Maximaal € 908,- per kalenderjaar (zie ook bijzonderheden).
		Verwijzing door	Antroposofische arts voor onder antroposofen erkende therapieën.
		Bijzonderheden	– 80% vergoeding van de kosten van visites, consulten en behandeling door een antroposofisch arts, die niet de huisarts van de verzekerde is en; – 100% vergoeding van de kosten van onder antroposofen erkende therapieën, op schriftelijke verwijzing van een antroposofisch arts, die als zodanig bekend is bij de specifieke beroepsgemeenschap.
		8.20.	Cursussen kruiswerk-/thuiszorgorganisaties
		Omschrijving	Vergoeding van de cursusprijs voor deelname aan (preventieve) cursussen gegeven door een AWBZ-erkende kruiswerk-/thuiszorgorganisatie, eventueel in samenwerking met RIAGG of GGD.
		Vergoeding	Maximaal € 46,- per kalenderjaar.
		Bijzonderheden	De vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van een bewijs van deelname (certificaat) alsmede een kopie van de nota van de cursus, of een kopie van giro- of bankafschrift waarop het cursusbedrag vermeld staat.
		8.21.	Aanvullende fysiotherapie/oefentherapie
			In plaats van de in artikel 6.12. genoemde vergoeding geldt een vergoeding van 100% tot maximaal € 600,- voor behandelingen fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck. De overige bepalingen van artikel 6.12. blijven onverminderd van kracht.

8.22.	Preventieve inenting bij reis naar buitenland
Omschrijving	Preventieve inenting en malariapillen in verband met een te maken buitenlandse reis.
Door	GGD, huisarts, Tropencentrum AMC of het Havenziekenhuis Travel Clinic.
Vergoeding	Maximaal € 100,- per verzekerde, per kalenderjaar.
8.23.	In Vitro Fertilisatie (IVF)
Omschrijving	Kosten van een behandeling In Vitro Fertilisatie.
Door	Vergunninghoudend ziekenhuis.
Vergoeding	100% tot maximaal € 3.000,- voor de eerste IVF-behandeling voor de totale duur van de verzekering van de vrouw.
Machtiging	Ja, vooraf.
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er dient aan de volgende voorwaarden te worden voldaan: <ul style="list-style-type: none"> – er is sprake van een alom geaccepteerde medische indicatie; – de behandeling vindt plaats in één van de daarvoor aangewezen ziekenhuizen; – de verzekerde vrouw is niet ouder dan 40 jaar; – IVF vindt niet plaats na een sterilisatie. 2. Na de 1e behandeling kan de verzekerde na voorafgaande toestemming van Univé de tweede en derde behandeling voortzetten voor rekening van de hoofdverzekering.
8.24.	Overgangsconsulent
	In plaats van het in artikel 7.21. genoemde maximale vergoedingsbedrag van € 100,- geldt een maximaal vergoedingsbedrag van € 200,- voor behandelingen door een overgangsconsulent. De overige bepalingen van artikel 3.13. blijven onverminderd van kracht.
8.25.	Aanvullende dieetadvisering
Vergoeding	Aanvullend op de vergoeding uit artikel 3.22. een extra vergoeding van maximaal 2 uur dieetadvisering per verzekerde per kalenderjaar. De overige bepalingen van artikel 3.22. blijven onverminderd van kracht.
8.26.	Tandheelkundige zorg door een tandarts of mondhygiënist aan verzekerden vanaf 18 jaar
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals beschreven in artikel 6.9.1 vergoeding van 75% van de kosten voor zorg verleend door een tandarts en/of mondhygiënist tezamen tot een maximum van € 225,- per verzekerde per kalenderjaar inclusief techniekkosten. De overige bepalingen van artikel 6.9.1. blijven onverminderd van kracht.
Artikel 9	Wat Univé niet vergoedt
	Univé vergoedt de volgende kosten niet:
9.1.	Voor een behandeling die verband houdt met een ziekte of afwijking die reeds vóór of bij het tot stand komen van de verzekering bestond en waarmee de verzekeringsnemer of de verzekerde op dat tijdstip al bekend was of daarvan klachten ondervond, indien Univé ten behoeve van een medische beoordeling heeft verzocht een gezondheidsverklaring in te vullen. Bovenstaande is eveneens van toepassing bij een wijziging van de verzekering. Het bovenstaande is niet van toepassing wanneer Univé van die ziekte, afwijking of klachten schriftelijk op de hoogte is gebracht en Univé bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen;
9.2.	Indien verzekerde – als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond – aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade, respectievelijk kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, is de verzekering op basis van de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS pas in de laatste plaats geldig. In een dergelijk geval zal alleen die schade door vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.
9.3.	– voor de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en van bevolkingsonderzoek. – voor zorg die een verstrekking vormt van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, maar die, vanwege het feit dat verzekerde woonachtig is in het buitenland, niet krachtens de AWBZ kan worden vergoed.
9.4.	Voor onderzoek en behandeling door een diëtist of psycholoog (uitgezonderd de vergoeding zoals omschreven in artikel 3.22. en 8.25., respectievelijk 6.7., 7.7. en 8.7.).
9.5.	Voor vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte,

	noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van vermindering ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking (uitgezonderd de vergoeding als omschreven in artikel 8.15.).
9.6.	Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd. Voor terrorisme is het clauseblad terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade NV (NHT) van toepassing. Zowel een omschrijving van de voornoemde definities als het clauseblad terrorismedekking is op aanvraag bij de verzekeraar verkrijgbaar.
9.7.	Atoomkernreacties
9.7.1.	Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.
9.7.2.	De uitsluiting onder 9.7.1. geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).
9.7.3.	Voorzover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt artikel 9.7.2. geen toepassing.
9.8.	Voor de kosten verband houdend met het inbrengen van implantaten in de kaak door een tandarts.
9.9.	Voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen sterilisatie.
9.10.	Voor declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken, keuringen, attesten, vaccinatie en periodiek algeheel onderzoek (uitgezonderd het gestelde in artikel 6.10., 6.14. en 8.22.).
9.11.	Voor geneeskundige kosten gemaakt tijdens verblijf in het buitenland, anders dan wegens vakantie, tenzij hierover met Univé schriftelijk andere afspraken zijn gemaakt (uitgezonderd het gestelde in artikel 4.2. of 4.3.).
9.12.	Indien de verzekerde naar het oordeel van Univé heeft gehandeld in strijd met de verzekeringsvoorwaarden of heeft nagelaten de voorschriften van de behandelend arts op te volgen.
9.13.	Voor verpleging op grond van sociale redenen.
9.14.	Voor geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland (uitgezonderd het gestelde in artikel 8.22.).
9.15.	Voor de behandeling van ziekten of ongevallen waarvan eerdere behandeling door de verzekerde tegen het advies van de behandelend arts in is afgebroken.
Artikel 10	Algemene voorwaarden
10.1.	Grondslag van de verzekering
10.1.1.	De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van het ingevulde en getekende aanvraagformulier, de schriftelijke gegevens die daarbij afzonderlijk verstrekt zijn en eventueel een medische keuring op grond van door de verzekerde verstrekte gegevens.
10.1.2.	Univé heeft het recht de nietigheid van de verzekeringsovereenkomst in te roepen, wanneer het aanvraagformulier onjuist, onvolledig is ingevuld en omstandigheden verzegen zijn die van die aard zijn, dat de overeenkomst niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten wanneer Univé wel op de hoogte was geweest van deze feiten. In deze situatie hoeft Univé geen uitkeringen te doen en kan de verzekering beëindigen. Al gedane uitkeringen sinds de ingangsdatum kunnen worden teruggevorderd en Univé is niet gehouden om de reeds betaalde premie te restitueren.
10.2.	Kinderen
10.2.1.	Voor kinderen die zijn geboren tijdens de duur van de verzekering en binnen twee maanden na hun geboorte zijn aangemeld, geldt dat de verzekering tijdens de geboorte van kracht is, ongeacht eventuele ziekten of afwijkingen.

