

MODELOVEREENKOMST ZORGZAAM (ingaande 1 januari 2006)

Inhoudsopgave

Artikel 1 Begripsomschrijvingen	1
Artikel 2 Grondslag van de verzekering en 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. Te verzekeren risico en te verzekeren prestaties	4
3.3. De premiegrondslag	4
3.4. No-claim teruggave bij beperkt zorggebruik	4
3.5. Eigen risico en bijbehorende premiekorting	5
3.6. Wederzijdse administratieve verplichtingen	5
Artikel 4 Geneeskundige zorg	6
4.1. Zorg door een huisarts	6
4.2. Medisch-specialistische zorg	6
4.3. Verloskundige zorg en kraamzorg	7
4.4. Revalidatie	7
4.5. Transplantaties	7
4.6. Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse	8
4.7. Mechanische beademing	8
4.8. Oncologische aandoeningen bij kinderen	8
4.9. Trombosedienst	8
4.10. Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	8
4.11. Audiologische zorg	8
4.12. Paramedische zorg	8
4.13. Mondzorg	9
4.14. Farmaceutische zorg	10
4.15. Hulpmiddelenzorg	10
4.16. Ziekenvervoer	11
4.17. Buitenland	11
4.18. Uitsluitingen	12
4.19. Algemeen	12
Artikel 5 Overige bepalingen	12
5.1. Het aanvragen van machtigingen	12
5.2. Overige verplichtingen van de verzekerde	12
5.3. Geschillen	12
5.4. Bescherming persoonsgegevens	12
5.5. Fraude	12
5.6. Molest / Terrorisme	12

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts, die volgens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) bevoegd is tot het uitoefenen van de artseneijbereidkunst.

Apotheker

Een apotheker, die als zodanig geregistreerd staat 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 geregistreerd staat 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 register Huisarts, Verpleeghuis, en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of 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 gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling 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.

CTG / Zorgautoriteit i.o. / CTG-tarief

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC- prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgaanvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel 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 modelovereenkomst voor vergoeding in aanmerking komende kosten, welke de verzekerde zelf dient te dragen alvorens het resterende deel van die kosten voor vergoeding in aanmerking komt.

Eigen risico

Het eigen risicobedrag dat als zodanig op de zorgpolis 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-staat

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

Farmaceutische zorg

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement geneesmiddelen.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherape 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.

Huisarts

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

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, dan wel de tarieven die op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg, dan wel de tarieven welke conform de Nederlandse markt als passend worden geacht, in rekening mogen worden gebracht.

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 en 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.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is toegelaten.

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-specialist

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

Modelovereenkomst

Model van een zorgverzekering, waarin een overzicht wordt gegeven van de rechten en plichten die de verzekeringsnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar jegens elkaar zullen hebben indien een overeenkomst volgens het betreffende model is gesloten.

Mondhygiënist

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

No-claim

Regeling waarbij er door de zorgverzekeraar een bedrag aan de verzekerde wordt teruggestort wanneer er in een kalenderjaar geen of minder dan een bij Besluit zorgverzekering vastgesteld bedrag aan medische kosten is gedeclareerd.

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 geschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk 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.

Spoedeisende zorg

Onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat 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".

Treeknormen

Door ziekenhuizen, huisartsen en medisch- specialisten opgestelde streef-normen voor wachttijden voor niet spoedeisende hulp. De volgende normen worden momenteel gehanteerd als maximale, acceptabele wachttijden:

Ziekenhuis/specialist:	4 weken
Diagnostiek/indicatie:	4 weken
Poliklinische behandeling:	6 weken
Klinische behandeling:	7 weken

Verbandmiddelen

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

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 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 geregistreerd staat 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 zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekeringsnemer

Degene die de modelovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Verzekeringsovereenkomst

De overeenkomst tussen verzekeringsnemer en de zorgverzekeraar.

Verzekeringsplichtige

Degene die verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Wet BIG

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

WTG

De Wet Tarieven Gezondheidszorg regelt welke prijs door zorgaanbieders bij de ziektekostenverzekeraars 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 (niet-spoedeisende) 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.

Zorgpolis

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

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet (ZVW) aanbiedt, in casu N.V. Univé Zorg.

