

ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN Univé Zorg Buitenland polis (ingående 1 januari 2007)

Inhoudsopgave	Pagina
Artikel 1 Begripsomschrijving	1
Artikel 2 Algemene bepalingen	2
2.1. Grondslag van de verzekering	2
2.2. Bedenkperiode	2
2.3. Prestatiewijze	2
2.4. Mededelingsplicht	2
2.5. Aanvang en duur verzekering	2
2.6. Opzegging	3
2.7. Herziening van premie of voorwaarden	3
2.8. Opzegging of ontbinding door Univé	3
2.9. Beëindiging van rechtswege	3
2.10. Informatie en meldingsplicht	3
2.11. Premie	3
2.12. Eigen risico	3
2.13. Declaratie en betaling	4
2.14. Bijzondere verplichtingen van de verzekerde	4
2.15. Aansprakelijkheid van derden	4
2.16. Geschilbeslechting	4
2.17. Bescherming Persoonsgegevens	4
2.18. Fraude	4
2.19. Molest/Terrorisme	5
2.20. Overige bepalingen	5
Artikel 3 De verzekerde zorg	5
Artikel 4 Buitenland	12
Artikel 5 Uitsluitingen	12

INHOUD ARTIKELEN	Artikel	Lid	Pagina
Ambulancevervoer	3.7.	2	12
Audiologische zorg	3.2.	8	8
Buitenland	4.		12
Chronisch intermitterende beademing	3.2.	3	7
Dialyse	3.2.	1	7
Dieetadvisering	3.5.	4	10
Dieetpreparaten	3.3.	2	8
Erfelijkheidsonderzoek	3.2.	7	8
Ergotherapie	3.5.	3	10
Fysiotherapie	3.5.	1	10
Geneesmiddelen	3.3.	1	8
Huisartsenzorg	3.1.	1	5
Hulpmiddelen	3.4.	1	9
Kraamzorg	3.1.	5	6
Logopedie	3.5.	2	10
Medisch-specialistische zorg	3.1.	2	5
Mondzorg	3.6.		10
Oefentherapie	3.5.	1	10
Oncologische aandoeningen bij kinderen	3.2.	5	7
Revalidatie	3.2.	4	7
Transplantaties	3.2.	2	7
Trombosedienst	3.2.	6	7
Verbandmiddelen	3.4.	2	9
Verblijf	3.1.	3	6
Verloskundige zorg	3.1.	5	6
Verpleging	3.1.	4	6
Zittend ziekenvervoer	3.7.	1	12

Hoe leest u de voorwaarden

In de verzekeringsvoorwaarden wordt een limitatieve opsomming van de aanspraken gegeven. Alleen de beschreven aanspraken worden vergoed. De voorbeelden of verduidelijkingen in de verzekeringsovereenkomst dienen slechts ter illustratie. In geval van afwijking met de tekst van de artikelen gaan deze artikelen uitdrukkelijk voor.

Artikel 1 Begripsomschrijving

Univé

N.V. Univé Zorg.

(verder in alfabetische volgorde)

Algemeen

Zorgaanbieders die buiten Nederland zijn gevestigd, worden gelijkgesteld met Nederlandse zorgaanbieders indien zij voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten.

Bedrijfsarts

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

Buitenland

Buiten het woonland.

BurgerServiceNummer (BSN)

Een uniek identificerend persoonsnummer voor iedere burger waarmee de burger bij elk (digitale) loket in de publieke sector terecht kan.

Collectief contract

Overeenkomst gesloten tussen collectief contractant en Univé met betrekking tot de voorwaarden waaronder bepaalde personen een collectieve verzekering bij Univé kunnen afsluiten. Deze overeenkomst ligt bij de collectief contractant ter inzage. De collectief contractant is de natuurlijk- of rechtspersoon die een collectief contract met Univé heeft afgesloten.

Eigen bijdrage

Een vastgesteld bedrag/aandeel op de in de verzekeringsovereenkomst genoemde aanspraken op zorg, welke de verzekerde zelf dient te dragen alvorens aanspraak bestaat op het resterende deel.

Eigen risico

Het overeengekomen eigen risicobedrag dat (elk jaar) voor eigen rekening van de verzekeringsnemer komt en op de polis is vermeld.

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Gespecialiseerd leverancier

Een op medisch gebied in een bepaald hulpmiddel gespecialiseerde leverancier.

Gezondheidszorgpsycholoog

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

Incidentele zorg

Incidentele zorgverlening van een zorgaanbieder die niet de reguliere zorgaanbieder van de verzekerde is.

Kosten

De door de zorgaanbieder, de leverancier of de instelling waar de behandeling plaatsvindt te declareren tarieven, welke op grond van de door Univé overeengekomen tarieven in rekening mogen worden gebracht, dan wel de WVG-tarieven, dan wel de tarieven conform de Lijst maximale vergoedingen.

Medisch adviseur

De arts die Univé in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch gespecialiseerd leverancier

Een op medisch gebied in een bepaald hulpmiddel gespecialiseerde leverancier, die kennis heeft van de ziektebeelden waarvoor het hulpmiddel wordt ingezet.

Medisch speciaalzaak

Een op medisch gebied gerichte speciaalzaak met winkel of een op medisch gebied gericht postorderbedrijf.

