

Algemene verzekerings- voorwaarden Univé 2009

Verzekeringsvoorwaarden Zorgzaam
Buitenland

N.V. Univé Zorg

VERZEKERINGSVOORWAARDEN ZORGZAAM BUITENLAND POLIS (ingaaude 1 januari 2009)

Inhoudsopgave	blz.
Artikel 1 Begripsomschrijvingen	1
Artikel 2 Grondslag van de verzekeringsovereenkomst en het toepassingsgebied	3
Artikel 3 Rechten en plichten van de verzekeringsnemer, de verzekerden en de zorgverzekeraar	3
3.1. Begin, einde en duur van de verzekering	3
3.2. De premie	4
3.3. Eigen risico	4
3.4. Wederzijdse administratieve verplichtingen	4
Artikel 4 Geneeskundige zorg	5
4.1. Zorg door een huisarts	5
4.2. Medisch-specialistische zorg	5
4.3. Verloskundige zorg en kraamzorg	6
4.4. Revalidatie	7
4.5. Transplantaties	7
4.6. Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse	7
4.7. Mechanische beademing	7
4.8. Oncologische aandoeningen bij kinderen	7
4.9. Trombosedienst	7
4.10. Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing	8
4.11. Audiologische zorg	8
4.12. Paramedische zorg	8
4.13. Mondzorg	8
4.14. Farmaceutische zorg	9
4.15. Hulpmiddelenzorg	10
4.16. Ziekenvervoer	10
4.17. Buitenland	11
4.18. Uitsluitingen	11
4.19. Algemeen	12
Artikel 5 Overige bepalingen	12
5.1. Het aanvragen van toestemming	12
5.2. Overige verplichtingen van de verzekerde	12
5.3. Klachten en geschillen	12
5.4. Bescherming persoonsgegevens	12
5.5. Fraude	12
5.6. Molest / Terrorisme	12

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Algemeen

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

Acute zorg

Medisch noodzakelijke zorg die geen uitstel gedooft.

Apotheekhoudende huisarts

Een huisarts, aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet, vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker

Een apotheker, die als zodanig staat geregistreerd volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Arts

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

Arts voor verstandelijk gehandicapten

Een arts voor verstandelijk gehandicapten, die als zodanig is ingeschreven in het door de Huisarts, Verpleeghuis en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVCRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Bedrijfsarts

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

Indien de bedrijfsarts staat ingeschreven in het register van Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG mag deze huisartsenzorg, zoals huisartsen die plegen te bieden, verlenen.

Buitenland

Buiten Nederland.

BurgerServiceNummer (BSN)

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee door de zorgverzekeraar gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid is vereist.

Collectief contract

Overeenkomst gesloten tussen collectief contractant en zorgverzekeraar ten behoeve van de door collectief contractant aangewezen verzekeringsplichtigen. Dit contract ligt bij de collectief contractant ter inzage. De collectief contractant is de natuurlijk- of rechtspersoon die een collectief contract met de zorgverzekeraar heeft afgesloten.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteiten (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. Het traject omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Diëtist

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

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

Het eigen risicobedrag dat als zodanig op de polis is vermeld.

Ergotherapeut

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

EU- en EER-landen

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechoë, 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: IJsland, Liechtenstein en Noorwegen.

Farmaceutische zorg

Het ter hand stellen van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met

inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement farmaceutische zorg.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Voor het verlenen van bekkenfysiotherapie, kindersfysiotherapie, oedeemtherapie of manuele therapie dient de fysiotherapeut tevens geregistreerd te staan in het in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Gecontracteerde zorg

Tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder is voor bepaalde zorg een overeenkomst gesloten, waarbij de overeenkomst ten minste bepalingen inhoudt over de te verlenen zorg en de daarvoor in rekening te brengen prijs.

Gespecialiseerd leverancier

Een op medisch gebied in een bepaald hulpmiddel gespecialiseerd leverancier.

Huisarts

Een huisarts, die als zodanig is ingeschreven in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Hulpmiddelen

De bij Regeling zorgverzekering vastgestelde lijst van hulpmiddelen en het daarbij door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement hulpmiddelen.

In-vitrofertilisatiepoging

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- het afnemen van de eicellen;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Kosten

De door de zorgaanbieder, de leverancier of de instelling waar de behandeling plaatsvindt te declareren tarieven, welke op grond van de door de zorgverzekeraar overeengekomen tarieven in rekening worden gebracht, dan wel de WMG-tarieven, dan wel de tarieven welke conform de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg.

Kraamverzorgende

Een kraamverzorgende met een erkend diploma voor kraamverzorging/kraamverpleging, verbonden aan een kraamzorgaanbieder of ziekenhuis die, indien van toepassing, beschikt over de wettelijk vereiste toelating of erkenning.

Kraamzorg

1. Kraamzorg thuis:
De zorg na de geboorte, verleend door een kraamverzorgende of verpleegkundige, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder als kind en de huishouding verzorgt.
2. Kraamzorgaanbieder:
Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

Logopedist

Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". Specifieke stottertherapie mag tevens worden verleend door een stottertherapeut.

Medisch adviseur

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch speciaalzaak

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

Medisch-specialist

Een arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Medische noodzaak

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

Mondhygiënist

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

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.

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

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

Opname

Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden aangeboden.

Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Polis

De akte waarin de tussen een verzekeringsnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of krachtens de wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Tandarts

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

Tandarts-specialist

Een tandarts-specialist, die als zodanig is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Tandheelkundig adviseur

De tandarts, die de zorgverzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Verbandmiddelen

Verbandmiddelen ingeval er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Verblijf

Opname met een duur langer dan 24 uur.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders dan de lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte, of Zwitserland.

Verloskundige

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

Verpleeghuisarts

Een verpleeghuisarts, die als zodanig is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts, en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige, die voldoet aan de voorwaarden zoals omschreven in de Wet BIG.

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

Verzekeringnemer
Degene, die de overeenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Verzekeringsovereenkomst
De overeenkomst tussen verzekeringnemer en de zorgverzekeraar.

Voorkeursleverancier:
een leverancier waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.

Wet BIG
Wet op Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Internetadres: www.ribiz.nl.