	Voorwaarde is wel dat alle daar voor in aanmerking komen- de kinderen bij Univé zijn meeverzekerd.				e. indien één van de gezinsleden wegens zijn gezondheid of leeftijd niet in de desbetreffende verzekering kan worden ingeschreven.
10.2.2.	Meeverzekerd kunnen worden: – de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar; – de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, en adoptiekinderen vanaf 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering krachtens de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (WTOS) of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud van kinderen ingevolge Artikel 6.1. en afdeling 6.4. van de Wet inkomstenbelasting 2001, jo. Artikel 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001.	10.8.4.			Univé mag de verzekering niet beëindigen, behalve in geval van verzwijging of onjuiste opgave als bedoeld in artikel 10.1., in geval van schorsing als bedoeld in artikel 13.3. en in geval van bedrog, op een door hem te bepalen tijdstip.
10.3.	Vrije keus Verzekerde is vrij in keuze van ziekenhuis, medisch-specia- list, huisarts, kaakchirurg, orthodontist, tandarts, verloskun- dige, kraamverzorgster, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist, ergotherapeut en apotheek mits de instelling of zorgverlener in Nederland gevestigd is.	10.8.5.			Onverminderd het bepaalde in lid 1 en 2 eindigt de verzeke- ring voor de verzekerde tussentijds: – op het tijdstip waarop deze niet meer in Nederland woonachtig is; – door overlijden van verzekerde; – ingeval het van kracht worden van een verplichte zie- kenfondsverzekering of van een publiekrechtelijke ziek- tekostenregeling en wel met ingang van de datum dat de verzekerde zijn rechten aan de inschrijving elders kan ontnemen. Verzekerde moet dit uiterlijk binnen twee maanden schriftelijk aan Univé melden door middel van een (kopie-)bewijs van inschrijving. Bij overschrijding van de termijn van twee maanden wordt de verzekering bij Univé beëindigd op de dag waarop de kopie van het bewijs van inschrijving door Univé is ontvangen; – door opzegging in verband met en-bloc wijzigen van de premie of polisvoorwaarden; – op een door Univé te bepalen dag door royement, als gevolg van achterstand in de betaling van aan Univé verschuldigde premie of kosten, dan wel naar het oor- deel van Univé, door de verzekerde op enigerlei wijze opzettelijk benadelen van Univé.
10.4.	Opname in een hogere dan de verzekerde klasse Bij opname in een hogere klasse wordt dekking verleend op basis van het rechtsgeldige tarief van de verzekerde klasse.				
10.5.	Begin en einde van de dekking De verzekerde heeft recht op vergoeding van de gedekte kosten, voorzover gemaakt tijdens de duur van de verzeke- ring. In het geval een declaratie betrekking heeft op een DBC, dan is de openingsdatum van de DBC bepalend voor de plaats waar deze gedeclareerd kan worden. Is de DBC geopend in de periode dat de verzekerde bij Univé is verze- kerd, dan worden de kosten van deze DBC, ook al is de ver- zekerde op het moment van declareren van deze DBC niet meer bij Univé verzekerd, door Univé vergoed. Is de DBC echter geopend in de periode dat de verzekerde nog niet bij Univé is verzekerd, dan worden de kosten van deze DBC, ook al is de verzekerde op het moment van declareren van deze DBC wel bij Univé verzekerd, niet door Univé vergoed.	10.8.6.			De medeverzekering eindigt voor kinderen op het moment waarop niet meer wordt voldaan aan het gestelde in artikel 10.2.2. Deze personen hebben het recht zich zelfstandig te verzekeren op dezelfde voorwaarden en tegen de geldende premie voor volwassenen.
10.6.	Telefonische en mondelinge informatie Geen beroep kan worden gedaan op telefonische of monde- linge informatie.	10.9.			Leeftijdsgrenzen 10.9.1. Het aangaan van een verzekering volgens één van de verze- keringsvormen kan slechts plaatsvinden als de voor die ver- zekering vorm bepaalde leeftijdsgrens niet is bereikt. Personen die de 65-jarige leeftijd hebben bereikt, kunnen uit- sluitend worden ingeschreven in de Standaard(pakket) polis.