NZa	De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bestaat sinds 1 oktober 2006. De NZa is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland. De organisatie ziet toe op zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, op zowel curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg (Care). Het doel daarbij is toegankelijke, betaalbare en goede zorg voor iedereen. De NZa komt voort uit het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) en ontleent haar taken aan de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Naast een overname van het takenpakket van CTG en CTZ richt de NZa zich op het pro-actief vaststellen van condities voor marktwerking en de handhaving daarvan.	Lid 8	uit van de verzekeringsovereenkomst. De Lijst van gecontracteerde zorgaanbieders, de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg en onderliggende reglementen liggen ter inzage bij Univé, zijn raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer (+31) (0)72-5277595 of via zorgvragen@unive.nl .
Polis	De akte waarin de tussen een verzekeringsnemer en Univé gesloten zorgverzekering is vastgelegd.	2.2.	Bedenkperiode
Spoedeisende zorg	Onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.	2.3.	Prestatiewijze
Verdragsland	Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte of Zwitserland.	Lid 1	De verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van de genoten zorg zoals omschreven in artikel 3 en 4 van de verzekeringsovereenkomst, voor zover gemaakt tijdens de duur van de verzekering.
Verzekerde	De persoon die als zodanig op de polis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.	Lid 2	De vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten is gelijk aan het tussen Univé en de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien Univé geen tarief is overeengekomen, is de vergoeding gelijk aan het WTG-tarief, indien op grond van het WTG geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door de NZa is goedgekeurd of vastgesteld. Indien Univé geen tarief overeengekomen is én er geen WTG-tarief van toepassing is dat uitsluitend in rekening mag worden gebracht, bedraagt de vergoeding ten hoogste het tarief dat naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Een eventuele eigen bijdrage of eigen risico komt voor rekening van de verzekerde.
Verzekeringsnemer	De persoon die de verzekeringsovereenkomst met Univé is aangegaan. Verzekeringsovereenkomst De overeenkomst tussen verzekeringsnemer en Univé.	Lid 3	De vergoeding van de kosten vindt in Nederland in euro's plaats tegen de omrekeningskoers op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden.
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgaanbieders omschreven. Internetadres: www.bigregister.nl .	Lid 4	De aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als omschreven in artikel 3 en 4 wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
WTG	De Wet Tarieven Gezondheidszorg regelt het wettelijke tarief dat door zorgaanbieders bij de ziektekostenverzekeraars mag worden gedeclareerd.	Lid 5	De verzekerde heeft slechts recht op vergoeding van de kosten van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC)	Een zelfstandig behandelcentrum is een kliniek, die voldoet aan de bij of krachtens wet gestelde regels, waarin minstens twee specialisten samenwerken. De functie van een zelfstandig behandelcentrum ligt vooral in de planbare (niet-spoedeisende) zorg waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen.	Lid 6	Recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat mits de zorg wordt verleend op een plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.
Ziekenhuis	Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.	Lid 7	De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevraagd.
Zorgaanbieder	Personen en instellingen in de gezondheidszorg die binnen het kader van deze overeenkomst zorg leveren.	Lid 8	Indien en voor zover Univé aan de zorgaanbieder een hoger bedrag voor de kosten van zorg of een andere dienst betaalt dan waarop de verzekerde recht heeft, wordt verzekerde geacht aan Univé te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van Univé van het door Univé aan de zorgaanbieder teveel betaalde bedrag.
Artikel 2 Algemene bepalingen		Lid 9	Zorgaanbieders die buiten Nederland zijn gevestigd worden gelijkgesteld met Nederlandse zorgaanbieders indien zij voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten.
2.1. Grondslag van de verzekering		2.4.	Mededelingsplicht
Lid 1	Deze verzekeringsovereenkomst kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekerden die niet verzekeringsplichtig zijn in de zin van artikel 1 onder e van de Zorgverzekeringswet, mits deze verzekerden voorafgaande aan de ingangsdatum van deze verzekering tenminste één kalenderjaar aaneengesloten bij Univé zijn verzekerd.	Lid 1	De verzekeringsnemer is verplicht voor het sluiten van de verzekeringsovereenkomst alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van Univé of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.
Lid 2	Het bestuur van Univé kan bepalen dat ook anderen dan de in lid 1 genoemde verzekerden in aanmerking kunnen komen voor deze verzekeringsovereenkomst.	Lid 2	Indien Univé ontdekt dat de verzekeringsnemer en/of verzekerde heeft gehandeld met het opzet haar te misleiden of indien Univé bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de verzekeringsovereenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang worden opgezegd.
Lid 3	Het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn op deze verzekeringsovereenkomst van toepassing.	2.5.	Aanvang en duur verzekering
Lid 4	De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van het ingevulde aanvraagformulier en de schriftelijke gegevens die daarbij afzonderlijk verstrekt zijn.	Lid 1	De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop Univé het verzoek van de verzekeringsnemer tot het sluiten
Lid 5	De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd in de polis. Univé stuurt de verzekeringsnemer voor het begin van ieder kalenderjaar een polis. Indien verzekerde een ander is dan de verzekeringsnemer ontvangt ook de verzekerde een polis.		
Lid 6	Naast de zorgpolis verstrekt Univé als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een bewijs van inschrijving, op vertoon waarvan de verzekerde zorg in Nederland kan inroepen waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat. Voor het inroepen van zorg in een ander land dan Nederland kan contact worden opgenomen met de Univé Alarmservice op nummer (+31) (0)20-6515111 of door de verzekerde zelf worden geregeld met inachtneming van de voorwaarden in artikel 4.		
Lid 7	Onderliggende reglementen en schriftelijke gegevens verstrekt door de verzekerde/verzekeringsnemer maken deel		

	van de verzekeringsovereenkomst heeft ontvangen. Verzekeringnemer en Univé kunnen een andere ingangsdatum overeenkomen.				onder meer het worden van verzekeringplichtig in de zin van artikel 1 onder e van de Zorgverzekeringswet, verhuizing, huwelijk, samenwoning, (echt-)scheiding, geboorte of wijziging bank-/gironummer. Voor het nalaten van het hierboven bepaalde, draagt Univé geen enkel risico. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
<i>Lid 2</i>	Indien Univé niet alle gegevens heeft ontvangen welke nodig zijn om het verzoek te behandelen, gaat de verzekeringsovereenkomst in op de dag waarop de verzekeringnemer aan het verzoek om nadere gegevens te overleggen, heeft voldaan.				
<i>Lid 3</i>	De looptijd van deze verzekeringsovereenkomst is één kalenderjaar.		<i>Lid 2</i>		In geval van overlijden van de verzekerde of verzekeringnemer heeft de rechtsopvolger van de overledene de meldingsplicht als bedoeld in lid 1. Desgevraagd vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
<i>Lid 4</i>	Indien de verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten in de loop van het kalenderjaar geldt, in afwijking van lid 2, een looptijd tot het einde van het volgende kalenderjaar.		<i>Lid 3</i>		Indien Univé op grond van de feiten en omstandigheden genoemd in lid 1 en 2 tot de conclusie komt dat de verzekeringsovereenkomst zal eindigen of geëindigd is, zal Univé dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld meedelen aan de verzekeringnemer.
<i>Lid 5</i>	De verzekeringsovereenkomst wordt na verloop van de in lid 2 en lid 3 bedoelde termijn, telkens met één jaar verlengd, tenzij de verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst vóór 1 november heeft opgezegd.		<i>Lid 4</i>		Voor een wettelijke vertegenwoordiger geldt een termijn van 4 maanden na de geboorte om een pasgeboren kind te verzekeren.
2.6.	Opzegging		<i>Lid 5</i>		De verzekeringnemer is verplicht bij opzegging van de verzekeringsovereenkomst aan Univé mee te delen wie de nieuwe verzekeraar is.
	De verzekeringnemer kan de verzekeringsovereenkomst voor 1 november van ieder jaar met ingang van het volgende kalenderjaar opzeggen.		2.11.	Premie	
2.7.	Herziening van premie of voorwaarden		<i>Lid 1</i>		De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen per maand bij vooruitbetaling te voldoen, tenzij anders is overeengekomen. Bij premiebetaling vooraf per jaar geldt een termijnbetalingkorting van 2% op de te betalen premie. Betaling van de premie per maand is slechts mogelijk onder machtiging van Univé tot automatische incasso.
<i>Lid 1</i>	Univé is bevoegd om eenzijdig wijzigingen aan te brengen in deze verzekeringsovereenkomst de Lijst van gecontracteerde zorgaanbieders, de Lijst maximale tarieven niet-gecontracteerde zorg en andere onderliggende reglementen.		<i>Lid 2</i>		De premiegrondslag is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 2.12 lid 3 of een in het collectief contract overeengekomen collectiviteitskorting geldt of zal gelden. Per werelddeel kan een toeslag gelden.
<i>Lid 2</i>	Een herziening van de voorwaarden in deze verzekeringsovereenkomst geschiedt 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.		<i>Lid 3</i>		De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag minus de kortingen voor het gekozen eigen risico en een eventuele collectiviteitskorting. De aldus berekende premie wordt in voorkomend geval verminderd met de termijnbetalingkorting als bedoeld in lid 1 van dit artikel.
<i>Lid 3</i>	Indien Univé de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst of de premie ten nadele van de verzekeringnemer wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.		<i>Lid 4</i>		De hoogte van de premiegrondslag, de eventueel toepasselijke kortingen en de verschuldigde premie worden vermeld in de premiebijlage.
<i>Lid 4</i>	Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de maand waarin deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.		<i>Lid 5</i>		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.
<i>Lid 5</i>	De verzekeringnemer kan de verzekeringsovereenkomst opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop Univé hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van premie heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.		<i>Lid 6</i>		Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Univé de dekking van de verzekeringsovereenkomst opschorten of de verzekeringsovereenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer na de vervalddag onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 30 dagen aanvangende de dag na aanmaning. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.
<i>Lid 6</i>	De verzekeringnemer kan niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de Zorgverzekeringswet gestelde regels.		<i>Lid 7</i>		De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Univé zijn ontvangen.
2.8.	Opzegging of ontbinding door Univé		<i>Lid 8</i>		Indien Univé maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.
	Univé kan in een situatie als genoemd in artikel 2.4. lid 2 en artikel 2.8. lid 7 de verzekeringsovereenkomst opzeggen of ontbinden.		2.12.	Eigen risico	
2.9.	Beëindiging van rechtswege		<i>Lid 1</i>		Op deze verzekeringsovereenkomst kan per kalenderjaar een eigen risico van toepassing zijn. Het per verzekerde gekozen eigen risico geldt voor verzekerden van 18 jaar en ouder en staat vermeld op de polis. Dit eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de verzekeringsovereenkomst aanspraak kan worden gemaakt. Eventuele eigen bijdragen tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
<i>Lid 1</i>	De verzekeringsovereenkomst eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop: <ul style="list-style-type: none"> a. De verzekerde verzekeringplichtig wordt in de zin van artikel 1 onder e van de Zorgverzekeringswet. b. Univé ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen ziektekostenverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren; c. De verzekerde overlijdt. 		<i>Lid 2</i>		De kosten van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en farmaceutische zorg vallen buiten het eigen risico.
<i>Lid 2</i>	Univé stelt de verzekeringnemer uiterlijk 2 maanden voordat de verzekeringsovereenkomst op grond van lid 1, onderdeel b eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.		<i>Lid 3</i>		Verzekeringnemer kan kiezen uit de mogelijkheden zonder eigen risico of een eigen risico van € 100,-, € 300,- of € 500,-. De bijbehorende korting op de grondslag van de premie is bij een eigen risico van € 100,- een bedrag van
2.10.	Informatie- en meldingsplichten				
<i>Lid 1</i>	De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging die invloed heeft op de rechten en plichten uit de verzekeringsovereenkomst zo spoedig mogelijk, uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Univé te melden. Wijzigingen zijn				