WMG
De Wet marktordening gezondheidszorg regelt welke prijs door zorgaanbieders bij de zorgverzekeraars mag worden gedeclareerd.

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 (medisch-noodzakelijke) zorg waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen.

Ziekenhuis
Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij de wet gestelde regels is toegelaten.

Zorgaanbieder
Personen en instellingen in de gezondheidszorg, die binnen het kader van deze overeenkomst zorg leveren.

Zorgverzekeraar
De verzekeringsonderneming, die als zodanig is toegelaten en verzekeringen aanbiedt, in casu N.V. Univé Zorg.

Zorgzaam
Zorgzaam is een privaatrechtelijke stichting zonder winstoogmerk opgericht door de Centrales van Overheidspersoneel (de vakbonden voor defensiepersoneel). Zorgzaam heeft als doel het afsluiten van collectieve ziektekostenverzekeringen tegen een zo aantrekkelijk mogelijke premie.

Artikel 2 Grondslag van de verzekeringsovereenkomst en het toepassingsgebied

- 2.1.** Deze verzekeringsovereenkomst kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekerden woonachtig in het buitenland.
- 2.2.** In aanvulling op artikel 2.1. geldt dat personen alleen in aanmerking kunnen komen voor deze verzekeringsvoorwaarden in die gevallen dat daartoe overeenstemming bestaat tussen de verzekeraar en degene met wie een collectief contract is gesloten.
- 2.3.** In aanvulling op het voorgaande artikel geldt dat indien een verzekerde geen deel meer uitmaakt van de collectiviteit waarmee tussen de verzekeraar en degene met wie het collectieve contract is gesloten afspraken zijn gemaakt, de persoon niet meer in aanmerking komt voor de in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen verzekeringsovereenkomst. Reeds lopende verzekeringen worden dan beëindigd. Indien gewenst kan de verzekeraar alsdan een aanbod doen voor een andere verzekering met een andere prijs.
- 2.4.** Het Besluit zorgverzekering en de Regelingen zorgverzekering zijn ook voor deze verzekeringsovereenkomst van toepassing.
- 2.5.** In artikel 3 van deze verzekeringsvoorwaarden zijn de rechten en plichten die partijen jegens elkaar hebben weergegeven.
- 2.6.** De onderliggende reglementen, schriftelijke gegevens verstrekt door degene met wie het collectief is gesloten en het collectieve contract welke onderdeel uitmaken van de verzekeringsovereenkomst, zijn eveneens van toepassing op de verzekeringsovereenkomst. De onderliggende reglementen liggen ter inzage bij de zorgverzekeraar, zijn raadpleegbaar op www.zorgzaamverzekerd.nl en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: +31725277677 of via zorgvragenzorgzaam@unive.nl.

2.7. Op deze verzekeringsvoorwaarden is het Nederlands recht van toepassing. 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 de zorgverzekeraar zich heeft verbonden. De brochure van deze gedragscode is bij de zorgverzekeraar op te vragen.

Artikel 3 Rechten en plichten van de verzekeringnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar

3.1. Begin, einde en duur van de verzekeringsovereenkomst

- 3.1.1.** De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de verzekeringsovereenkomst heeft ontvangen. In alle andere gevallen is de ingangsdatum afhankelijk van het resultaat van de medische beoordeling.
- 3.1.2.** De looptijd van de verzekeringsovereenkomst is één kalenderjaar.
- 3.1.3.** Indien de verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten in de loop van het kalenderjaar geldt een looptijd tot het einde van het kalenderjaar.
- 3.1.4.** De zorgverzekering wordt na afloop van het kalenderjaar telkens met één jaar verlengd, tenzij uiterlijk 31 december van het betreffende kalenderjaar van de verzekerde een schriftelijk verzoek om beëindiging van de verzekering is ontvangen.
- 3.1.5.** Indien het aanbieden van deze verzekering deel uit maakt van een collectief contract, kan sprake zijn van afwijkende bepalingen.
- 3.1.6.** De verzekeringsovereenkomst eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
- de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen ziektekostenverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
 - de verzekerde overlijdt.
- 3.1.7.** De zorgverzekeraar stelt degene met wie het collectief contract is gesloten en de verzekerde uiterlijk twee maanden voordat een verzekeringsovereenkomst op grond van artikel 3.1.6. onderdeel a eindigt, van dit einde op de hoogte onder vermelding van de redenen daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- 3.1.8.** Degene met wie het collectief contract is gesloten stelt de zorgverzekeraar onvervuld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van artikel 3.1.6. onderdeel b tot het einde van de verzekeringsovereenkomst leidt. Desgevraagd vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgende op de overlijdensdatum.
- 3.1.9.** De verzekeringnemer kan voor elk van haar verzekerden de zorgverzekering opzeggen, indiende verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd. Deze opzegging gaat in per de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag, waarop door de verzekeringnemer is opgezegd, tenzij de opzegging heeft plaatsgevonden voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering.
- 3.1.10.** Indien de verzekeraar de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst of de premie ten nadele van de verzekeringnemer wijzigt, is de verzekerde 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 is meegedeeld.
- 3.1.11.** Degene met wie het collectief contract is gesloten kan de verzekeringsovereenkomst beëindigen op de wijze zoals vastgelegd in de tussen contractant en de zorgverzekeraar gesloten overeenkomst.
- 3.1.12.** De verzekeringnemer 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 de zorgverzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.
- 3.1.13.** Indien de zorgverzekeraar ontdekt dat de verzekeringnemer en/of verzekerde heeft gehandeld met het opzet haar te misleiden of indien de zorgverzekeraar 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.

3.1.14. Indien niet aan de mededelingsplicht conform artikel 3.1.11. is voldaan is, vervalt iedere aanspraak op vergoeding van kosten, een en ander overeenkomstig titel 7.17 BW.

3.2. De premie

3.2.1. De wijze van betaling van de verschuldigde premies door degene met wie het collectief contract is gesloten, is vastgelegd in de overeenkomst tot uitvoering van de verzekering tussen degene met wie het collectief contract is gesloten en de zorgverzekeraar.