10.7.	Wijziging persoonlijke omstandigheden De verzekeringsnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit de verzeke- ringsovereenkomst zo spoedig mogelijk, uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Univé te melden. Wijzigingen als bedoeld zijn ondermeer: – het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling; – verhuizing, huwelijk, samenwoning, (echt)scheiding, geboorte of overlijden, wijziging bank-/gironummer. Voor het nalaten van het hierboven bepaalde, draagt Univé geen enkel risico. Kennisgevingen aan de verze- keringsnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringsnemer te hebben bereikt.	10.9.2.			Bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd wordt de verzeke- ringsvorm omgezet in een Standaard(pakket)polis tegen de door de Minister van VWS vastgestelde premie. De omzet- ting vindt plaats per de eerste dag van de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt.
10.8.	Duur en einde van de verzekering 10.8.1. De verzekering wordt aangegaan voor de termijn van één jaar, met uitzondering van de verzekering die niet per 1 januari van een jaar is aangegaan. De laatstbedoelde ver- zekering geldt tot en met 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de verzekering is aangegaan. 10.8.2. De verzekering wordt na verloop van de in het eerste lid bedoelde termijn, alsmede telkens na verloop van een over- eenkomstig dit lid verlengde termijn, met één jaar verlengd, tenzij uiterlijk twee maanden voor de dag waarop die termijn is verstreken, van de verzekerde een schriftelijk verzoek om beëindiging van de verzekering is ontvangen. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk. 10.8.3. Aangaan en handhaving verzekering De verzekering moet worden aangegaan en gehandhaafd voor alle leden van het gezin. Deze verplichting geldt niet: a. voor gezinsleden die uit hoofde van hun functie recht hebben op geneeskundige verzorging; b. voor gezinsleden die verplicht verzekerd zijn ingevolge de Ziekenfondswet of een publiekrechtelijke ziekte- kostenverzekering (IZA, IZR, DGVP); c. voor een aanvullende klassenverzekering; d. voor gezinsleden die zelfstandig een studentenverze- kering bij Univé hebben afgesloten;	10.10.			Bescherming persoonsgegevens De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering of een financiële overeenkomst verstrekte persoonsgegevens wor- den door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en of financiële diensten en het beheren van de daaruit voort- vloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op deze verwerking van persoonsgegevens zijn de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens Univé van toepassing. In deze Gedragsregels worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergege- ven. De volledige tekst van de Gedragsregels kunt u opvra- gen bij N.V. Univé Zorg, Postbus 276, 1800 BJ Alkmaar, of via www.unive.nl .
		Artikel 11			Bijzondere voorwaarden Aanvullende Verzekering Module 1, 2 en 3
		11.1.			Univé schrijft iedere verzekerde die op de Ziektekosten- verzekering Particulier ZNS is ingeschreven op diens ver- zoek in, in de Aanvullende Verzekering Module 1, 2 of 3, met uitzondering van de in de volgende leden van dit artikel ver- melde situaties. In door Univé te bepalen omstandigheden kunnen ook anderen worden ingeschreven.
		11.2.			Univé schrijft een verzekerde van de Ziektekosten- verzekering Particulier ZNS slechts in de Aanvullende Verzekering Module 1, 2 of 3 in, wanneer het desbetreffende verzoek mede omvat alle op de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS ingeschreven gezinsleden. Deze gezinsle- den dienen dezelfde Aanvullende Verzekering Module aan te gaan als de verzekeringsnemer. Deze bepaling geldt niet voor een individueel aangevraagde verhoging van de tand- artsdekking (artikel 6.9.2.).
		11.3.			Indien de aanmelding voor de Aanvullende Verzekering- modules later plaats vindt dan de aanmelding voor de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS, is acceptatie pas mogelijk na gunstige medische beoordeling door Univé. Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van de verkla- ring van de verzekeringsnemer in het aanvraagformulier.