€ 4,-, bij een eigen risico van € 300,- een bedrag van € 10,- en bij een eigen risico van € 500,- een bedrag van € 17,50.

Lid 4 Indien Univé een of meer van de door hem aangeboden eigen risico's laat vervallen, geeft Univé de verzekeringsnemers voor wie die risico's werden gehanteerd, de mogelijkheid om te kiezen voor een verzekeringsovereenkomst met een lager of zonder eigen risico.

Lid 5 Indien de verzekeringsovereenkomst niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de verzekeringsovereenkomst zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.

Lid 6 In afwijking van lid 5 wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringsnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging reeds een verzekeringsovereenkomst met Univé had gesloten, als volgt berekend:

- ieder bedrag aan eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
- de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
- de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.

Lid 7 Verzekeringsnemer kan met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar kiezen voor een wijziging in de hoogte van het eigen risico of het vervallen van het eigen risico, mits Univé hiertoe twee maanden voor het einde van de verzekering van de verzekerde of verzekeringsnemer een schriftelijk of telefonisch verzoek heeft ontvangen.

Lid 8 Indien Univé rechtstreeks aan de zorgaanbieder de kosten van verleende zorg heeft vergoed, is de verzekerde het eventueel openstaande eigen risico verschuldigd aan Univé.

2.13. Declaratie en Betaling

Lid 1 Er vindt rechtstreekse declaratie en betaling tussen de zorgaanbieder en Univé plaats indien dit is overeengekomen tussen beide partijen.

Lid 2 Digitaal aangeleverde nota's komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze door de zorgaanbieder zijn gewaarmerkt.

Lid 3 Alleen originele nota's, voorzien van een bankrekeningnummer van de zorgaanbieder in Nederlands, Frans, Duits, Engels en Spaans, komen voor vergoeding in aanmerking.

Lid 4 Behoudens lid 1 vindt betaling plaats aan de verzekerde. Voor een juiste en snelle afhandeling van de nota's zijn de volgende gegevens op de nota nodig:

- BurgerServiceNummer en/of polisnummer;
- Een O rechtsboven wanneer er sprake is van een behandeling als gevolg van een ongeval.

Lid 5 Univé streeft ernaar de verzekerde kosten binnen drie weken na ontvangst van de originele nota's te vergoeden.

2.14. Bijzondere verplichtingen van de verzekerde

Lid 1 De verzekerde is verplicht:

- Bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart.
- De behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de arts of de medisch adviseur van Univé daarom vraagt.
- Aan Univé, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.
- Binnen redelijke termijn aan Univé te melden dat verzekerde gedetineerd is.
- Bij behandelingen waarvoor in de modelovereenkomst een schriftelijk voorschrift vereist is, een verwijfsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt, dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is (is geweest).
- Indien uit de modelovereenkomst blijkt dat (voorafgaande) schriftelijke toestemming van Univé vereist is, dan dienen deze behandelingen vooraf bij Univé te worden aangevraagd en door Univé te zijn goedgekeurd.

Lid 2 De verzekerde is verplicht in voorkomende gevallen 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 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de

behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen.

Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is.

Lid 3 Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft Univé geen kosten te vergoeden.

2.15. Aansprakelijkheid van derden

Lid 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.

Lid 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.

Lid 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.

Lid 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.

Lid 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.

Klachten en geschillen

2.16. Geschilbeslechting

Lid 1 Op deze verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Lid 2 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.

Lid 3 Indien de verzekerde zich niet met een beslissing kan verenigen, kan hij binnen 6 weken 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.

Lid 4 Nadat Univé in heroverweging een besluit heeft genomen, kan het geschil worden voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze instantie brengt een bindend advies uit.

Lid 5 Het gestelde in lid 1 en lid 2 doet niet af aan het recht van de verzekerde een geschil voor te leggen aan de burgerlijke rechter. Indien de verzekerde een geschil in een bodemprocedure aan de burgerlijke rechter heeft voorgelegd, blijft lid 2 buiten toepassing.

2.17. Bescherming Persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door Univé gevoerde persoonsregistratie. 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 weergegeven. De volledige tekst van de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens kunt u opvragen bij Univé Verzekeringen, Postbus 607, 8000 AP Zwolle of via www.unive.nl.

2.18. Fraude

Omschrijving Het plegen of trachten te plegen en het doen of 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 verzeke-