3.3. Eigen risico

3.3.1. Op de polis is per kalenderjaar een eigen risico per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het eigen risico is € 0 tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen. Het per verzekerde gekozen eigen risico is in dat geval vermeld op de polis en wordt alsdan in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens deze verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. In die gevallen waarin een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het eigen risico.

3.3.2. Op het eigen risico is niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door het Nza vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
- tandheelkundige hulp voor verzekerden tot 22 jaar zoals beschreven in artikel 4.13.4. met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen;
- hulpmiddelen in bruikleen met uitzondering van kosten zoals bezorging en onderhoud.

3.3.3. De verzekerde van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de mogelijkheden zonder eigen risico of met een eigen risico van € 100 , € 300 of € 500. Indien de verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 300 of € 500 geldt een premiekorting op de premie. Zie de premiebijlage behorende bij deze verzekeringsvoorwaarden.

3.3.4. Indien de verzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die verzekeringsovereenkomst 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 verzekering zal lopen of heeft gelopen en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.

3.3.5. Indien de zorgverzekeraar één of meer van de door hem aangeboden eigen risico's laat vervallen, geeft de zorgverzekeraar de verzekeringsnemers die een verzekeringsovereenkomst met zo'n eigen risico hebben afgesloten, de mogelijkheid om te kiezen voor een verzekering met een lager of zonder eigen risico.

3.3.6. In afwijking van hetgeen is beschreven in artikel 3.3.4. wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt 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.

3.3.7. Met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar kan worden gekozen voor een wijziging in de hoogte van het eigen risico, mits de zorgverzekeraar hiertoe twee maanden voor het einde van de verzekering een schriftelijk verzoek heeft ontvangen.

3.3.8. Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgaanbieder de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo

nodig het openstaande eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.

3.4. Wederzijdse administratieve verplichtingen

3.4.1. De verzekerde die is verzekerd volgens deze verzekeringsovereenkomst heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van de genoten zorg of overige diensten zoals omschreven in artikel 4 van deze overeenkomst.

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

3.4.3. Vergoeding van de kosten van de zorg of overige diensten is gelijk aan het tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien de zorgverzekeraar geen tarief is overeengekomen is de vergoeding gelijk aan het WMG-tarief. Indien op grond van de WMG geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door de NZa is goedgekeurd of vastgesteld, wordt ten hoogste het WMG-tarief in rekening gebracht. Indien de zorgverzekeraar geen tarief is overeengekomen en er geen WMG-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.

3.4.4. De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of de dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een 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.

3.4.5. De aanspraak op vergoeding van kosten als omschreven in artikel 4 wordt naar de inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

3.4.6. 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. Recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat mits de zorg wordt verleend op de plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

3.4.7. Indien en voor zover de zorgaanbieder een hoger bedrag voor de kosten van de zorg of de dienst bij de zorgverzekeraar declareert dan waarop de verzekerde recht heeft, wordt verzekerde geacht een volmacht tot incasso op naam aan de zorgverzekeraar voor het de vergoeding overstijgende bedrag te hebben gegeven.

3.4.8. Er vindt rechtstreekse declaratie door de zorgaanbieder plaats indien dit met de zorgverzekeraar is overeengekomen.

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

3.4.10. Alleen originele nota's, voorzien van een bank-/gironummer van de zorgaanbieder komen voor vergoeding in aanmerking.

3.4.11. Betaling geschiedt rechtstreeks aan de zorgaanbieder indien dit is overeengekomen tussen beide partijen.

3.4.12. Behoudens artikel 3.4.11. vindt betaling plaats aan de verzekerde.

3.4.13. Vergoedingen of tegemoetkomingen worden slechts betaalbaar gesteld op een bankrekening in Nederland. Bij het ontbreken daarvan vindt vergoeding of tegemoetkoming plaats op een door verzekerde aangegeven wijze onder aftrek van de kosten van het internationale betalingsverkeer en verrekening van eventuele valutaverschillen.

3.4.14. Eventuele eigen bijdragen komen voor rekening van de verzekerde.

3.4.15. De zorgverzekeraar streeft ernaar de verzekerde kosten binnen 15 werkdagen na ontvangst van de originele nota te vergoeden.

3.4.16. De verzekeringsnemer 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 de zorgverzekeraar te melden. Wijzigingen zijn onder meer verhuizing, huwelijk, samenwerking, (echt)scheiding, geboorte of wijziging bank-/gironummer. Voor het nalaten van het hierboven bepaalde draagt de zorgverzekeraar geen enkel risico. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.	3.4.26.	Een herziening van de voorwaarden in deze verzekeringsvoorwaarden geschiedt voor iedere verzekering op en in overleg met degene met wie het collectief contract is gesloten vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, in ieder geval voor de datum van de ingang van de wijziging.
3.4.17.	In geval van echtscheiding wordt de niet tot de doelgroep van degene met wie het collectief contract is gesloten behorende verzekerde van deelname aan het collectieve contract uitgesloten.	3.4.27.	Indien de zorgverzekeraar de verzekeringsvoorwaarden van de verzekeringsovereenkomst ten nadele van de verzekeringnemer wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging haar is medegedeeld.
3.4.18.	Voor een wettelijke vertegenwoordiger geldt een termijn van 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht om een pasgeboren kind te verzekeren.	3.4.28.	Heeft de zorgverzekeraar binnen een maand na de in artikel 3.4.27. genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden.
3.4.19.	In geval van overlijden vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.		
3.4.20.	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 de zorgverzekeraar.	Artikel 4	Geneeskundige zorg
3.4.21.	Indien een derde voor de kosten, voortvloeiende uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde aansprakelijk is, is de verzekerde verplicht de zorgverzekeraar kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade.	4.1	Zorg door een huisarts
3.4.22.	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 de zorgverzekeraar.	4.1.1.	Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder, die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek. Huisartsenzorg dient te worden verleend door een huisarts, een arts/zorgaanbieder, die onder de verantwoordelijkheid van de huisarts werkzaam is, verpleeghuisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of bedrijfsarts.
3.4.23.	In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt enigerlei regelingen treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten kan worden benadeeld.	4.2.	Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke Gezondheidszorg)
3.4.24.	Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in artikel 3.4.20. tot en met artikel 3.4.23. is de verzekerde tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de schade die de zorgverzekeraar daardoor lijdt.	4.2.1.	Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts of de medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.
3.4.25.	De verzekerde is verplicht: <ul style="list-style-type: none"> a. bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een identiteitskaart; b. 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 de zorgverzekeraar daarom vraagt; c. aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie met inachtneming van de privacyregelgeving; d. binnen een redelijke termijn aan de verzekeraar te melden dat verzekerde is gedetineerd, in verband met de wettelijke bepalingen in het woonland inzake opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie; e. 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 de zorgverzekeraar is gehouden, binnen 36 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de zorgverzekeraar 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; f. bij behandelingen waarvoor in de verzekeringsvoorwaarden een schriftelijke verwijzing is vereist, een verwijsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt, dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is of is geweest; g. indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat toestemming van de zorgverzekeraar is vereist, dan dienen deze behandelingen vooraf te worden aangevraagd en te zijn goedgekeurd. Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden.	4.2.2.	<i>Ziekenhuisopname</i> Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of, na schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar, een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen instelling gedurende 24 uur tot ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, verleend door een medisch-specialist, kaakchirurg of een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder, en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verleend door een verpleegkundige, en verzorging, verleend door een verpleegkundige of kraamverzorgende. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname. <i>Toestemmingsvereisten</i> Voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar is vereist voor verblijf in verband met medisch-specialistische behandelingen, zoals omschreven in het Reglement medisch-specialistische zorg. Het door de zorgverzekeraar opgestelde Reglement medisch-specialistische zorg maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.zorgzaamverzekerd.nl en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: +31725277677 of via zorgvragenzorgzaam@unive.nl .
		4.2.3.	<i>Niet-klinische medisch-specialistische zorg</i> Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling, verleend door een medisch-specialist of een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder, in een ziekenhuis of een reval-