Artikel 2 Grondslag van de verzekering en toepassingsgebied

- 2.1. Deze modelovereenkomst kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.
- 2.2. Deze modelovereenkomst moet worden uitgelegd en toegepast conform de ZVW, het Besluit zorgverzekering en de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het ingevulde aanvraagformulier.
- 2.3. Voor zover na het tijdstip waarop de tekst van deze modelovereenkomst in druk is gegaan, zou blijken dat de modelovereenkomst op enig onderdeel niet in overeenstemming is met het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, wordt de modelovereenkomst geacht te zijn gewijzigd zodanig dat zij wel in overeenstemming is met het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Bindend is uitsluitend de tekst van de modelovereenkomst, zoals deze luidt met inachtneming van de wijziging(en) als bedoeld in de vorige volzin. De zorgverzekeraar zal de verzekerden zodra mogelijk schriftelijk informeren over de eventuele wijziging(en) van de tekst van de modelovereenkomst die uit dit artikellid voortvloeien. De eventueel aangepaste volledige tekst van de modelovereenkomsten kan worden geraadpleegd op www.zorgzaamverzekerd.nl, ligt ter inzage ten kantore van de zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.
- 2.4. Indien dit tussen partijen is overeengekomen wordt de zorg op basis van deze modelovereenkomst behoudens eigen bijdrage rechtstreeks door de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Indien er geen overeenkomst is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar kunnen de kosten van de verstrekte zorg rechtstreeks bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd.
- 2.5. Deze modelovereenkomst geeft in Hoofdstuk 3 een overzicht van de rechten en plichten die de verzekeringsnemer, de verzekerden en de zorgverzekeraar jegens elkaar hebben op grond van de ZVW.
- 2.6. De zorgverzekering is tot stand gekomen op basis van de gegevens, als bedoeld in artikel 5 van de ZVW, welke door de verzekeringsnemer aan de zorgverzekeraar zijn verschaft.
- 2.7. De zorgverzekeraar verwoordt voor iedere verzekerde de inhoud van de gesloten zorgverzekering in de zorgpolis, welke vervolgens voor deze verzekerde als bewijsstuk van de verzekering geldt. De zorgverzekeraar zal de verzekeringsnemer en indien de verzekerde een ander is dan de verzekeringsnemer, voor ieder kalenderjaar een zorgpolis verstrekken. Naast de zorgpolis wordt aan de verzekerde een bewijs van inschrijving verstrekt. De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringsnemer een bewijs van het einde van de zorgverzekering overeenkomstig artikel 9, lid 2 van de ZVW. Indien verzekerde een ander is dan de verzekeringsnemer ontvangt ook de verzekerde een bewijs van het einde van de zorgverzekering.
- 2.8. De lijst van gecontracteerde zorgaanbieders, de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg, onderliggende reglementen, schriftelijke gegevens verstrekt door de verzekeringsnemer, maken onderdeel uit van deze modelovereenkomst. De lijst van gecontracteerde zorgaanbieders, de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg en onderliggende reglementen liggen ter inzage bij de zorgverzekeraar, zijn raadpleegbaar op www.zorgzaamverzekerd.nl en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij de Helpdesk van de zorgverzekeraar via telefoonnummer 072 - 5277677 of via zorgvragen@unive.nl.
- 2.9. De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg en overige diensten als in de modelovereenkomst omschreven, wordt naar 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.
- 2.10. 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.
- 2.11. Op deze modelovereenkomst 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 over deze gedragscode is bij de zorgverzekeraar op te vragen.

Artikel 3 Rechten en plichten van de verzekeringsnemer, de verzekerden en de zorgverzekeraar

3.1. Begin, einde en duur van de zorgverzekering

- 3.1.1. De zorgverzekering gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek van de verzekeringsnemer tot het sluiten van de aangegeven variant van de zorgverzekering heeft ontvangen.
- 3.1.2. Indien de zorgverzekeraar op basis van het in artikel 3.1.1 bedoelde verzoek niet kan vaststellen of hij verplicht is voor de te verzekerende persoon een zorgverzekering te sluiten, en de zorgverzekeraar de persoon die de zorgverzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de zorgverzekering, in afwijking van het in 3.1.1 gestelde, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
- 3.1.3. De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringsnemer en de verzekerde indien deze een andere is dan de verzekeringsnemer onverwijld:
 - a. een bewijs van het verzoek, bedoeld in 3.1.1, waarop de datum van ontvangst is vermeld;
 - b. een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in 3.1.2, waarop de datum van ontvangst is vermeld.
- 3.1.4. Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in 3.1.1, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering is verzekerd en de verzekeringsnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in 3.1.1 of 3.1.2, gaat de verzekering op die latere dag in.
- 3.1.5. Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 7.17.1.1, eerste lid van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- 3.1.6. De looptijd van de zorgverzekering is één kalenderjaar.
- 3.1.7. Indien in afwijking van het gestelde in 3.1.6. de zorgverzekering wordt afgesloten in de loop van het kalenderjaar geldt een looptijd tot het einde van het erop volgende kalenderjaar.
- 3.1.8. De zorgverzekering wordt na afloop van het kalenderjaar telkens met één jaar verlengd, tenzij uiterlijk twee maanden voor de dag waarop die termijn is verstreken, van de verzekeringsnemer namens de verzekerde een schriftelijk verzoek om beëindiging van de verzekering is ontvangen.
- 3.1.9. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
 - a. de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
 - b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen;
 - c. de verzekerde overlijdt;
 - d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.
- 3.1.10. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten het werkgebied waarin de zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten variant van de zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.
- 3.1.11. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringsnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van 3.1.9, onderdeel a of b eindigt, van dit einde op de hoogte onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- 3.1.12. De verzekeringsnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van 3.1.9 onderdeel c of d, dan wel artikel 3.1.10 tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden. Indien de zorgverzekeraar op grond van dit artikel bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de zorgverzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringsnemer mede.
- 3.1.13. De verzekeringsnemer kan voor elk van haar verzekerden de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd. Deze opzegging gaat in per de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop door de verzekeringsnemer is opgezegd tenzij de opzegging heeft plaatsgevonden voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering.