	<p>ringdekking, uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat.</p> <p>Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 uitgekeerde schade wordt teruggevorderd en onderzoekskosten in rekening worden gebracht; - er in principe aangifte wordt gedaan bij de politie/justitie/ECD. 	<p>Aanvullende voorwaarden</p> <p>Verzekerde dient op naam van een huisarts of arts die verzekerde voorziet van zorg zoals huisartsen die plegen te verlenen ingeschreven te worden.</p>
		<p>Aanspraak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2. 2. In afwijking van het voorgaande lid wordt het passantentarief slechts vergoed indien het spoedeisende of incidentele zorg binnen de reguliere praktijken betreft en de zorg wordt geleverd door een (huis)arts die gevestigd is buiten de woonplaats van de verzekerde.
		<p>Lid 2</p> <p><i>Medisch-specialistische zorg</i></p>
		<p>Omschrijving</p> <p>Medisch-specialistische zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden als bedoeld in artikel 3.6., alsmede de bij de behandeling horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Zie voor de vergoeding van de kosten voor een in-vitrofertilisatiepoging de uitsluitingen in dit artikel.</p>
2.19. Molest/ terrorisme		
Lid 1	<p>Op grond van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 mogen schadeverzekeraars geen schaden verzekeren veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij. Dit 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.</p>	<p>Door</p> <p>Medisch-specialistische zorg dient te worden verleend door een medisch-specialist, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst of, na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder.</p>
Lid 2	<p>Indien de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij (NHT) voor Terrorismeschaden N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Een omschrijving van de definities en het clausuleblad terrorismedekking is bij Univé verkrijgbaar.</p>	<p>Waar</p> <p>Medisch-specialistische zorg dient plaats te vinden in een ziekenhuis, de praktijk van de medisch-specialist, zelfstandig behandelcentrum (ZBC), een revalidatie-instelling of, na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen instelling.</p> <p>Voorschrift-vereisten</p> <p>Voor medisch-specialistische zorg is een voorschrift van de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, de bedrijfsarts of de medisch-specialist noodzakelijk. Dit geldt niet voor acute zorg. Indien het verloskundige zorg betreft mag ook worden verwezen door de verloskundige. Indien medisch-specialistische zorg plaatsvindt op voorschrift van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbo-dienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden, een overeenkomst heeft gesloten.</p> <p>Toestemmings-vereisten</p> <p>Voorafgaande schriftelijk toestemming van Univé is vereist voor medisch-specialistische behandelingen zoals omschreven in het Reglement medisch-specialistische zorg. Het door Univé opgestelde Reglement medisch-specialistische zorg maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer (+31) (0)72-5277595 of via zorgvragen@unive.nl.</p>
2.20. Overige bepalingen		
Lid 1	<p>In niet in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde gevallen, beslist het bestuur van Univé.</p>	
Lid 2	<p>Met de vaststelling van deze voorwaarden vervallen de eerder vastgestelde verzekeringsvoorwaarden van deze verzekering.</p>	
Artikel 3 De verzekerde zorg		
3.1. Geneeskundige zorg		
Omschrijving	<p>Geneeskundige zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden. Geneeskundige zorg omvat niet het vaccineren ten behoeve van grieppreventie.</p>	
Lid 1	<p><i>Huisartsenzorg</i></p>	
Omschrijving	<p>Huisartsenzorg omvat vergoeding van de kosten voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geneeskundige zorg zoals de hierna te noemen zorgverleners die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek. <ul style="list-style-type: none"> - huisarts; of - aan huisarts gelijk te stellen arts; - arts/zorgverlener die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. - Medisch-specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover Univé en de huisarts overeenstemming hebben bereikt. 	<p>Aanvullende voorwaarden</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg indien die strekt tot correctie van: <ul style="list-style-type: none"> - afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen; - verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting; - verlamde of verslapt bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening; - de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepletten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen; - uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.
Door	<p>Huisartsenzorg dient te worden verleend door:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. een huisarts die als zodanig is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG); 2. een verpleeghuisarts die als zodanig is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG; 3. een bedrijfsarts die als zodanig is ingeschreven in het register van de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG; 4. een arts voor verstandelijk gehandicapten die als zodanig is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG; 5. een arts/zorgverlener die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is, zoals een praktijkondersteuner. 	<p>Aanspraak</p> <p>Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.</p> <p><i>Uitgesloten behandelingen:</i></p> <p>Geen aanspraak op vergoeding van de kosten van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - behandelingen - daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de eerste, tweede en derde in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap; - behandeling van verlamde of verslapt bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening; - liposuctie van de buik;

	<ul style="list-style-type: none"> – het operatief plaatsen, vervangen of verwijderen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie; – behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek; – behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw); – behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw); – behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis); 				
<i>Lid 3</i>	<i>Verblijf</i>				
Omschrijving	Verblijf omvat vergoeding van de kosten voor verblijf in verband met medisch noodzakelijke zorg als bedoeld in artikel 3.1. lid 2, op basis van de laagste klasse, gedurende het etmaal tot ten hoogste een periode van 365 dagen, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.				
Waar	Verblijf dient plaats te vinden in een ziekenhuis, revalidatieinstelling of na schriftelijke toestemming van Univé een door Univé nader aan te wijzen instelling.				
Toestemmingsvereisten	Voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé is vereist voor verblijf in verband met medisch-specialistische behandelingen, zoals omschreven in het Reglement medisch-specialistische zorg. Het door Univé opgestelde Reglement medisch-specialistische zorg maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer (+31) (0)72-5277595 of via zorgvragen@unive.nl .				
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. 2. In afwijking van het eerste onderdeel tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen. 				
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.				
<i>Lid 4</i>	<i>Verpleging</i>				
Omschrijving	Verpleging omvat, naast de in artikel 3.1. lid 3 bedoelde verpleging, tevens vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.				
Door	Verpleging dient te worden verleend door een verpleegkundige die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG.				
Waar	Verpleging dient plaats te vinden in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of na schriftelijke toestemming van Univé een door Univé nader aan te wijzen instelling.				
Aanvullende voorwaarden	Verpleging die wordt geleverd in het kader van het verblijf in een AWBZ-instelling en die kan worden geacht deel uit te maken van de opnemings- en het verdere verblijf in een dergelijke instelling valt niet onder de aanspraak.				
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.				
<i>Lid 5</i>	<i>Verloskundige zorg en Kraamzorg</i>				
Omschrijving	Verloskundige zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg, inclusief voor- en nazorg, voor de vrouwelijke verzekerde zoals verloskundigen of huisartsen die plegen te bieden al dan niet in combinatie met behandeling, verblijf en verpleging in het ziekenhuis. Kraamzorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. De zorg omvat tevens vergoeding van de kosten voor de inschrijving, intake en de partusassistentie. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden (zie voor bijzonderheden de kopjes Verloskundige zorg en Kraamzorg):				
	<ol style="list-style-type: none"> a. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak Indien naar het oordeel van de verloskundige, huisarts of gynaecoloog voor de bevalling poliklinische opname of verblijf in het ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg, zoals bedoeld in artikel 3.1. lid 2, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis; 				
	<ol style="list-style-type: none"> b. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. 				
	<ol style="list-style-type: none"> c. Bevalling en kraambed thuis Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten voor: <ol style="list-style-type: none"> 1. verloskundige zorg; 2. inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal 3 uur na de bevalling; 3. kraamzorg van tenminste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Zie voor nadere informatie Aanvullende voorwaarden kraamzorg. 				
	<ol style="list-style-type: none"> d. Bevalling in een ziekenhuis en kraamzorg thuis Indien na de bevalling in het ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en kind aanspraak op vergoeding van de kosten van kraamzorg zoals omschreven in c sub 3 en gelden de aanvullende voorwaarden 5 en 6 onder het kopje Kraamzorg, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in c sub 3 genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen. 				
	<i>Verloskundige zorg</i>				
Door	Verloskundige zorg dient te worden verleend door een verloskundige, huisarts of een medisch-specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden zoals resp. een verloskundige, huisarts of een medisch-specialist die pleegt te bieden.				
Waar	Verloskundige zorg dient plaats te vinden in een ziekenhuis, bij de verzekerde thuis of in een door Univé nader aan te wijzen kraamcentrum.				
	<i>Verwijzingsvereisten</i>				
	Indien de medisch-specialist verloskundige zorg verleend is een verwijzing van de huisarts of verloskundige noodzakelijk.				
	<i>Aanvullende voorwaarden</i>				
	Zie voor de vergoeding van de kosten voor prenatale screening de uitsluitingen in dit artikel.				
	<i>Aanspraak</i>				
	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.				
	<i>Uitsluitingen</i>				
	Geen aanspraak bestaat op: <ol style="list-style-type: none"> 1. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg; 2. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft. 				
	<i>Kraamzorg</i>				
Door	De kraamzorg dient te worden verleend door een kraamverzorgende of verpleegkundige, verbonden aan een kraamzorgaanbieder of ziekenhuis die, indien van toepassing, beschikken over de wettelijk vereiste toelating of erkenning.				
Waar	Kraamzorg dient plaats te vinden bij de verzekerde thuis, in het ziekenhuis of in een door Univé nader aan te wijzen kraamcentrum.				
	<i>Aanvullende voorwaarden</i>				
	<ol style="list-style-type: none"> 1. De kraamzorgaanbieder bepaalt het recht op het aantal kraamuren op basis van een indicatie protocol. Het toegekende aantal uren is afhankelijk van de noodzakelijke zorg voor moeder en kind, maar bedraagt minimaal 24 uur en maximaal 80 uur verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het indicatieprotocol kan worden opgevraagd bij de kraamzorgaanbieder. 2. In de Regeling zorgverzekering is bepaald dat op de vergoeding van de kosten onder omschrijving onderdeel b. voor kraamzorg een eigen bijdrage geldt voor zowel de moeder als het kind van € 14,50 per dag, in totaal dus € 28,00 per dag. Dit bedrag wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis de € 102,00 per dag te boven gaat. 3. Conform de Regeling zorgverzekering blijft van de vergoeding van de kosten onder omschrijving onderdeel c. sub 3 en d. een bedrag van € 3,60 per uur kraamzorg voor rekening van de verzekerde. 4. Op het geïndiceerde aantal kraamuren wordt per opname in het ziekenhuis 1/8ste deel in mindering gebracht, met uitzondering van de dag van ontslag. 				