11.4.	Wijziging van de verzekeringsvorm naar een meer uitgebreide dekking dan wel een verhoging van het geldende maximale bedrag voor de tandartsdekking genoemd in artikel 6.9.2., dient schriftelijk te worden aangevraagd. Acceptatie is hierbij eerst mogelijk na gunstige medische en/of tandheelkundige beoordeling door Univé. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op de datum van de aanvraag.	12.3.5.	Indien een ziekenhuisopname niet eindigt in het jaar waarin de opname begon, zal slechts één maal het eigen risico in mindering worden gebracht, en wel in het jaar waarin de opname begon. Indien een DBC wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een eigen risico.
11.5.	Wijziging van de verzekeringsvorm naar een minder uitgebreide dekking dan wel een verlaging van de tandartsdekking (artikel 6.9.2.), dient schriftelijk te worden aangevraagd. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de inschrijvingsduur als bedoeld in artikel 10.8. lid 1 eindigt.	12.4.	Verrekening van het eigen risico
11.6.	Indien de aanmelding voor de Aanvullende Verzekeringsmodules later geschiedt dan voor de aanmelding voor de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS, vindt na gunstige medische beoordeling inschrijving plaats per de eerste van de maand volgend op de maand van aanmelding. Inschrijving met terugwerkende kracht is niet mogelijk.	12.4.1.	Door de verzekerde ingediende nota's, die betrekking hebben op een bepaald kalenderjaar, zullen door Univé worden vastgelegd. Zodra het gekozen eigen risicobedrag is overschreden zal het meerdere automatisch via het opgegeven bank- of girorekeningnummer worden uitbetaald.
11.7.	Univé kan de inschrijving weigeren indien de aspirant-verzekerde inschrijving verlangt op het moment waarop hij of zij op de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS ingeschreven gezinsleden reeds zorg behoeft, die qua aard en omvang behoort tot de vergoedingen ingevolge de Aanvullende Verzekeringsmodules.	12.4.2.	Bij opname, onderzoek en/of behandeling in een ziekenhuis kunnen alle nota's, die hierop betrekking hebben, door Univé rechtstreeks aan de inrichting of medisch-specialist worden voldaan.
Artikel 12	Schade en eigen risico	12.4.3.	Kosten die onder de reglementaire dekking vallen en rechtstreeks door de zorgverleners, (waarmee Univé hierover afspraken heeft gemaakt), of door verzekerden (die de declaratie niet eerst zelf hebben voldaan) bij Univé worden gedeclareerd, worden door Univé namens de verzekerde aan de zorgverleners vergoed. Voorzover de verzekerde krachtens de verzekeringsvoorwaarden niet voor 100% aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten voor de verleende zorg, o.a. vanwege een eigen risico of eigen bijdragen, vordert Univé deze niet gedekte kosten bij de verzekerde terug. De verrekening vindt op dezelfde wijze plaats als de premiebetaling voor de verzekering; wanneer verzekerde een machtiging heeft verleend tot automatische incasso van de premiebetaling, wordt hij geacht daarbij tevens machtiging te hebben verleend voor automatische incasso van deze vordering. In alle andere gevallen zal de terugvordering plaatsvinden door middel van een acceptgirokaart.
12.1.	Bijzondere verplichtingen van de verzekerde	12.4.4.	Bij beëindiging, wijziging of schorsing van de verzekering in de loop van het kalenderjaar zal geen restitutie dan wel vermindering van het eigen risico plaatsvinden.
	De verzekerde is verplicht:	Artikel 13	Premie en schorsing
	1. Aan Univé, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.	13.1.	Premiebetaling
	2. De originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat daaruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Univé is gehouden, binnen 60 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij Univé in te dienen.		De premies, kosten en bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen en bepalingen dienen bij voortuitbetaling te worden voldaan. Bij wijziging van de verzekering vindt per de datum van wijziging (her-) berekening c.q. restitutie plaats. Het is de verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van Univé te vorderen vergoedingen.