lidatie-instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling, verleend door een medisch-specialist of een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder, in een door de zorgverzekeraar gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling, verleend door een medisch-specialist of een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder, in de huisartspraktijk van de medisch-specialist of een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. In alle gevallen wordt ook verstaan verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. De hiervoor beschreven zorg omvat niet verpleging in de thuissituatie die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

Toestemmingsvereisten

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar is vereist voor medisch-specialistische behandelingen, zoals omschreven in het Reglement medisch-specialistische zorg. Het door de zorgverzekeraar opgestelde Reglement medisch-specialistische zorg maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.zorgzaamverzekerd.nl en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: +31725277677 of via zorgvragenzorgzaam@unive.nl.

4.2.4.

Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op de vergoeding van kosten indien die strekt ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk, die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen, die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting; de buikwand (abdominoplastiek) indien er sprake is van een verminking, die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooien of van een zeer ernstige bewegingsbeperking;
- verlamde of verslaptte bovenoogleden, die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Toestemmingsvereisten

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar is vereist voor medisch-specialistische behandelingen, zoals omschreven in het Reglement medisch-specialistische zorg. Het door de zorgverzekeraar opgestelde Reglement medisch-specialistische zorg maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.zorgzaamverzekerd.nl en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: +31725277677 of via zorgvragenzorgzaam@unive.nl.

4.2.5.

Uitgesloten behandelingen

1. Geen aanspraak bestaat op de vierde of volgende in vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap;
2. Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:
 - behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - liposuctie van de buik;
 - het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstampuatie;
 - het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medisch noodzaak;

- 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 van mannelijke verzekerden (besnijdenis).

4.3.

Verloskundige zorg en kraamzorg

4.3.1.

De zwangere verzekerde en haar kind hebben aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch-specialist, met dien verstande dat deze zorg dient te worden verstrekt zoals een verloskundige huisarts of een medisch-specialist die pleegt te bieden. Indien de medisch-specialist verloskundige zorg verleent is een verwijzing van de huisarts noodzakelijk. Verloskundige zorg omvat tevens counseling en het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) oftewel tweede trimester echo voor alle zwangere verzekerde en de combinatietest (nekplooi-meting en serumtest) voor zwangere verzekerde van 36 jaar en ouder of met een medische indicatie. Het structureel echoscopisch onderzoek (oftewel tweede trimester echo voor alle zwangere verzekerde en de combinatietest voor zwangere verzekerde van 36 jaar en ouder of met een medische indicatie) dient te worden uitgevoerd door een echoscopisch centrum dat een overeenkomst heeft afgesloten met het Regionale Centrum voor Prenatale Screening. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een kraamverzorgende of een verpleegkundige, verbonden aan een kraamzorgaanbieder of ziekenhuis die, indien van toepassing, beschikt over de wettelijk vereiste toelating of erkenning, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. Verloskundige zorg en kraamzorg dienen plaats te vinden bij de verzekerde thuis, in een ziekenhuis of, na schriftelijke toestemming van de zorgaanbieder, een door de zorgaanbieder nader aan te wijzen kraamcentrum.

Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

4.3.1.1.

Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige, huisarts of medisch specialist medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg als bedoeld in artikel 4.2. al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

4.3.1.2.

Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak (poliklinische bevalling)

Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis of verloskundig centrum zonder medische noodzaak plaatsvinden, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten van verloskundige hulp en kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 15 per opnamedag. In totaal bedraagt de eigen bijdrage dus € 30 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis de € 108 per dag te boven gaat. Dit betekent dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt. In de brochure *Bevalling en Kraamzorg* staat welk bedrag er precies wordt vergoed.

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.

4.3.1.3.

Kraamzorg thuis, na bevalling in een ziekenhuis

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg zoals omschreven in artikel 4.3.1.4. sub c, 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 artikel 4.3.1.4. sub c genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

4.3.1.4.