	5. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door de kraamzorgaanbieder, die betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.		listische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit: – het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur; – de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg.
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.		
3.2.	Overige geneeskundige zorg		
<i>Lid 1</i>	<i>Niet-klinische dialyse</i>		
Omschrijving	Niet-klinische dialyse omvat vergoeding van de kosten voor: 1. onderzoek, behandeling, verpleging en psychosociale begeleiding; 2. opleiding aan degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn; 3. chemicaliën en vloeistoffen die benodigd zijn voor het verrichten van de dialyse bij de verzekerde thuis; 4. redelijkerwijze te verrichten aanpassingen in en van de woning; 5. herstel van de woning in de oorspronkelijke staat; 6. de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg; 7. overige zorg dat rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangt.	Door	Chronisch intermitterende beademing dient te worden verricht door medisch-specialisten.
		Waar	Chronisch intermitterende beademing dient plaats te vinden in een beademingscentrum, ziekenhuis of bij de verzekerde thuis.
		Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.
		<i>Lid 4</i>	<i>Revalidatie</i>
		Omschrijving	Revalidatiezorg van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard omvat vergoeding van de kosten voor onderzoek, behandeling en advisering, doch uitsluitend indien en voor zover: – deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en, – de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
Door	Niet-klinische dialyse dient te worden verricht in overleg met en onder verantwoordelijkheid van een daartoe opgeleide medisch-specialist.		
Waar	Niet-klinische dialyse dient plaats te vinden in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij de verzekerde thuis.		
Aanvullende voorwaarden	De voor de niet-klinische dialyse benodigde apparatuur valt onder de vergoeding van de kosten voor hulpmiddelenzorg zoals omschreven in artikel 3.4.		
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.	Door	Revalidatie dient te worden verleend door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een medisch-specialist.
<i>Lid 2</i>	<i>Transplantaties</i>		
Omschrijving	Transplantatie omvat vergoeding van de kosten voor: 1. transplantatie van weefsels en organen behoren slechts tot de zorg indien het betreft: – beenmergtransplantatie; – bottransplantatie; – hoornvliestransplantatie; – huidweefseltransplantatie; – niertransplantatie; – harttransplantatie; – levertransplantatie, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger; – longtransplantatie; – hartlongtransplantatie; – nierpancreastransplantatie. 2. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor, operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal; 3. het onderzoek, de preservatie, de verwijdering en het vervoer van postmortaal transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie; 4. zorg waarop ingevolge artikel 3 aanspraak bestaat aan de donor, gedurende ten hoogste 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opnemings; 5. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen het woonland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen het woonland, in verband met de selectie, opnemings en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel 4; 6. het vervoer van en naar het woonland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in het woonland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de verzekerde in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in het woonland en gedeerde inkomsten.	Waar	Revalidatie dient plaats te vinden in een revalidatie-instelling of ziekenhuis.
		Voorschrijfvereisten	Voor revalidatie is een voorschrift van de behandelend medisch-specialist noodzakelijk.
		Toestemmingsvereisten	Voor revalidatie is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.
		Aanvullende voorwaarden	Indien de revalidatiezorg wordt verleend in een revalidatie-instelling gaat deze gepaard met meerdaagse dagbehandeling van enkele uren per dag of met meerdaagse opnemings met verzorging en verpleging.
		Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.
		<i>Lid 5</i>	<i>Oncologische aandoeningen bij kinderen</i>
		Omschrijving	Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmaterialen.
		Door	Diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmaterialen dient te worden verricht door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).
		Vergoeding	Volledige vergoeding conform artikel 2.3. lid 2.
		<i>Lid 6</i>	<i>Trombosedienst</i>
		Omschrijving	Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg verleend door de trombosedienst. De zorg omvat: a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde; b. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde; c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten; d. het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de in onderdeel c aangegeven apparatuuralsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen; e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.
Door	Transplantatie dient te worden verricht door medisch-specialisten.		
Waar	Transplantatie dient plaats te vinden in een ziekenhuis.		
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.		
<i>Lid 3</i>	<i>Chronisch intermitterende beademing</i>		
Omschrijving	Chronisch intermitterende beademing omvat vergoeding van de kosten voor noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specia-	Door	De zorg dient te worden verleend door de trombosedienst.