	3. Bij behandelingen waarvoor in de verzekeringsvoorwaarden een schriftelijke verwijzing vereist is, een verwijsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt, dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is (is geweest).	13.2.	Premieregeling
	4. Indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat toestemming van Univé vereist is, dan dienen deze behandelingen vooraf te worden aangevraagd en goedgekeurd te zijn.		Voor ten hoogste drie kinderen beneden de 18 jaar in een gezin is premie verschuldigd. Bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd vervalt de kinderpremie, per eerste van de maand volgend op de maand waarin men de 18-jarige leeftijd heeft bereikt. Voor studerende meeverzekerde kinderen van 18 tot 27 jaar geldt het speciale studententarief. Voor personen, die bij toetreding de leeftijd van 45 jaar hebben bereikt, is een door Univé te bepalen toeslag op de premie verschuldigd. De leeftijd en de woonplaats zijn op de ingangsdatum van de verzekering bepalend voor de hoogte van de premie gedurende het gehele kalenderjaar. Vervolgens zijn steeds de leeftijd en de woonplaats op 1 januari bepalend voor de hoogte van de premie gedurende het gehele kalenderjaar.
	5. Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft Univé geen kosten te vergoeden.	13.3.	Schorsing
12.2.	Vergoeding van nota's		Indien de verzekeringsnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, de kosten en terugbetaling van de door Univé direct aan de zorgverleners betaalde kosten ex artikel 12.4.3., kan Univé schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 17 dagen onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking vervalt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de openstaande vordering, zoals hiervoor omschreven. De verzekeringsnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen. Indien Univé maatregelen treft tot incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringsnemer. Behoudens in geval van beëindiging wordt de dekking weer van kracht op de dag volgende op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Univé zijn ontvangen. Indien de verschuldigde bedragen blijvend niet worden voldaan volgt roeyement van de verzekering.
	1. Verzekerde kosten worden in principe binnen 3 weken na ontvangst van de originele nota's vergoed.	13.4.	Teruggave van de premie
	2. Computernota's komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze door de hulpverlener zijn gewaarmerkt.		Teruggave van premie vindt slechts plaats over de nog niet verschenen termijn van het lopende kalenderjaar.
	3. Alleen originele nota's, voorzien van een bankrekeningnummer van de zorgverlener, komen voor vergoeding in aanmerking.		
12.3.	Bepaling eigen risico		
12.3.1.	Bij het aangaan van de verzekering en vervolgens telkens per 1 januari van enig jaar wordt het op de polis van toepassing zijnde eigen risico bepaald aan de hand van het aantal op de polis verzekerde volwassenen. Bij één volwassen verzekerde op de polis of bij het ontbreken van een volwassen verzekerde op de polis wordt het gekozen eigen risico gehalveerd. Het eigen risico heeft alleen betrekking op de dekking van de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS (waarvan de dekking is geregeld in artikel 3 en 4) en betreft een verhoging van de dekking eigen bijdragen. Nadat de totale kosten, die volgens de dekking krachtens artikel 3 en 4 in het reglement door Univé moeten worden betaald, in de loop van het kalenderjaar tot boven het eigen risico zijn gestegen, zal het meerdere door Univé worden uitgekeerd. De kosten van alle op het verzekeringsbewijs vermelde verzekerden worden samengeteld.		
12.3.2.	Van het eigen risico zijn uitgezonderd de tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden jonger dan 18 jaar (artikel 3.12.1), AWBZ-verstrekingen en de vergoedingen van de Aanvullende Verzekering Module 1, 2 en 3 (artikel 6, 7 en 8).		
12.3.3.	Voor een in de loop van een kalenderjaar ingegane verzekering zal het eigen risico naar evenredigheid van de nog niet verstreken termijn van het kalenderjaar worden vastgesteld.		
12.3.4.	Voor een reeds lopende verzekering, zal een wijziging in het eigen risico, na schriftelijke aanvraag en na goedkeuring		