- 3.1.14. In afwijking van artikel 7.17.1.13, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek:
- kan de verzekeringnemer de zorgverzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie is meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging;
 - kan niet worden opgezegd indien een wijziging in de verzekerde zorg ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de ZVW gestelde regels.
 - kan de verzekeringnemer de modelovereenkomst beëindigen zoals vastgelegd in de tussen de verzekeringnemer en de zorgverzekeraar gesloten Overeenkomst.
Deze opzegging gaat in per de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop door de verzekeringnemer is opgezegd.
- 3.1.15. Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.
- 3.1.16. Nadrukkelijk wordt bepaald dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens het bepaalde in 3.1.17 en 3.3.7.
- 3.1.17. Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens de verzekeringnemer en/of verzekerde is gehandeld met het opzet om de verzekeraar te misleiden. Indien de zorgverzekeraar ontdekt dat de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of indien de zorgverzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen zorgverzekering zou hebben afgesloten, kan de verzekeringsovereenkomst binnen twee maanden na de ontdekking met onmiddellijke ingang worden opgezegd.
- 3.1.18. De zorgverzekeraar heeft het recht om binnen een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst te sluiten met of ten behoeve van een verzekeringplichtige wiens eerdere zorgverzekering door de zorgverzekeraar of de verzekeringnemer volgens de artikelen 3.1.16 en 3.1.17 is opgezegd.
- 3.1.19. Indien ten behoeve van één of meer verzekerden een verzekeringsovereenkomst tot stand komt en later blijkt dat één of meer verzekerden geen verzekeringsovereenkomst hadden, wordt de verzekeringsovereenkomst geacht nooit te hebben bestaan. De verzekerde is gehouden alle gedurende de periode van onterechte verzekering vergoede kosten te restitueren. De verzekeraar kan deze vordering desgewenst compenseren met andere uitkeringen aan de verzekerde.
- 3.2. Te verzekeren risico en te verzekeren prestaties**
- 3.2.1. Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:
- geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
 - mondzorg;
 - farmaceutische zorg;
 - hulpmiddelenzorg;
 - verpleging;
 - verzorging, waaronder kraamzorg;
 - verblijf in verband met geneeskundige zorg;
 - vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een aanspraak op grond van de AWBZ.
- 3.2.2. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
- 3.2.3. In het Besluit zorgverzekering en Regeling zorgverzekering worden de inhoud en omvang van de in 3.2.2 bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij dat besluit/die regeling aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
- 3.2.4. Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of instelling binnen Nederland, wordt de vergoeding verlaagd met een bedrag dan wel een percentage als genoemd in 3.6.7.
- 3.3. De premiegrondslag**
- 3.3.1. Krachtens de ZVW is de verzekeringnemer premie verschuldigd voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder.
- 3.3.2. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, bij vooruitbetaling te voldoen. Een en ander zoals overeengekomen tussen de verzekeringnemer en de zorgverzekeraar.
- 3.3.3. Voor een verzekerde die de leeftijd van 18 jaar bereikt, is premie verschuldigd ingaande op de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar is geworden.
- 3.3.4. De premiegrondslag is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in 3.5.4 of een in het collectieve contract overeengekomen collectiviteitskorting, of een termijnbetalingenkorting geldt of zal gelden. De grondslag van de premie, de eventueel van toepassing zijnde kortingen, de verschuldigde premie en de bij de verzekerde in rekening gebrachte premie zijn opgenomen in de zorgpolis.
- 3.3.5. In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgende op de overlijdensdatum.
- 3.3.6. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de maand waarin deze de verzekeringnemer is medegeedeeld.
- 3.3.7. Schorsing: Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan de zorgverzekeraar de dekking van de verzekeringsovereenkomst opschorten en/of ontbinden of opzeggen, nadat de verzekeringnemer na de vervaldag onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 30 dagen aanvangende de dag na aanmaning. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te betalen. Indien de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgende op die, waarop alle verschuldigde bedragen en kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen.
- 3.4. No-claim teruggave bij beperkt zorggebruik**
- 3.4.1. Indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan een bij Besluit zorgverzekering te bepalen bedrag (€ 255,- voor 2006), heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op een bedrag, de no-claimteruggave, dat gelijk is aan het verschil tussen het bij Besluit zorgverzekering bepaalde bedrag en eerder bedoelde waarde.
- 3.4.2. Geen recht op no-claimteruggave hebben verzekerden voor wie geen premie is verschuldigd.
- 3.4.3. Indien de zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar is ingegaan respectievelijk is geëindigd en de verzekeringnemer niet direct voorafgaande aan de ingangsdatum respectievelijk direct volgende op de datum waarop de verzekering eindigde een zorgverzekering met de zorgverzekeraar had gesloten, dan wel indien de verzekerde gedurende het kalenderjaar 18 jaar is geworden, wordt het in 3.4.1 bij Besluit zorgverzekering bepaalde bedrag, pro rata vastgesteld.
- 3.4.4. Indien 3.4.3 van toepassing is, wordt de no-claimteruggave berekend door van het ingevolge lid 3 bepaalde bedrag af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop de verzekerde 18 jaar werd.
- 3.4.5. Op de no-claimteruggave zijn 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 CTG/Zorgautoriteit i.o. vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.
- 3.4.6. Voor de toepassing van de no-claimteruggave-regeling is de situatie op 31 december van het desbetreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt vaststelling op het recht op no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als na 1 april blijkt dat voor het voorgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw vastgesteld door de zorgverzekeraar en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden gecompenseerd met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering.
- 3.4.7. Voor de vaststelling van de no-claimteruggave wordt de DBC toegekeerd aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 3.5. Eigen risico en bijbehorende premiekorting**
- 3.5.1. Op de zorgpolis 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 zorgpolis en wordt alsdan in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de

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.