Aanvullende voorwaarden	De apparatuur en toebehoren waarmee de verzekerde de stollingstijd van zijn bloed kan meten valt onder de hulpmiddelenzorg als omschreven in artikel 3.4.	Voorschrijfvereisten	1. Geneesmiddelen dienen te zijn voorgeschreven door een (huis)arts, dan wel een arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.		2. De verzekerde heeft per voorschrift aanspraak op vergoeding van de kosten voor een periode van maximaal: <ul style="list-style-type: none"> - 15 dagen, indien het voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft (onder nieuwe medicatie verstaat Univé medicatie die de afgelopen 12 maanden niet door een apotheek of apotheekhoudende huisarts aan de verzekerde is afgeleverd); - 15 dagen indien het een geneesmiddel betreft ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica; - 3 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica, deze worden voor maximaal 1 maand verstrekt; - 12 maanden indien het orale anticonceptiva betreft; - 12 maanden (maximaal) wanneer verzekerde voor een langere periode naar een ander land dan het woonland gaat. Uitgezonderd Anxiolytica en slaapmiddelen, deze worden voor maximaal 1 maand verstrekt; - 1 maand in overige gevallen.
Lid 7	<i>Erfelijkheidsonderzoek</i>		
Omschrijving	Erfelijkheidsonderzoek omvat vergoeding van de kosten voor onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, het geven van erfelijkheidsadviezen en daarmee verband houdende psycho-sociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.		
Door	Erfelijkheidsonderzoek dient te worden verleend door een instelling met een vergunning, op grond van artikel 2 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen, voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.		
Waar	Erfelijkheidsonderzoek dient plaats te vinden in een centrum voor erfelijkheidsadvies of een ziekenhuis.		
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.	Toestemmingsvereisten	Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement Geneesmiddelen, is aangegeven is voor bepaalde geneesmiddelen voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.
Lid 8	<i>Audiologische zorg</i>		
Omschrijving	Audiologische zorg omvat vergoeding van de kosten voor spraak-/taaldiagnostiek voor kinderen tot 7 jaar, 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.	Aanvullende voorwaarden	1. Bij de Regeling zorgverzekering, bedoeld in onderdeel 1 van de omschrijving, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Tevens wordt voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen een vergoedingslimiet vastgesteld.
Door	Audiologische zorg dient te worden verleend door een medisch-specialist of na schriftelijke toestemming van Univé een nader door Univé aan te wijzen zorgaanbieder.		2. De verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoop-prijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij Regeling zorgverzekering wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.
Waar	Audiologische zorg dient plaats te vinden in een audiologisch centrum dat door de Nederlandse overheid is erkend of ziekenhuis.		3. De aanwijzing van geneesmiddelen door Univé, zoals bedoeld in onderdeel 1, geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen, er ten minste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Deze geneesmiddelen zijn terug te vinden in de Lijst preferente geneesmiddelen die deel uitmaakt van het door Univé opgestelde Reglement geneesmiddelen.
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.		4. Het door Univé opgestelde Reglement geneesmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer (+31) (0)72-5277595 of via zorgvragen@unive.nl .
3.3. Farmaceutische zorg			
Lid 1	<i>Geneesmiddelen</i>		
Omschrijving	De aanspraak op vergoeding van de kosten voor geneesmiddelen omvat aflevering van: <ol style="list-style-type: none"> 1. de door Univé op basis van de Regeling Zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen; 2. een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel dan het door Univé aangewezen geneesmiddel, voor zover: <ol style="list-style-type: none"> a. behandeling met het door Univé aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is, of; b. de verzekerde het geneesmiddel betreft van een apotheker met wie Univé een voorkeursovereenkomst heeft gesloten. De lijst met apothekers met wie Univé een voorkeursovereenkomst heeft gesloten, kan worden geraadpleegd op www.unive.nl/zorgservice. 3. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, indien het rationele farmacotheapie betreft. <p>Farmaceutische zorg omvat geen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen; - geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen; - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op 150.000 personen; - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig door de Minister niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel; - vergoeding voor hepatitis B-vaccin in geval van beroep of stage. 	Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2 of indien van toepassing volledige vergoeding conform het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS).
		Lid 2	<i>Dieetpreparaten</i>
		Omschrijving	De aanspraak op vergoeding van de kosten voor dieetpreparaten omvat aflevering van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
		Door	Dieetpreparaten dienen te worden geleverd door de volgende leveranciers: <ul style="list-style-type: none"> - apotheker; - apotheekhoudend huisarts; - (medisch) gespecialiseerd leverancier; - een door Univé nader aan te wijzen leverancier.
		Voorschrijfvereisten	Voor dieetpreparaten is een voorschrift noodzakelijk van een medisch specialist of (huis)arts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG of een diëtiste die voldoet aan de opleidingseisen in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
		Toestemmingsvereisten	1. Voor dieetpreparaten is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. Het verzoek om toestemming voor vergoeding van dieetpreparaten dient altijd tijdig en vooraf door de verzekerde te worden ingediend, vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde

	<p>toelichting van de behandelende arts. De toestemming voor vergoeding geldt minimaal voor de aangevraagde duur tot maximaal 1 jaar.</p> <p>2. Voor dieetpreparaten voor zuigelingen met koemelkeiwitallergie moette diagnose worden gesteld via een lege artis uitgevoerde eliminatie/provocatietest.</p> <p>De aanvraagprocedure om toestemming is als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voor kinderen jonger dan 12 maanden: Machtiging na positieve test vanaf datum aanvraag tot aan de leeftijd van 12 maanden; - Voor kinderen tussen de 12 en 18 maanden: Machtiging na 2e positieve test vanaf datum aanvraag tot aan de leeftijd van 18 maanden - Voor kinderen tussen de 18 en 24 maanden: Machtiging na 3e positieve test vanaf datum aanvraag tot aan de leeftijd van 24 maanden - Voor kinderen ouder dan 24 maanden: Op de aanvraag dient vermeld te worden: <ul style="list-style-type: none"> - de datum en uitslag van de laatste eliminatie/provocatie test; - de datum van Rast; - rapportage diëtiste met daarin vermelding van de allergie en een motivatie waarom er gebruik gemaakt dient te worden van speciale dieetvoeding. 		<p>kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de aanspraak.</p> <p>4. Evenmin vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor hulpmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.</p> <p>5. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij bij Regeling zorgverzekering en/of het Reglement hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.</p> <p>6. Bij Regeling zorgverzekering kan worden bepaald dat de verzekerde voor een hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt ter grootte van: <ul style="list-style-type: none"> - het verschil tussen de aanschafkosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waar toe de verzekerde behoort; - een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten; - Univé brengt deze bedragen in mindering op de vergoeding. </p> <p>7. Het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer (+31) (0)72-5277595 of via zorgvragen@unive.nl.</p>
Aanvullende voorwaarden	<p>Aanspraak op vergoeding van de kosten voor dieetpreparaten bestaat als sprake is van een:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis; of - dreigende ernstige ondervoeding door: <ul style="list-style-type: none"> - chronisch obstructief longlijden; of - cystische fibrose; of - ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand. 	Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.
		Lid 2	Verbandmiddelen
		Omschrijving	Verbandmiddelen omvat vergoeding van de kosten voor bij Regeling zorgverzekering aangewezen verbandmiddelen ingeval er sprake is van een ernstige aandoening waarbij langdurige medisch behandeling met deze middelen is aangewezen.
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.	Door	Verbandmiddelen dienen te worden verstrekt door de apotheker, de apotheekhoudende huisartsen, medisch gespecialiseerde leveranciers of na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen leverancier. In het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen is opgenomen welke leverancier het door u benodigde verbandmiddel mag leveren.
3.4.	Hulpmiddelenzorg		
Lid 1	<i>Hulpmiddelen</i>		
Omschrijving	De aanspraak op hulpmiddelen omvat vergoeding van de kosten voor de middelen welke bij de Regeling zorgverzekering als zodanig zijn aangewezen, waarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg. Conform het Reglement hulpmiddelen omvat de aanspraak, in afwijking van artikel 2.3. lid 1 en bovenstaande, in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen.	Voorschrijvereisten	Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen, is aangegeven, is voor verstrekking van het verbandmiddel een voorschrift van een arts, tandarts, verloskundige of van een persoon of instelling die zorg verleent als bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ noodzakelijk.
Door	Hulpmiddelen dienen te worden verstrekt door apothekers, apotheekhoudende huisartsen, (medisch) gespecialiseerde leveranciers, medisch speciaalzaak, orthopedisch instrumentmakers of, na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen leverancier. In het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen is opgenomen welke leverancier het door u benodigde hulpmiddel mag leveren.	Toestemmingsvereisten	Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen, is aangegeven is voor verstrekking van het betreffende verbandmiddel voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
Waar	Hulpmiddelen dienen te worden verstrekt en/of aangemeten in de praktijkruimte van de leverancier, of de plaats waar de verzekerde verblijft of woont.	Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. De te verstrekken verbandmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Univé. 2. Indien bij Regeling zorgverzekering regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden voor het verkrijgen van verbandmiddelen zal Univé deze regels toepassen. 3. Vergoeding van de kosten voor verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de aanspraak. 4. Evenmin vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ. 5. Indien bij Regeling zorgverzekering wordt bepaald dat de verzekerde voor een verbandmiddel een eigen bijdrage verschuldigd is, brengt Univé dit bedrag in mindering op de vergoeding. 6. Het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer (+31) (0)72-5277595 of via zorgvragen@unive.nl.
Voorschrijvereisten	Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen, is aangegeven, is voor verstrekking of vervanging, wijziging of herstel van het betreffende hulpmiddel een voorschrift noodzakelijk.		
Toestemmingsvereisten	Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen, is aangegeven, is voor verstrekking of vervanging, wijziging of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.		
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Univé. Indien de verzekerde kiest voor een hulpmiddel dat onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is, zijn de meerkosten hiervan voor rekening van de verzekerde. 2. Bij Regeling zorgverzekering en in het door Univé nader vastgestelde Reglement hulpmiddelen, kan worden bepaald dat hulpmiddelen in eigendom dan wel in bruikleen of huur worden verschafte en kunnen regels worden gesteld met betrekking tot wijziging of herstel van hulpmiddelen, het verstrekken van reserve-hulpmiddelen en de voorwaarden voor het verkrijgen van hulpmiddelen. 3. Vergoeding van de kosten voor hulpmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die 	Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.
		3.5.	Paramedische zorg
		Omschrijving	Paramedische zorg omvat vergoeding van de kosten voor fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en