Bevalling en kraambed thuis

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaats vinden bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor:

- a. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;

	<p>c. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een zelfstandig werkend kraamverzorgende, van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door de kraamzorg-aanbieder in overleg met de verzekeraar.</p> <p>Op de vergoeding onder c blijft een bedrag van € 3,80 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.</p>	<p>wonen van de donor in een ander land dan het woonland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in het woonland en eventuele gedeerde inkomsten.</p>
<p>4.3.2.</p>	<p>De kraamzorgaanbieder bepaalt het recht op het aantal kraamuren op basis van het Landelijk indicatie protocol kraamzorg. 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 Landelijk indicatie protocol kraamzorg kan worden opgevraagd bij de kraamzorgaanbieder.</p>	<p>4.5.3. Aanspraak op de vergoeding van kosten in gevolge dit artikel bestaat uitsluitend na voorafgaande schriftelijke toestemming door de zorgverzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.</p>
<p>4.4.</p>	<p>Revalidatie</p>	<p>4.6. Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse</p>
<p>4.4.1.</p>	<p><i>Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - de zorg is verleend door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een medisch-specialist; - de zorg is verleend in een revalidatie-instelling of ziekenhuis; - deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering 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; - de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is. 	<p>4.6.1. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse verleend in een dialysecentrum, ziekenhuis of ten huize van de verzekerde, al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, noodzakelijke deskundige assistentie en de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde, alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.</p>
<p>4.4.2.</p>	<p><i>Revalidatie kan plaatsvinden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - in een klinische situatie revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname; - in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling). 	<p>4.6.2. Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn; - de kosten van het in bruikleen geven van dialyse-apparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse; - de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien; - vergoeding van de overige kosten zoals bijvoorbeeld stroomkosten, die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien; - de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.
<p></p>	<p><i>Voorschrijvereisten</i> Voor revalidatie is een voorschrift van de behandelend medisch-specialist noodzakelijk.</p> <p><i>Toestemmingsvereisten</i> Voor revalidatie is voorafgaande schriftelijke toestemming van de verzekeraar vereist.</p>	<p>4.6.3. Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse dient te worden verricht in overleg met en onder verantwoordelijkheid van een daartoe opgeleide medisch-specialist in een dialysecentrum, een ziekenhuis of bij de verzekerde thuis.</p>
<p>4.5.</p>	<p>Transplantaties</p>	<p>4.7. Mechanische beademing</p>
<p>4.5.1.</p>	<p>Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor transplantatie door een medisch-specialist in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nierpancreas. Onder de aanspraak op vergoeding van kosten vallen tevens de vergoeding van kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor het onderzoek, de preservatie, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.</p>	<p>4.7.1. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor de verzekerde op noodzakelijke mechanische beademing, verleend door een medisch-specialist, alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en verpleegkundige zorg, geneesmiddelen, verblijf en verzorging in een beademingscentrum of ziekenhuis. 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur; b. de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.
<p>4.5.2.</p>	<p>De donor heeft aanspraak op de kosten van zorg conform deze polis, gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opname. Voorts kan de donor aanspraak maken op de vergoeding van kosten voor vervoer, ofwel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen het woonland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel - indien en voor zover medisch noodzakelijk - per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar het woonland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in het woonland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het</p>	<p>4.8. Oncologische aandoeningen bij kinderen</p> <p>4.8.1. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).</p> <p>4.9. Trombosedienst</p> <p>4.9.1. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts. De zorg omvat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 de 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, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven appara-

	tuur, alsmede 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.		
4.10.	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering		
4.10.1.	Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmaterialen, 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 erfelijkheidsadvisering. Erfelijkheidsonderzoek dient plaats te vinden in een centrum voor erfelijkheidsadvies of een ziekenhuis. De zorg omvat het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale 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.	4.12.4.	<i>Ergotherapie</i> Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling door een ergotherapeut gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, verpleeghuisarts of medisch-specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte, ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis of op medisch voorschrift ten huize van de verzekerde met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.
4.11.	Audiologische zorg		
4.11.1.	Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor zorg verleend door een medisch-specialist of, na schriftelijke toestemming van de verzekeraar, een door de verzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder in een audiologisch centrum of in een ziekenhuis, bestaande uit: <ul style="list-style-type: none"> – onderzoek naar de gehoorfunctie; – advisering over de aan te schaffen hoorapparatuur; – voorlichting over het gebruik van de apparatuur; – psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie; – hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen. 	4.12.5.	<i>Logopedie</i> Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van de huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist, tandarts of tandarts-specialist door een logopedist of logopedist gespecialiseerd in afasie, preverbaal, stotteren en De Hanen Oudercursus, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Voor specifieke stottertherapie is een gericht voorschrift van voornoemde zorgaanbieders noodzakelijk. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid. 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.
4.12.	Paramedische zorg		
4.12.1.	<i>Paramedische zorg</i> De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefen therapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefen therapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.	4.12.6.	<i>Dieetadvisering</i> Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een medisch doel, op verwijzing van een huisarts, dan wel de arts die verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of tandarts in de praktijk van de diëtist, thuiszorginstelling, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis, gedurende maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.
4.12.2.	<i>Fysiotherapie en oefen therapie</i> Fysiotherapie en oefen therapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefen therapeuten, die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste negen behandelingen. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is raadpleegbaar op www.zorgzaamverzekerd.nl of op aanvraag verkrijgbaar bij de Helpdesk van de zorgverzekeraar.	4.13.	Mondzorg
	<i>Voorschrijfvereisten</i> Voor fysiotherapie en oefen therapie is een voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, verpleeghuisarts of medisch-specialist noodzakelijk.	4.13.1.	Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is: <ol style="list-style-type: none"> a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan; b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; c. indien 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.
	<i>Toestemmingsvereisten</i> Voor behandelingen in verband met aandoeningen zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist.	4.13.2.	Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is tevens onder de zorg als in artikel 4.13.1., onder a, begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
4.12.3.	<i>Fysiotherapie en oefen therapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar</i> Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat fysiotherapie en oefen therapie in andere gevallen dan het bepaalde in artikel 4.12.2. tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.	4.13.3.	Orthodontische hulp is slechts onder de zorg als bedoeld in artikel 4.13.1. begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groei stoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
	<i>Voorschrijfvereisten</i> Voor fysiotherapie en oefen therapie is een voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, verpleeghuisarts of medisch-specialist noodzakelijk. Indien u naar een gecontracteerde fysiotherapeut of oefen therapeut gaat, is voor fysiotherapie en oefen therapie geen voorschrift noodzakelijk.		Mondzorg als omschreven in artikel 4.13.1., artikel 4.13.2. en artikel 4.13.3. dient te worden verleend door: <ul style="list-style-type: none"> – een tandarts, indien het zorg zoals omschreven in artikel 4.13.1. en artikel 4.13.2., betreft; – een instelling voor bijzondere tandheelkunde; – een orthodontist, indien het zorg zoals omschreven in artikel 4.13.3., betreft; – een kaakchirurg, indien het zorg zoals omschreven in artikel 4.13.2., betreft; – een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder.
	<i>Toestemmingsvereisten</i> Voor behandelingen in verband met aandoeningen zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, is		