3.5.2 De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten een eigen risico. Onder kosten van inschrijving worden verstaan:

- a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
- b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of de instelling, voor zover deze vergoedingen tussen Univé en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedeelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

3.5.3 In plaats van artikel 3.5.2 geldt, zodra aan de hierna genoemde voorwaarde is voldaan, dat alle kosten zoals huisartsen die plegen te bieden alsmede kosten van farmaceutische zorg buiten een eigen risico vallen. Het voorgaande geldt onder de opschortende voorwaarde dat het College van toezicht op de zorgverzekeringen met deze bepaling instemt. Zodra de zorgverzekeraar deze instemming heeft verkregen, zal de zorgverzekeraar de verzekerde daarvoor op de hoogte stellen.

3.5.4 De verzekerde van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de mogelijkheden zonder eigen risico of een eigen risico van € 100,-, € 300,- of € 500,-. De bijbehorende korting op de grondslag van de premie is bij een eigen risico van € 100,- een bedrag van € 4,- op maandbasis, bij een eigen risico van € 300,- een bedrag van € 10,- op maandbasis en bij een eigen risico van € 500,- een bedrag van € 17,50 op maandbasis.

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

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

3.5.7 In afwijking van hetgeen is beschreven in 3.5.5 wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt als volgt berekend:

- a. 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;
- b. de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
- c. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.

3.5.8 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.

3.5.9 De zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten slechts in mindering op een voor een bepaald kalenderjaar geldend eigen risico voor zover deze kosten het voor de verzekerde voor dat kalenderjaar relevante no-claimbedrag hebben overschreden.

3.5.10 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.

3.5.11 Voor de vaststelling van het eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het kalenderjaar waarin deze wordt geopend.

3.6. Wederzijdse administratieve verplichtingen

3.6.1 De verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van de genoten zorg of overige diensten zoals omschreven in artikel 4 van deze modelovereenkomst alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

3.6.2 Deze modelovereenkomst bestaat uit deels gecontracteerde zorg en deels uit niet-gecontracteerde zorg. Per verzekerde aanspraak is in 3.6.7 en 3.6.8 aangegeven in hoeverre verzekerde de zorg dient te betrekken bij een gecontracteerde aanbieder.

3.6.3 Indien bij Besluit zorgverzekering op grond van artikel 12 lid 1 van de ZVW bepaalde vormen van zorg zijn aangewezen, vergoedt de zorgverzekeraar slechts de kosten van de zorg indien met de zorgaanbieder een overeenkomst over de te leveren zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs is gesloten, dan wel indien de

zorgaanbieder bij hem in dienst is. 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 WTG-tarief. Indien op grond van de WTG geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door het CTG/Zorgautoriteit i.o. is goedgekeurd of vastgesteld, wordt ten hoogste het WTG-tarief in rekening gebracht. Indien de zorgverzekeraar geen tarief is overeengekomen en er geen WTG-tarief van toepassing is dat uitsluitend in rekening mag worden gebracht, bedraagt de vergoeding ten hoogste het tarief dat naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Een eventuele eigen bijdrage of eigen risico komt voor rekening van de verzekerde.

3.6.4 Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

3.6.5 Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend, medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren (zie 3.6.10).

3.6.6 In het geval er sprake is van spoedeisende zorg die geen uitstel gedooft wordt de toestemming tot het invoeren van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

3.6.7 Verzekerde dient een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst te betrekken bij een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs. Indien de verzekerde deze zorg of andere dienst niettemin betreft bij een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, heeft de verzekerde recht op een gedeeltelijke vergoeding van kosten. De gedeeltelijke vergoeding bedraagt 90% van de gemiddeld door de zorgverzekeraar met de desbetreffende zorgaanbieders overeengekomen tarieven. Het per zorg of dienst geldende bedrag is vermeld in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg. Deze Lijst maakt deel uit van deze overeenkomst, met inbegrip van toekomstige wijzigingen daarvan. De Lijst kan worden geraadpleegd via www.zorgzaamverzekerder.nl, zij wordt op verzoek aan de verzekerde toegezonden en gegevens uit de Lijst kunnen telefonisch bij de zorgverzekeraar worden opgevraagd. In afwijking van het voorgaande worden de kosten van huisartsenzorg als omschreven in artikel 4.1 steeds volledig vergoed.

3.6.8 Indien een verzekerde bij een aanspraak de verleende zorg betreft bij de huisarts, fysiotherapeut, tandarts of orthodontist is het bepaalde in 3.6.7 niet van toepassing. Daarnaast wordt er eveneens geen korting op de vergoeding gegeven indien de vergoeding gelijk aan of lager is dan de vergoeding verleend op basis van een gecontracteerde zorgaanbieder.