	dieetadviesing. De omvang van de zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.	<i>Lid 3</i>	<i>Ergotherapie</i>
<i>Lid 1</i>	<i>Fysiotherapie en oefentherapie</i>	Omschrijving	Ergotherapie omvat vergoeding van de kosten voor zorg mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van 10 behandelingen per kalenderjaar.
Omschrijving	Fysiotherapie of oefentherapie omvat vergoeding van de kosten voor: 1. behandeling van de in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van 18 jaar en ouder niet de eerste 9 behandelingen. 2. voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan sub 1 tevens uit ten hoogste 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te vergelijken met ten hoogste 9 behandelingen. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is raadpleegbaar op www.unive.nl en is op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer (+31) (0)72-5277595 of via zorgvragen@unive.nl .	Door	Ergotherapie dient te worden verleend door een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
Door	1. Fysiotherapie dient te worden verleend door een fysiotherapeut of een heilgymnast-masseur die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG. 2. Bekkenfysiotherapie, kinderysiotherapie, oedeemtherapie en manuele therapie dienen te worden verleend door een fysiotherapeut die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG, en tevens is geregistreerd in het in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten. 3. Lymfoedeemtherapie mag tevens worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. 4. Oefentherapie dient te worden verleend door een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".	Waar	Ergotherapie dient plaats te vinden in de praktijkruimte van de ergotherapeut, ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.
Door	1. Fysiotherapie dient te worden verleend door een fysiotherapeut of een heilgymnast-masseur die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG. 2. Bekkenfysiotherapie, kinderysiotherapie, oedeemtherapie en manuele therapie dienen te worden verleend door een fysiotherapeut die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG, en tevens is geregistreerd in het in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten. 3. Lymfoedeemtherapie mag tevens worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. 4. Oefentherapie dient te worden verleend door een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".	Voorschrijvereisten	Voor ergotherapie is een voorschrift van een huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of verpleeghuisarts noodzakelijk. Indien de zorg plaatsvindt op voorschrift van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst heeft gesloten.
Door	1. Fysiotherapie dient te worden verleend door een fysiotherapeut of een heilgymnast-masseur die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG. 2. Bekkenfysiotherapie, kinderysiotherapie, oedeemtherapie en manuele therapie dienen te worden verleend door een fysiotherapeut die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG, en tevens is geregistreerd in het in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten. 3. Lymfoedeemtherapie mag tevens worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. 4. Oefentherapie dient te worden verleend door een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".	Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.
Waar	Fysiotherapie en oefentherapie dient plaats te vinden in de praktijkruimte van de in dit artikel genoemde zorgaanbieder, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.	<i>Lid 4</i>	<i>Dieetadviesing</i>
Voorschrijvereisten	Voor fysiotherapie, zoals omschreven in artikel 3.5. lid 1 sub 1, en oefentherapie, zoals omschreven in artikel 3.5. lid 1 sub 1 en 2, is een voorschrift van een huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, verpleeghuisarts of medisch-specialist noodzakelijk. Indien de zorg plaatsvindt op voorschrift van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst met Univé heeft gesloten.	Omschrijving	Dieetadviesing omvat vergoeding van de kosten voor voorlichting, met een medisch doel, over voeding en eetgewoonten tot een maximum van 4 behandelingen per jaar.
Toestemmingsvereisten	Voor behandelingen i.v.m. aandoeningen, zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, is op basis van het voorschrift van de arts, voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.	Door	Dieetadviesing dient te worden verleend door een diëtist die voldoet aan de opleidingseisen in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.	Waar	Dieetadviesing dient plaats te vinden in de praktijk van de diëtist, thuiszorginstelling, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.
<i>Lid 2</i>	<i>Logopedie</i>	Voorschrijvereisten	Voor dieetadviesing is een voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of tandarts noodzakelijk. Indien de zorg plaatsvindt op voorschrift van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst heeft gesloten.
Omschrijving	Logopedie omvat vergoeding van de kosten voor zorg mits de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.	Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.
Door	Logopedie dient te worden verleend door een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". Specifieke stottertherapie mag tevens worden verleend door een stottertherapeut.	3.6. Mondzorg	
Waar	Logopedie dient te worden verleend in de praktijkruimte van de logopedist of stottertherapeut, ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.	Omschrijving	Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen, die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts noodzakelijke tandheelkundige zorg betreft, indien: a. de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of ontwikkelingsstoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of vererven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; b. de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of vererven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of c. een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
Voorschrijvereisten	Voor logopedie is een voorschrift van een huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of tandarts-specialist noodzakelijk. Indien de zorg plaatsvindt op voorschrift van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst heeft gesloten.	<i>Lid 2</i>	Onder de vergoeding van de kosten van zorg, bedoeld onder lid 1 sub a van de omschrijving van dit artikel, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese;
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.	<i>Lid 3</i>	Vergoeding van de kosten voor orthodontische zorg, bedoeld onder lid 1 van de omschrijving van dit artikel, is slechts begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groei- of ontwikkelingsstoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Lid 4	<p>In andere gevallen dan de zorg zoals omschreven in lid 1 van de omschrijving van dit artikel omvat vergoeding van de kosten voor mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar:</p> <ol style="list-style-type: none"> periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen; incidenteel tandheelkundig consult; het verwijderen van tandsteen; fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van 6 jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen; sealing; parodontale zorg; anesthesie; endodontische zorg; restauratie van gebitselementen met plastische materialen; gnathologische zorg; uitneembare prothetische voorzieningen; tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval; chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundige implantaat; röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg. 	Waar	<ol style="list-style-type: none"> Mondzorg, als omschreven in lid 1, 2 en 3, wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, een ziekenhuis, in de instelling voor bijzondere tandheelkunde of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis. Mondzorg, als omschreven in lid 4, wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, een dental car, instelling voor jeugdandverzorging of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis. Mondzorg, als omschreven in lid 5 sub a, wordt verleend in een ziekenhuis, de praktijk van de medisch-specialist of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Mondzorg, als omschreven in lid 5 sub b, wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, ziekenhuis, instelling voor bijzondere tandheelkunde of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.
		Verwijzings- vereisten	<ol style="list-style-type: none"> Voor mondzorg, als omschreven in lid 1, is een verwijzing van de tandarts noodzakelijk. Voor mondzorg bij de verzekerde thuis is een verwijzing van huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet of medisch-specialist noodzakelijk.
		Toestemmings- vereisten	<p>Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten voor mondzorg is voor de volgende verstrekkingen voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist:</p> <ol style="list-style-type: none"> Voor mondzorg, als omschreven in lid 1, 2 en 3. Voor tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, als omschreven in lid 4. Voor mondzorg in een instelling voor bijzondere tandheelkunde of ter plaatse waar de verzekerde verblijft. Voor mondzorg, als omschreven in lid 5 sub a, indien de zorg parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft. Voor mondzorg, als omschreven in lid 5 sub b, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600,- per onder- of bovenkaak bedragen, dan wel € 1000,- voor boven- en onderkaak gelijktijdig. Voor mondzorg, als omschreven in lid 5 sub b, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 450,- per onder- c.q. bovenkaak bedragen, dan wel € 850,- voor boven- en onderkaak gelijktijdig. Voor mondzorg, als omschreven in lid 5 sub b, indien de volledige vervangingsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. <p>Bij de aanvraag dient een schriftelijke motivering van de zorgaanbieder en een schriftelijk behandelingsplan te worden gevoegd.</p>
Lid 5	<p>In andere gevallen dan de zorg zoals omschreven in lid 1 van de omschrijving van dit artikel, omvat vergoeding van de kosten voor mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder:</p> <ol style="list-style-type: none"> chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat; uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak. Hieronder wordt verstaan een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Op de vergoeding is de verzekerde een eigen bijdrage van 25% verschuldigd. Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige, boven- en/of onderprothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese. 		
Door	<p>Mondzorg, als omschreven in lid 1, 2 en 3, dient te worden verleend door:</p> <ul style="list-style-type: none"> een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG, voor zover het zorg, zoals omschreven in lid 1 en 2 betreft; een instelling voor bijzondere tandheelkunde (CBT); een orthodontist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde voor zover het orthodontische zorg, zoals omschreven in lid 3, betreft; een kaakchirurg die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde voor zover het bijzondere implantologie, zoals omschreven in lid 2, betreft; een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder. <p>Mondzorg, als omschreven in lid 4, uitgezonderd sub c, d, e, en f, dient te worden verleend door:</p> <ul style="list-style-type: none"> een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG; een instelling voor jeugdandverzorging; een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder. <p>Mondzorg, als omschreven in lid 4 sub c, d, e en f, dient te worden verleend door:</p> <ul style="list-style-type: none"> een mondhygiënist die voldoet aan de eisen in het Besluit: "diëtist, ergotherapeut, logopedist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut"; een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG; een instelling voor jeugdandverzorging; een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder. <p>Mondzorg, als omschreven in lid 5 sub a, dient te worden verleend door een kaakchirurg die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.</p> <p>Mondzorg, als omschreven in lid 5 sub b, dient te worden verleend door een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG of door een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidings-eisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.</p>	Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 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 de NZa goedgekeurde tarief in aanmerking. De toestemming voor mondzorg, als omschreven in lid 1 en lid 4 sub l, kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost. De verzekerde van 18 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge lid 1 sub a, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge lid 1 sub b tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale zorg, endodontische zorg, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening. De verzekerde die zijn aanspraak op basis van lid 1 sub a tot en met c tot gelding brengt, is voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, een bijdrage in de kosten verschuldigd van € 90,- per kaakhelft. De jeugdige verzekerde heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op de vergoeding van kosten voor mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.
		Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.