- 13.5. Herziening van premie of voorwaarden**
- 13.5.1. Univé heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Univé vast te stellen datum. Univé doet van de voorgenomen herziening mededeling, in ieder geval voor de datum van ingang van de wijziging.
- 13.5.2. De verzekeringsnemer die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan de verzekering per de in artikel 13.5.1. genoemde datum beëindigen, mits Univé binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum een schriftelijke opzegging heeft ontvangen. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven.
- 13.5.3. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van de premie en/of voorwaarden die voortvloeit uit wettelijke regelingen of overheidsmaatregelen. Hieronder wordt tevens verstaan een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat.
- 13.5.4. Heeft Univé binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringsnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

Artikel 14 Collectieve contracten

- 14.1. Indien verzekerden bij Univé zijn ingeschreven via een collectief contract kunnen er naast of in tegenstelling tot de algemene verzekeringsvoorwaarden afwijkende regelingen van toepassing zijn, welke voorrang hebben boven de algemene verzekeringsvoorwaarden. Deze regelingen zijn vastgelegd in het collectieve contract dat bij de werkgever ter inzage ligt en kunnen o.a. betreffen:
- omvang van de dekking (artikel 3, 4, 6, 7 en 8);
 - premieregeling (artikel 13.2.);
 - duur van de verzekering (artikel 10.8.).
- 14.2. Indien in het collectieve contract is overeengekomen dat de collectief contractant zorgdraagt voor betaling van de premie, wordt hij geacht de premie namens de verzekeringsnemer te voldoen.
- 14.3. Indien dit in het collectief contract is overeengekomen geldt, naast de bepalingen in artikel 10.8., dat de verzekering eveneens eindigt:
- door beëindiging van het collectieve contract;
 - door beëindiging van het dienstverband van de verzekeringsnemer bij de collectief contractant.

Artikel 15 Vestiging in het buitenland

- 15.1. Bij vestiging in het buitenland kan de verzekering alleen worden voortgezet dan wel worden aangegaan als de (aspirant)-verzekerde direct voorafgaand aan definitieve vestiging in het buitenland minimaal één jaar bij Univé een ziektekostenverzekering heeft.
- 15.2. Bij vestiging in het buitenland is de verzekeringsnemer verplicht dit zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Univé mede te delen.
- 15.3. Bij vestiging in het buitenland geldt vanaf het moment dat de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is een aangepaste premie. De hoogte van de premie is afhankelijk van het land waar men zich vestigt. Tevens geldt een verplicht eigen risico van minimaal € 500,- (het eigen risico bedrag wordt gehalveerd als er één volwassene op de polis staat ingeschreven).
- 15.4. Bij definitieve terugkeer naar Nederland vervalt de aangepaste premie vanaf het moment dat de verzekerde staat ingeschreven in de burgerlijke stand van een Nederlandse gemeente. Als de verzekerde op het moment van definitieve terugkeer naar Nederland de 65-jarige leeftijd heeft bereikt, wordt de verzekeringsvorm omgezet in een Standaard(pakket)polis.
- 15.5. Indien verzekerden in het buitenland gevestigd zijn dan zijn de volgende artikelen niet van toepassing:
- zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie voor zover de verzekerde zich buiten de Europese Unie heeft gevestigd (artikel 4.3.);

Toepasselijk recht

Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

Klachten

Klachten die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden voorgelegd aan de N.V. Univé Zorg, afdeling klachten, beroep & bezwaar, Postbus 276, 1800 BJ Alkmaar, of aan de plaatselijke Onderlinge.