3.6.9 In geval van spoedeisende zorg, dan wel de verzekerde zorgsoort niet tijdig beschikbaar is, dan wel na vooraf verkregen schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar, is het gestelde in 3.6.7 niet van toepassing.

3.6.10 De zorgverzekeraar hanteert de zogenoemde Treeknormen als leidraad voor de zorg als omschreven in artikel 4. Indien de zorgaanbieder de zorg niet binnen de gestelde Treeknormen kan leveren, kan verzekerde een beroep doen op de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar.

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

3.6.12 Er vindt rechtstreekse declaratie en betaling tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar plaats indien dit is overeengekomen tussen beide partijen.

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

3.6.14 Alleen originele nota's, voorzien van een bankrekeningnummer van de zorgaanbieder komen voor vergoeding in aanmerking.

3.6.15 Behoudens 3.6.12 vindt betaling plaats aan de verzekerde. Voor een juiste en snelle afhandeling van de nota's zijn de volgende gegevens op de nota nodig:

- a. Burgerservice-nummer (BSN-nummer) / sofinummer;
- b. Een O rechtsboven wanneer er sprake is van een behandeling als gevolg van een ongeval.

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

- 3.6.17. De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging die invloed heeft op de rechten en plichten uit de verzekeringsovereenkomst zo spoedig mogelijk, uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de zorgverzekeraar te melden. Wijzigingen zijn onder meer verhuizing, huwelijk, samenwoning, (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.
- 3.6.18. Voor een wettelijke vertegenwoordiger geldt een termijn van 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht om een pasgeboren kind te verzekeren.
- 3.6.19. De verzekeringnemer is verplicht bij opzegging van de verzekeringsovereenkomst aan de zorgverzekeraar mee te delen wie de nieuwe zorgverzekeraar is.
- 3.6.20. 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.
- 3.6.21. 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.
- 3.6.22. 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.
- 3.6.23. 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.
- 3.6.24. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in 3.6.20 tot en met 3.6.23 is de verzekerde tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de schade die de zorgverzekeraar daardoor lijdt.
- 3.6.25. De verzekerde is verplicht:
- bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
 - de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de arts of de medisch adviseur van de zorgverzekeraar daarom vraagt;
 - aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
 - binnen een redelijke termijn aan de zorgverzekeraar te melden dat verzekerde gedetineerd is;
 - 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 24 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de zorgverzekeraar in te dienen;
 - 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 uitvoeren medisch noodzakelijk is of is geweest;
 - indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat (voorafgaande) toestemming van de zorgverzekeraar is vereist, dan dienen deze behandelingen vooraf bij de zorgverzekeraar te worden aangevraagd en door de zorgverzekeraar te zijn goedgekeurd;
- Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden.
- 3.6.26. De zorgverzekeraar is bevoegd om eenzijdig wijzigingen aan te brengen in deze verzekeringsovereenkomst, de lijst van zorgaanbieders en andere onderliggende reglementen.
- 3.6.27. Een herziening van de voorwaarden in deze verzekeringsovereenkomst geschiedt op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, in ieder geval voor de datum van ingang van de wijziging.
- 3.6.28. Indien de zorgverzekeraar de voorwaarden van de modelovereenkomst ten nadele van de verzekeringnemer wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging haar is medegedeeld.
- 3.6.29. Heeft de zorgverzekeraar binnen een maand na de tussen de zorgverzekeraar en verzekeringnemer overeengekomen datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden.

3.6.30. Indien en voorzover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de zorgverzekering is gehouden, wordt de verzekerde geacht een volmacht tot incasso, op naam van de zorgverzekeraar, van het voor de verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde te hebben verleend.

Artikel 4 Geneeskundige zorg

4.1 Zorg door een huisarts

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, verpleeghuisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten en bedrijfsarts.

4.2 Medisch-specialistische zorg

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. 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.

4.2.2. Ziekenhuisopname

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 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, verleend door een medisch-specialist 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.

Toestemmingsvereisten

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 modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.zorgzaamverzekerd.nl en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij de Helpdesk van de zorgverzekeraar via telefoonnummer 072 - 5277677 of via zorgvragen@unive.nl.

4.2.3. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op 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 revalidatie-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.

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 modelovereenkomst. Het Reglement is raad-

pleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij de Helpdesk van de zorgverzekeraar via telefoonnummer 072 - 5277677 of via zorgvragen@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;
- verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepletten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.

4.2.5. *Uitgesloten behandelingen*

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor behandelingen - daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de tweede en derde In Vitro Fertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap.

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

- behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- abdominoplastiek en liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen, vervangen of verwijderen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie van mannelijke verzekerden (besnijdenis).

4.3. Verloskundige zorg en kraamzorg

4.3.1. De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg 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 verstrekt dient te worden zoals een verloskundige die pleegt te bieden. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een kraamverzorgende, 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 instelling.

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 of huisarts 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*

Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis 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 € 14,- per opnamedag. In totaal bedraagt de eigen bijdrage dus € 28,- per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis de € 100,50 per dag te boven gaat. 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 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 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;
- 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 kraamzorgaanbieder in overleg met de verzekeraar.