3.7.	Vervoer	Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.
<i>Lid 1</i>	<i>Zittend Ziekenvervoer</i>	<i>Lid 2</i>	<i>Ambulancevervoer</i>
Omschrijving	<p>Zittend ziekenvervoer omvat vergoeding van de kosten voor ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1, van de Wet ambulancevervoer, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als omschreven in artikel 2.13. lid 1 van het Besluit zorgverzekering, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan; 2. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan; 3. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen; 4. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen. <p>Buiten de gevallen als genoemd onder 1 tot en met 4: in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening de verzekerde langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.</p> <p>Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden 16 jaar. Op de aanspraak op vergoeding van de kosten voor zittend ziekenvervoer is de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd van € 85,- per kalenderjaar.</p>	<p>Ambulancevervoer omvat vergoeding van de kosten voor ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1, van de Wet ambulancevervoer, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen; 2. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven; 3. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel 2, naar: <ul style="list-style-type: none"> – een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan; – een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt. 4. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen 1, 2 of 3. 	
Door	Zittend ziekenvervoer dient te worden verleend door een taxibedrijf, openbaar vervoerder, mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving) of na schriftelijke toestemming van Univé door een nader door Univé aan te wijzen vervoerder.	Door	Ambulancevervoerder met vergunning als geregeld in de Wet Ambulancevervoer of door Univé nader aangewezen personen of partijen.
Voorschrijvereisten	Voor zittend ziekenvervoer is een voorschrift van de huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, of medisch-specialist noodzakelijk.	Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er bestaat uitsluitend recht op ambulancevervoer indien en voor zover ander vervoer (openbaar vervoer, taxi of auto) om medische redenen niet verantwoord is. 2. Ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling is een AWBZ-verstrekking. 3. Indien Univé schriftelijk toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
Toestemmingsvereisten	Uit een verklaring van de huisarts dan wel de arts die verzekerde van huisartsenzorg voorziet of de medisch-specialist moet blijken waarom medisch vervoer noodzakelijk is en of betreffende verzekerde valt onder één van de vijf patiëntengroepen. Deze verklaring moet naar Univé worden gestuurd. Univé bepaalt vervolgens of gebruik mag worden gemaakt van (rolstoel)taxi, eigen vervoer of een openbaar middel van vervoer.	Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.3. lid 2.
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indien het vervoer, bedoeld in de omschrijving, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de aanspraak op vergoeding van de kosten € 0,25 per kilometer. 2. Indien in de loop van een tijdvak van kalenderjaar een herziening plaatsvindt van de eigen bijdrage van € 85,-, geldt het laagste bedrag. 3. Een bijdrage is niet verschuldigd: <ol style="list-style-type: none"> a. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat; b. voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling; c. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling. 4. Indien Univé schriftelijk toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet. 5. In gevallen waarin ziekenvervoer per auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan Univé toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door Univé aan te geven vervoermiddel. 6. In bijzondere gevallen kan Univé vervoer van twee begeleiders toestaan. 	Artikel 4 Buitenland	<p>Omschrijving</p> <p>Vergoeding van de kosten voor zorg, zoals omschreven in artikel 3, genoten in een ander land dan het woonland.</p> <p>Toestemmingsvereisten</p> <p>Voor intramurale zorg buiten het land van vestiging voorzover deze geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.</p> <p>Aanvullende voorwaarden</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verzekerden zijn bij tijdelijk verblijf in een land anders dan het woonland bij klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Univé Alarmservice, telefoon (+031) (0)20-6515111. De Univé Alarmservice zal zorgdragen voor de afhandeling van declaraties. 2. In overleg met Univé of de Univé Alarmservice kan, op verzoek van de zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd, in voorkomende gevallen direct aan de desbetreffende zorgaanbieder worden betaald. <p>Aanspraak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg van een zorgaanbieder of instelling in een ander land dan het woonland conform artikel 2.3. lid 2 tot maximaal het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is. 2. Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen, dient de verzekerde gespecificeerde rekeningen, in het Engels, Frans, Duits, Spaans of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen te overleggen. <p>Artikel 5 Uitsluitingen</p> <p>Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek; b. keuring waarvoor geen medische indicatie bestaat, bijvoorbeeld Total Bodycheck, keuringen t.b.v. rijbewijs of vliegbrevet, attesten en vaccinaties; c. griepvaccinaties; d. alternatieve geneeswijzen; e. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland; f. declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken; g. experimentele geneeskunde.