	De mondzorg wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, een ziekenhuis, in de instelling voor bijzondere tandheelkunde of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.	4.13.8.	De jeugdige verzekerde heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.
4.13.4.	<p>Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan 22 jaar in andere gevallen dan in artikel 4.13.1., onderdelen a tot en met c:</p> <ol style="list-style-type: none"> periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp 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 hulp is aangewezen; sealing; parodontale hulp; anesthesie; endodontische hulp; restauratie van gebits-elementen met plastische materialen; gnathologische hulp; uitneembare prothetische voorzieningen; tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede 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 hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten; röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp. <p>Mondzorg, als omschreven in artikel 4.13.4., uitgezonderd sub c, d, e en f, dient te worden verleend door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een tandarts; - een instelling voor jeugd tandverzorging; - een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder. <p>Mondzorg, als omschreven in artikel 4.13.4. sub c, d, e en f, dient te worden verleend door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een tandarts; - een instelling voor jeugd tandverzorging; - een mondhygiënist; - een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder. <p>Mondzorg wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, een dental car, instelling voor jeugd tandverzorging of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.</p>	4.13.9.	<p>Gebitsprothese</p> <p>Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding de kosten in aanmerking van een volledige immedi-aatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed.</p> <p>De kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese worden voor 100% vergoed. 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.</p> <p>Verwijzings- en toestemmingsvereisten</p> <p>Voor mondzorg als omschreven in artikel 4.13.1. is een verwijzing van de tandarts noodzakelijk. Voor mondzorg bij de verzekerde thuis is een verwijzing van de huisarts dan wel de arts die als huisarts fungeert of medisch-specialist noodzakelijk.</p> <p>Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten voor mondzorg is voor de volgende verstrekkingen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist:</p> <ol style="list-style-type: none"> voor mondzorg als omschreven in artikel 4.13.1., artikel 4.13.2. en artikel 4.13.3.; voor tandvervangende zorg met niet-plastische materialen als omschreven in artikel 4.13.4.; voor mondzorg in een instelling voor bijzondere tandheelkunde of ter plaatse waar de verzekerde verblijft; voor mondzorg als omschreven in artikel 4.13.5. sub a, indien de zorg parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft; voor mondzorg als omschreven in artikel 4.13.5. sub b, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600 per onder- c.q. bovenkaak bedragen; voor mondzorg als omschreven in artikel 4.13.5. sub b, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 500 per onder- c.q. bovenkaak bedragen; voor mondzorg als omschreven in artikel 4.13.5. sub b, indien de volledige vervangingsprothese binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen. <p>Bij aanvraag dient een schriftelijke motivering van de zorgaanbieder en een schriftelijk behandelingsplan te worden gevraagd.</p>
4.13.5.	<p>Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 22 jaar en ouder in andere gevallen dan in artikel 4.13.1., onderdeel a tot en met c beschreven:</p> <ol style="list-style-type: none"> chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat; uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak. <p>Mondzorg, als omschreven in sub a, dient te worden verleend door een kaakchirurg. De mondzorg wordt verleend in een ziekenhuis, de praktijk van de medisch-specialist of een zelfstandig behandelcentrum.</p> <p>Mondzorg, als omschreven in sub b, dient te worden verleend door een tandarts of door een tandprotheticus. De mondzorg wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, ziekenhuis, instelling voor bijzondere tandheelkunde of op medisch voorschrift bij de verzekerde thuis.</p>	4.13.10.	<p>Ziekenhuisopname</p> <p>De aanspraak omvat chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, verleend door een kaakchirurg, en het verblijf, al dan niet gepaard gaand met verpleging en verzorging, verleend door een verpleegkundige. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname. Hiervoor zijn dezelfde voorwaarden van toepassing zoals opgenomen in artikel 4.2.2..</p> <p>Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.</p>
4.13.6.	De verzekerde van 22 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge artikel 4.13.1. onder a, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge artikel 4.13.1. onder b tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebits-elementen 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.	4.14.	Farmaceutische zorg
4.13.7.	De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg als bedoeld in artikel 4.13.1., een eigen bijdrage verschuldigd van € 125 per kaak.	4.14.1.	<p>Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van ter hand stellen van:</p> <ol style="list-style-type: none"> de door de zorgverzekeraar op basis van de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen; een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover: <ul style="list-style-type: none"> - behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is; - de verzekerde het geneesmiddel betreft bij een apotheker/apotheekhoudende huisarts met wie de zorgverzekeraar een voorkeurovereenkomst heeft gesloten. De Lijst met apothekers/apotheekhoudenden