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor u niet bevredigend is, kunt u zich wenden tot de

Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Wanneer u geen gebruik wilt maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden binnen de bedrijfstak, of de

behandeling door het klachteninstituut niet bevredigend vindt, kunt u het geschil voorleggen aan de rechter.

- uitsluiting vergoeding kosten buitenland (artikel 9.11.);
- einde van de verzekering (artikel 10.8.5. eerste aandachtstreepje);
- leeftijdsgrens (artikel 10.9.1. en 10.9.2.).

Artikel 16 Geschillen en klachten

1. Indien de verzekerde zich niet met een beslissing kan verenigen, kan hij binnen één maand nadat de beslissing hem is meegedeeld, zijn bezwaren schriftelijk kenbaar maken aan Univé t.a.v. klachtbehandeling. Univé zal hierop binnen zes weken haar definitieve standpunt kenbaar maken.
2. Klachten kunnen, nadat zij kenbaar zijn gemaakt aan Univé, ook schriftelijk worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen te Den Haag. De Ombudsman kan bemiddelen bij klachten, maar brengt geen bindend advies uit.
3. Het bestuur beslist over geschillen en klachten. Indien de verzekerde het geschil aan de gewone rechter wil voorleggen, dient dit te geschieden binnen één maand na de uitspraak van het bestuur.
4. De Nederlandse zorgverzekeraars hebben regels opgesteld over de manier waarop zij hun taak opvatten en hoe zij zich willen gedragen. Deze regels zijn vastgelegd in de "Gedragscode van de zorgverzekeraar", waaraan Univé zich heeft verbonden. Een brochure over deze gedragscode is bij Univé op te vragen.

Artikel 17 Fraude

Omschrijving Het plegen of trachten te plegen en het doen of laten plegen van:

- valsheid in geschrifte;
- oplichting/bedrog;
- benadeling van schuldeisers of rechthebbenden;
- verduistering;

Door Organisaties en (rechts)personen die bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken zijn. Met als doel het onder valse voorwendsels/oneigenlijke gronden verkrijgen van een verzekeringsdekking, uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat.

- Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat:
- uw persoonsgegevens worden opgenomen in het Incidentenregister van Univé Verzekeringen;
 - in het geheel geen verzekeringsuitkering plaatsvindt;
 - de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
 - ook alle andere binnen de Univé-organisatie lopende verzekeringen zullen worden beëindigd;
 - er een registratie plaatsvindt in het tussen verzekeraars gangbare signaleringssysteem (e.e.a. conform het incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen);
 - eventueel uittekeerde schade wordt teruggevorderd en onderzoekskosten in rekening worden gebracht;
 - er in principe aangifte wordt gedaan bij de politie/justitie/ECD.

Artikel 18 Aansprakelijkheid van derden

- 18.1. Indien een derde voor de kosten, voortvloeiende uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde aansprakelijk is, is de verzekerde verplicht Univé kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, een en ander onverminderd het bepaalde in artikel 284 van het Wetboek van Koophandel.
- 18.2. Steeds wanneer bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel een derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens de verzekerde aangifte te geschieden bij Univé.
- 18.3. De verzekerde is verplicht, alvorens met een derde of met degene die voor of namens de derde optreedt –waaronder begrepen de verzekeraars van de derde-, een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, zich hieromtrent in verbinding te stellen met Univé.
- 18.4. In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van Univé met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt enigerlei regelingen treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor Univé in zijn rechten kan worden benadeeld.
- 18.5. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de vorige leden is de verzekerde tegenover Univé gehouden tot vergoeding van de schade die Univé daardoor lijdt.