Op de vergoeding onder c) blijft een bedrag van € 3,50 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

4.3.2. De kraamzorgaanbieder bepaalt het recht op het aantal kraamuren op basis van een indicatieprotocol. Het toegekende aantal uren is afhankelijk van de noodzakelijke zorg voor moeder en kind, maar bedraagt minimaal 24 uur en maximaal 80 uur verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het indicatieprotocol kan worden opgevraagd bij de kraamzorgaanbieder.

4.3.3. Kraamzorg moet worden aangevraagd via Univé Kraamzorg (telefoon: 0800-8998099, gratis).

4.4. Revalidatie

4.4.1. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:

- 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, en,
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

4.4.2. Revalidatie kan plaatsvinden:

- 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).

Voorschrijvereisten

Voor revalidatie is een voorschrift van de behandelend medisch-specialist noodzakelijk.

Toestemmingsvereisten

Voor revalidatie is voorafgaande schriftelijke toestemming van de verzekeraar vereist.

4.5. Transplantaties

4.5.1. 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.

4.5.2. Vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in artikel 4, voor zover gemaakt aan de kant van de donor, vindt plaats aan de donor gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, en 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 dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland 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 Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen

van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten.

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.

4.6. Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

4.6.1. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse verleend ten huize van de verzekerde al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging 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.

4.6.2. Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:

- 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-apparaatuur 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;
- de overige kosten 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.

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.

4.7. Mechanische beademing

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 farmaceutische zorg, verblijf, verpleging 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:

- a. het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparaatuur;
- b. de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

4.8. Oncologische aandoeningen bij kinderen

4.8.1. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skin).

4.9. Trombosedienst

4.9.1. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts. De zorg omvat:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van de verzekerde;
- c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparaatuur 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 apparaatuur, 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. 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.

4.11. 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:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- 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 tot zeven jaar.

4.12. Paramedische zorg

4.12.1. Paramedische zorg

De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

4.12.2. Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Fysiotherapie en oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder omvat niet de eerste negen behandelingen. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is raadpleegbaar op www.zorgzaamverzekerd.nl op aanvraag verkrijgbaar bij de Helpdesk van de zorgverzekeraar.

4.12.3. Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie 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.

Voorschriftvereisten

Voor fysiotherapie en oefentherapie is een voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, verpleeghuisarts of medisch-specialist noodzakelijk.

Toestemmingsvereisten

Voor behandelingen in verband met aandoeningen zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

4.12.4. Ergotherapie

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling door een ergotherapeut gedurende maximaal 10 behandelingen 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 ten huize van de verzekerde met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

4.12.5. Logopedie

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, 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.

4.12.6. Dieetadvisering

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 de 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 behandelingen per kalenderjaar.

4.13. Mondzorg

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:

- a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel 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; of
- 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.
- 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 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.
- 4.13.3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg als bedoeld in 4.13.1 begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groei- of tand-kaakmondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
- Mondzorg als omschreven in artikel 4.13.1, 4.13.2 en 4.13.3 dient te worden verleend door:
- een tandarts, zoals omschreven in 4.13.1 en 4.13.2, betreft;
 - een instelling voor bijzondere tandheelkunde;
 - een orthodontist, zoals omschreven in 4.13.3, betreft;
 - een kaakchirurg, zoals omschreven in 4.13.2, betreft;
 - een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder.
- 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.
- 4.13.4. Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar in andere gevallen dan in artikel 4.13.1, onderdelen a tot en met c:
- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. 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;
 - m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
- Mondzorg, als omschreven in 4.13.4, dient te worden verleend door:
- een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG;
 - een instelling voor jeugdtandverzorging;
 - een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder.
- Mondzorg wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, een dental car, instelling voor jeugdtandverzorging of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.
- 4.13.5. Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan in 4.13.1, onderdeel a tot en met c beschreven:
- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.
- 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.
- 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.
- 4.13.6. De verzekerde van 18 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge 4.13.1 onder a, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge 4.13.1 onder b tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.
- 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 4.13.1, een eigen bijdrage verschuldigd van € 90,-.
- 4.13.8. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg ter plaatse waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent), is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist vereist.
- 4.13.9. 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.
- 4.13.10. **Gebitsprothese**
Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding de kosten in aanmerking van een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed.
- Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. goedgekeurde tarief in aanmerking.
- Verwijzings- en toestemmingsvereisten**
Voor mondzorg als omschreven in 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.
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:
- a. voor mondzorg als omschreven in 4.13.1, 4.13.2 en 4.13.3;
 - b. voor tandvervangende zorg met niet-plastische materialen als omschreven in 4.13.4;
 - c. voor mondzorg in een instelling voor bijzondere tandheelkunde of ter plaatse waar de verzekerde verblijft;
 - d. voor mondzorg als omschreven in 4.13.5 sub a, indien de zorg parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft;
 - e. voor mondzorg als omschreven in 4.13.5 sub b, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 525,- per onder c.q. bovenkaak bedragen, dan wel € 1.000,- voor boven- en onderkaak gelijktijdig.
 - f. voor mondzorg als omschreven in 4.13.5 sub b, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 450,- per onder c.q. bovenkaak bedragen, dan wel € 850,- voor boven- en onderkaak gelijktijdig.
 - g. voor mondzorg als omschreven in 4.13.5 sub b, indien de volledige vervangingsprothese binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.
- Bij aanvraag dient een schriftelijke motivering van de zorgaanbieder en een schriftelijk behandelingsplan te worden gevoegd.
- De toestemming voor mondzorg, als omschreven in artikel 4.13.1 en 4.13.4 sub l, kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- 4.14. **Farmaceutische zorg**
- 4.14.1. Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van aflevering van:
- a. de door de zorgverzekeraar op basis van de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover:

- behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is; of,
 - de verzekerde het geneesmiddel betreft van een apotheker/apotheekhoudende huisarts met wie de zorgverzekeraar een voorkeursovereenkomst heeft gesloten. De Lijst met apothekers/apotheekhoudende huisartsen met wie de zorgverzekeraar een voorkeursovereenkomst heeft gesloten, kan worden geraadpleegd op www.zorgzaamverzekerd.nl.
- c. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;
- d. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

4.14.2. De genoemde aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van aflevering van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering als zodanig tevens zijn aangewezen door de verzekeraar. Een en ander is nader uitgewerkt in het Reglement Geneesmiddelen van de zorgverzekeraar dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst wordt toegestuurd door de zorgverzekeraar. Deze is tevens in te zien via www.zorgzaamverzekerd.nl. 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 Geneesmiddelen. 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.

Tenzij de zorgverzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder, dienen de onder lid 1 genoemde middelen te zijn afgeleverd op voorschrift van een arts, 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 geneesmiddelen nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de aflevering van een aantal geneesmiddelen.

Afleverings-, voorschrijf- en toestemmingsvereisten:

Per voorschrift worden niet meer geneesmiddelen afgeleverd c.q. worden de kosten van aflevering slechts vergoed voor een periode van:

- 15 dagen indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- 15 dagen indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft;
- 3 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica;
- 1 jaar indien het orale anticonceptiva betreft;
- 1 maand in overige gevallen.

Daar waar het, in het door de zorgverzekeraar opgestelde Reglement Geneesmiddelen, is aangegeven is voor bepaalde geneesmiddelen voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

4.14.3. Farmaceutische zorg omvat geen:

- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op 150.000 inwoners;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig door de Minister niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.

4.14.4. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding van kosten in aanmerking als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden met een dreigende ernstige ondervoeding, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

Dieetpreparaten dienen te worden verstrekt door een apotheker of apothekhoudend huisarts, (medisch-) gespecialiseerde leverancier, of een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen leverancier.

Voorschrijf- en toestemmingsvereisten

Voor dieetpreparaten is een voorschrift van een (huis)arts of diëtiste noodzakelijk.

Voor dieetpreparaten is voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Het verzoek om toestemming voor vergoeding van dieetpreparaten dient altijd tijdig en vooraf door de verzekerde te worden ingediend, vergezeld van een schriftelijke, gemoti-

veerde toelichting van de behandelend arts. De toestemming voor vergoeding geldt minimaal voor de aangevraagde duur tot maximaal één jaar.

Voor dieetpreparaten voor zuigelingen met koemelkeiwitallergie is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De diagnose moet worden gesteld via een lege arts uitgeoefende eliminatie/provocatietest.

De aanvraagprocedure om toestemming is als volgt:

- Voor zuigelingen vanaf 3 maanden oud:
 - Erste aanvraag (initieel specifiek klachtenpatroon, de verdenking op koemelkallergie en vervolgens de eliminatieperiode van 4 tot 6 weken, waarna hernieuwde blootstelling);
- Voor kinderen jonger dan 12 maanden:
 - Machtiging vanaf datum positieve test tot aan de leeftijd van 12 maanden
- Voor kinderen tussen de 12 en 18 maanden:
 - Machtiging vanaf datum 2e positieve test tot aan de leeftijd van 18 maanden
- Voor kinderen tussen de 18 en 24 maanden:
 - Machtiging vanaf datum 3e positieve test tot aan de leeftijd van 24 maanden
- Voor kinderen ouder dan 24 maanden:
 - Op de aanvraag dient vermeld te worden dat:
 - positieve test voor zowel koemelk als soja;
 - rapportage diëtiste met daarin vermelding van de allergie, eventueel gecombineerd met allergie voor andere voedselbestanddelen, en een motivatie waarom er gebruik gemaakt dient te worden van speciale dieetvoeding.

4.14.5. Een eigen bijdrage is verschuldigd voor een geneesmiddel in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen indien de inkoopprijs 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 Vergoedingsstelsel (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, apothekhoudende huisartsen, (medisch) gespecialiseerde leveranciers of, na schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar, een nader door de zorgverzekeraar aan te wijzen leverancier. Medische hulpmiddelen mogen daarnaast worden afgeleverd door een orthopedisch instrumentmaker. Medische hulpmiddelen dienen te worden verstrekt en/of aangemeten in de praktijkruimte van de leverancier, ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis of bij de verzekerde thuis. In het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar is opgenomen welke leverancier het door u benodigde hulpmiddel mag leveren en zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Conform het Reglement hulpmiddelen omvat de aanspraak, in afwijking van artikel 3.6.1 en bovenstaande, in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen. Het Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via www.zorgzaamverzekerd.nl en wordt u desgevraagd toegesonden.