	de huisartsen met wie de zorgverzekeraar een voorkeursovereenkomst heeft gesloten, kan worden geraadpleegd op www.zorgzaamverzekerd.nl ;		
	c. andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8., eerste lid, onder b van het Besluit zorgverzekering;		
	d. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.		
4.14.2.	<p>De genoemde aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van ter hand stellen van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. Een en ander is nader uitgewerkt in het Reglement farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst wordt toegestuurd door de zorgverzekeraar. Het Reglement is tevens in te zien via www.zorgzaamverzekerd.nl.</p> <p>De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Deze geneesmiddelen zijn terug te vinden in de lijst Preferente Geneesmiddelen die deel uitmaakt van het door de zorgverzekeraar opgestelde Reglement farmaceutische zorg. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.</p> <p>Tenzij de zorgverzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de zorgaanbieder, dienen de onder artikel 4.14.1. genoemde middelen ter hand te worden gesteld op voorschrift van een huisarts, dan wel een arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Aflevering geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudende huisarts. Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In aansluiting daarop stelt de zorgverzekeraar in het Reglement farmaceutische zorg nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de aflevering van een aantal geneesmiddelen.</p> <p><i>Voorschrijf- en toestemmingsvereisten</i></p> <p>De verzekerde heeft per voorschrift aanspraak op de geneesmiddelen voor een periode van maximaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft (onder nieuwe medicatie verstaat de zorgverzekeraar een medicatie die de afgelopen 12 maanden niet door een apotheek of apotheekhoudende huisarts aan de verzekerde is verstrekt); - 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 anticonceptiva betreft; - 12 maanden maximaal wanneer verzekerde voor een langere periode naar een ander land dan het woonland gaat, met uitzondering van Anxiolytica en slaapmiddelen, deze worden voor maximaal 1 maand verstrekt; - 1 maand in overige gevallen. <p>Daar waar het, in het door de zorgverzekeraar opgestelde Reglement farmaceutische zorg is aangegeven, is voor bepaalde geneesmiddelen voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist.</p>		
4.14.3.	<p><i>Farmaceutische zorg omvat geen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - farmaceutische zorg in de bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen; - geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen; - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig door de Minister niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel; - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet; - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet. 		
4.14.4.	<p><i>Aanspraak op dieetpreparaten bestaat uitsluitend als sprake is van:</i></p> <p>a. een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, of:</p>		
		b. een dreigende ernstige ondervoeding door: <ul style="list-style-type: none"> - een chronisch obstructief longlijden, of - een cystische fibrose, of - een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand. <p>Dieetpreparaten dienen te worden verstrekt door een apotheker of apotheekhoudende huisarts, (medisch-) gespecialiseerd leverancier, of een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen leverancier.</p> <p><i>Voorschrijf- en toestemmingsvereisten:</i></p> <p>Voor dieetpreparaten is een voorschrift van een medisch-specialist, huisarts, kaakchirurg of diëtiste noodzakelijk. Daar waar het in het door de zorgverzekeraar opgestelde Reglement farmaceutische zorg is aangegeven, is voor bepaalde geneesmiddelen voorafgaande schriftelijke toestemming van de verzekeraar vereist.</p>	
4.14.5.		Een eigen bijdrage is verschuldigd voor een geneesmiddel in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen indien de inkoop prijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage is eveneens verschuldigd 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. De zorgverzekeraar brengt dit bedrag in mindering.	
4.14.6.		Volledige vergoeding conform artikel 3.6.3. of indien van toepassing volledige vergoeding conform het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS).	
4.15.		Hulpmiddelenzorg	
4.15.1.		Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). Deze worden afgeleverd door apothekers, apotheekhoudende huisartsen, (medisch) gespecialiseerde leveranciers of, na schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar, door een nader door de zorgverzekeraar aan te wijzen leverancier. Medische hulpmiddelen mogen daarnaast worden afgeleverd door een medisch speciaalzaak en orthopedisch instrumentmaker. Medische hulpmiddelen dienen te worden verstrekt en/of aangemeten in de praktijkruimte van de leverancier, of plaats waar de verzekerde verblijft. In het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar is opgenomen welke leverancier het door u benodigde hulpmiddel mag leveren. Tevens zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Het Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via www.zorgzaamverzekerd.nl en wordt u desgevraagd toegezonden.	
4.15.2.		Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel of verbandmiddel zijn voorafgaande toestemming vereist of een voorschrift noodzakelijk. Voor verbandmiddelen is een voorschrift van een arts, tandarts, verloskundige of van een persoon of instelling die zorg verleent als bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgafspraken AWBZ noodzakelijk. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.	
4.15.3.		De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de 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.	
4.15.4.		De te vergoeden hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.	
4.15.5.		Aanspraak op de vergoeding van de kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.	
4.16.		Ziekenvervoer	
4.16.1.		Onder ziekenvervoer wordt verstaan vervoer per ambulance en zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.	

4.16.2. Aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in het woonland, door een ambulance of nader door de zorgverzekeraar aangewezen personen of partijen, doch uitsluitend indien er sprake is van ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

4.16.3. De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat het vervoer naar een zorgaanbieder of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten - met inachtneming van een eventueel eigen risico - geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen. Voorts omvat de aanspraak het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven.
De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat tevens het vervoer van zorgaanbieders en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.

Zittend ziekenvervoer

4.16.4. Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in artikel 4.16.3, per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, door een taxibedrijf, openbaar vervoerder, mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving) of na schriftelijke toestemming een nader door de zorgverzekeraar aan te wijzen vervoerder, op voorschift van een huisarts, dan wel de arts die verzekerde van huisartsenzorg voorziet of medisch specialist over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en moet worden vervoerd naar een zorgaanbieder bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en moet worden vervoerd naar een zorgaanbieder bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.
Indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Toestemmingsvereisten

Uit een verklaring van de huisarts, de arts die verzekerde van huisartsenzorg voorziet of de medisch-specialist, moet blijken dat de verzekerde één of meerdere van de hierboven genoemde indicaties heeft en de reden waarom medisch vervoer noodzakelijk is. Deze verklaring moet naar de zorgverzekeraar worden gestuurd. De zorgverzekeraar bepaalt vervolgens of gebruik mag worden gemaakt van (rolstoel)taxi, eigen vervoer of een openbaar middel van vervoer.

4.16.5. Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

4.16.6. Indien ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi, ambulance of eigen auto niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

4.16.7. Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.

4.16.8. Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 89 per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. Indien in de loop van het kalenderjaar een herziening plaatsvindt van

de eigen bijdrage van € 89 geldt het laagste bedrag. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,28 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

4.16.9.

Een eigen bijdrage is niet verschuldigd:

- 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 verzekering 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.

4.17.

Buitenland

4.17.1.

De verzekerde die woonachtig is in een ander land dan Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 4 van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

4.17.2.

De verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:

- a. tot maximaal het op dat moment op basis van de WMG vastgestelde (maximum-) tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
- b. indien en voor zover geen op basis van de WMG vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Toestemmingsvereisten

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 de zorgverzekeraar vereist.

4.17.3.

Verzekerden zijn bij tijdelijk verblijf in een land anders dan het woonland en bij vestiging in een land anders dan de EU, EER of verdragsland bij klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Univé Alarmservice, telefoonnummer: +31206515111. De Univé Alarmservice zal zorgdragen voor de afhandeling van declaraties.

4.17.4.

De vergoeding van de gedekte kosten vindt in Nederland in euro's plaats tegen de koers op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden.

4.17.5.

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.

4.17.6.

Om voor vergoeding conform artikel 4.17.1. en artikel 4.17.2. in aanmerking te komen, dient de verzekerde gespecificeerde rekeningen, in het Engels, Frans, Duits, Spaans of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingswijzen te overleggen.

4.18.

Uitsluitingen

4.18.1.

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

- de eigen bijdrage van bevolkingsonderzoek;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
- griepvaccinaties;
- alternatieve geneeswijzen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- declaraties als gevolg van niet nagekomen aanspraken;
- kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige zorg.

4.19.	Algemeen	5.3.3.	Univé beslist over geschillen en klachten in overleg met het bestuur Zorgzaam. Indien de verzekerde het geschil aan de gewone rechter wil voorleggen dient dit te geschieden binnen een maand na de uitspraak van Univé.
4.19.1.	<i>Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polis omschreven</i> In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.	5.4.	Bescherming persoonsgegevens
4.19.2.	<i>Opname in een andere dan de verzekerde klasse</i> Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.	5.4.1.	De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte gegevens kunnen worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze verwerking van persoonsgegevens zijn de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens van de Zorgverzekeraar van toepassing. In deze gedragsregels worden de rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de Gedragsregels kunnen worden opgevraagd bij Univé Verzekeringen, postbus 607, 8000 AP Zwolle of via www.zorgzaamverzekerder.nl .
4.19.3.	<i>Begin en einde van de vergoeding</i> Indien verzekerde op grond van eerdere bepalingen in deze verzekeringsovereenkomst recht heeft op vergoeding van de gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover verzekerde zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.	5.5.	Fraude
Artikel 5 Overige bepalingen		5.5.1.	Onder fraude wordt verstaan het door organisaties en (rechts)personen die bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van de overeenkomst van zorgverzekering betrokken zijn, het plegen of trachten te plegen en het doen of plegen van: <ul style="list-style-type: none"> – valsheid in geschrifte; – oplichting / bedrog; – benadering van schuldeisers of rechthebbenden; – verduistering; met als doel het onder valse voorwendsels/oneigenlijke gronden verkrijgen van een verzekeringsdekking, uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat.
5.1.	Het aanvragen van toestemming	5.5.2.	<i>Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat:</i> <ol style="list-style-type: none"> a. persoonsgegevens worden opgenomen in het incidentenregister van de zorgverzekeraar; b. in het geheel geen verzekeringsuitkering plaatsvindt; c. de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd; d. ook alle andere binnen de organisatie van de zorgverzekeraar lopende verzekeringen zullen worden beëindigd; e. er een registratie plaatsvindt in het tussen zorgverzekeraars gangbare signaleringssysteem (e.e.a. conform het incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen); f. eventueel uitgekeerde schade wordt teruggevorderd en onderzoekskosten in rekening worden gebracht; g. er in principe aangifte wordt gedaan bij de politie, justitie of de Economische Controle Dienst (ECD).
5.1.1.	Indien voor de toekenning of tegemoetkoming vooraf strekking van een machtiging is vereist, is de verzekerde verplicht vooraf zorg te dragen voor de aanvraag van de machtiging. De aanvraag dient te zijn ondertekend door de behandelend zorgaanbieder.	5.6.	Molest / Terrorisme
5.1.2.	Indien een machtiging naar tijdsduur beperkt is of voor een bepaald aantal behandelingen is verleend en verlenging noodzakelijk is, moet de verzekerde er voor zorgdragen dat tijdig een verlenging van de machtiging wordt gevraagd.	5.6.1.	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 munitie één en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd.
5.1.3.	Indien de verzekerde ten genoegen van de zorgverzekeraar aantoonde dat het niet tijdig aanvragen van de machtiging of verlenging van de machtiging het gevolg is van omstandigheden die het hem redelijkerwijs onmogelijk maakten aan zijn verplichtingen te voldoen, kunnen bij wijze van uitzondering de in artikel 5.1.1. bedoelde vergoedingen of tegemoetkomingen worden uitgekeerd, indien naar het oordeel van de medisch- of tandheelkundig adviseur de machtiging of verlenging alsnog kan worden verleend.	5.6.2.	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.
5.2.	Overige verplichtingen van de verzekerde	5.6.3.	Indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade (NHT). Een omschrijving van de definities en het clausuleblad terrorismedekking is op aanvraag bij de zorgverzekeraar verkrijgbaar.
5.2.1.	De verzekerde is verplicht in voorkomende gevallen de originele nota's binnen 36 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de zorgverzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandelingsdatum 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.		
5.2.2.	Bij het niet nakomen van de in artikel 5.2.1. genoemde verplichtingen behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden.		
5.3.	Klachten en geschillen		
5.3.1.	Indien een verzekerde zich niet met een beslissing kan verenigen, kan hij zijn bezwaren schriftelijk kenbaar maken aan afdeling klachtenmanager van Univé Verzekeringen, postbus 276, 1800 BJ Alkmaar.		
5.3.2.	Nadat de zorgverzekeraar in heroverweging een besluit heeft genomen, kan de verzekerde het geschil ook schriftelijk voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. De Ombudsman Zorgverzekeringen kan bemiddelen bij klachten, maar brengt geen bindend advies uit.		

MEER WETEN?

Helpdesk Zorgzaam

Beschikbaarheid maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 17.00 uur
Telefoonnummer: (072) 527 76 77
Vanuit het buitenland: +31 72 52 77 677

Zorgzaam

MPC 58V
Postbus 10400
2501 HK Den Haag
E-mail: contact@zorgzaamverzekerd.nl
Internet: www.zorgzaamverzekerd.nl

Univé

Postbus 276
1800 BJ Alkmaar
E-mail zorgvragen: zorgvragen@unive.nl
Email zorgbemiddeling: zorgbemiddelaar@unive.nl
Internet: www.unive.nl