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 aangegeven.

4.15.6. Hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de vergoeding van kosten. Evenmin valt onder de aanspraak de vergoeding van kosten

van die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.

4.16. Ziekenvervoer

4.16.1. Onder ziekenvervoer wordt verstaan vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.

4.16.2. Ambulancevervoer

Aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, door een door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde ambulancevervoerder of nader door de zorgverzekeraar aangewezen personen of partijen, doch uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, 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 vergoeding van kosten behelst verder het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgaanbieder of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt.

De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat tevens het vervoer van eerdergenoemde 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.

4.16.4. Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

4.16.5. Zittend ziekenvervoer

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 voorschrift 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 die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden 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 vervoerd moet worden 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.

4.16.6. 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.

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

4.16.8. 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.

4.16.9. Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 83,- per 12 maanden niet voor vergoeding in aanmerking. Indien in de loop van een tijdvak van twaalf maanden een herziening plaatsvindt van de eigen bijdrage van € 83,-, geldt het laagste bedrag. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,24 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

4.16.10. 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 woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld 3.6.3 van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

4.17.2. De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft keuze:

- a. aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- b. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:
 - tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

4.17.3. De verzekerde die woont in een land dat geen EU-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:

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

4.17.4. Hetgeen is beschreven in 4.17.2 is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of Verdragsland.

4.17.5. In de gevallen bedoeld in 4.17.1 tot en met 4.17.4 vindt, indien de verzekerde vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, volledige vergoeding van kosten plaats.

4.17.6. Verzekerden zijn bij tijdelijk verblijf in een land anders dan het woonland bij klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Univé Alarmservice, telefoon 0031206515111. De Univé Alarmservice zal zorgdragen voor de afhandeling van declaraties.

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

4.17.8. 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.

4.17.9. Om voor vergoeding conform 4.17.1, 4.17.2 sub b en 4.17.3 in aanmerking te komen, dient de verzekerde gespecificeerde rekeningen, in het Engels, Frans, Duits of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingswijzen te overleggen.

4.17.10. Om voor vergoeding conform 4.17.2 sub a in aanmerking te komen, is verzekerde verplicht zich bij de zorgaanbieder of bevoegde instantie te legitimeren met de vooraf bij Univé aan te vragen verzekeringsverklaring.

4.17.11. Indien een verzekerde met toestemming van de Minister van Defensie verblijft bij de in het buitenland geplaatste militair of geplaatste defensieburgermedewerker kan dit gezinslid, in tegenstelling tot de situatie in Nederland, gebruik maken van de faciliteiten van de Militair Geneeskundige Diensten.

4.18. Uitsluitingen

4.18.1. Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

- de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en die 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 hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg.

4.19. Algemeen

4.19.1. *Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polis omschreven*
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.

4.19.2. *Opname in een andere dan de verzekerde klasse*
Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

4.19.3. *Begin en einde van de vergoeding*
Indien verzekerde op grond van eerdere bepalingen in deze zorgpolis 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.

Artikel 5 Overige bepalingen

5.1. Het aanvragen van machtigingen

5.1.1. Indien voor de toekenning of tegemoetkoming vooraf verstrekking 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 arts of tandarts.

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.

5.1.3. Indien de verzekerde ten genoegen van de zorgverzekeraar aantooft 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 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.

5.2. Overige verplichtingen van de verzekerde

5.2.1. In voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf 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.

5.2.2. Bij het niet nakomen van de in 5.2.1 genoemde verplichtingen behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden.

5.3. Geschillen

5.3.1. Indien een verzekerde zich niet met een beslissing kan verenigen, kan hij binnen zes weken na de dag waarop de beslissing aan hem is verzonden, zijn bezwaren schriftelijk kenbaar maken aan afdeling klachtenbehandeling van Univé Verzekeringen, postbus 276, 1800 BJ Alkmaar. De afdeling klachtenbehandeling van Univé Verzekeringen zal hierop binnen zes weken haar definitieve besluit kenbaar maken.

5.3.2. Nadat de zorgverzekeraar in heroverweging een besluit heeft genomen, kan de verzekerde het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekeringswet. Deze instantie brengt een bindend advies uit.

5.3.3. Het gestelde in 5.3.1 en 5.3.2 doet niet af aan het recht van de verzekerde een geschil voor te leggen aan de burgerlijke rechter. Indien de verzekerde een geschil in een bodemprocedure aan de burgerlijke rechter heeft voorgelegd, blijft artikel 5.3.2 buiten toepassing.

5.4. Bescherming persoonsgegevens

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.zorgzaamverzekerd.nl.

5.5. Fraude

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:

- 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.

5.5.2. Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat:

- 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).

5.6. Molest / Terrorisme

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.

5.6.2. 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 Herverzekingsmaatschappij (NHT) voor Terrorismeschaden N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op prestaties tot een door die maatschappij te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

5.6.3. Indien na een terroristische handeling op grond van artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in het vorige lid, recht op prestaties van een bij ministeriële regeling te bepalen omvang. Een omschrijving van de definities en het clausuleblad terrorismedekking is op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij de Helpdesk van de zorgverzekeraar via telefoonnummer 072 – 5277677 of via zorgvragen@unive.nl.