

Algemene verzekerings- voorwaarden Univé 2009

Aanvullende Verzekeringen

Univé Extra Zorg polis 1, 2, 3 en 4

behorende bij de Univé Zorg Samen polis



Daar plukt ú de vruchten van!

(ingaande 1 januari 2009)

Inhoudsopgave	blz
Artikel 1 Begripsomschrijving	2
Artikel 2 Algemene bepalingen	3
2.1. Grondslag van de verzekering	3
2.2. Kinderen	3
2.3. Bedenkperiode	3
2.4. Prestatiewijze aanvullende verzekering	3
2.5. Mededelingsplicht	3
2.6. Aanvang, duur en einde van de verzekering	3
2.7. Premie en schorsing	4
2.8. Wijziging premie en/of verstrekkingen	4
2.9. Administratiekosten	4
2.10. Informatie- en meldingsplichten	4
2.11. Bijzondere verplichtingen en vergoeding van nota's	5
2.12. Aansprakelijkheid van derden	5
2.13. Vrijwaring van aansprakelijkheid	5
2.14. Schadevergoeding	5
2.15. Overige bepalingen	5
2.16. Collectieve contracten	5
2.17. Klachten en geschillen	6
2.18. Fraude	6
2.19. Molest	6
Vergoedingen Univé Extra Zorg polis	7
Uitsluitingen	16

VERZICHT INHOUD ARTIKELEN		
Omschrijving	artikel	blz
Basiszorg	3	7
IVF	3.1.	7
Second opinion	3.2.	7
Vervoer	3.3.	7
Alternatieve geneeswijzen (budget)	4	7
Behandelingen en consulten	4.1.	7
Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	4.2.	8
Buitenland	5	8
Geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf	5.1.	8
Geneeskundige zorg bij vestiging	5.2.	8
Repatriëring	5.3.	9
Cosmetische behandelingen	6	9
Plastische chirurgie tot 18 jaar	6.1.	9
Plastische chirurgie vanaf 18 jaar	6.2.	9
Beweegzorg (budget)	7	9
Alternatieve bewegingstherapie	7.2	9
Ergotherapie	7.2.	9
Fysiotherapie	7.1	9
Oedeemtherapie	7.2	9
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	7.2.	9
Hulpmiddelen (budget)	8	10
Gebitsprothesen (eigen bijdrage)	8.1	10
Geboortetens	8.2	10
Hulpmiddelen (eigen bijdrage)	8.3	10
Plaswekker	8.4	10
Steunpessarium	8.5	10
Steunzolen	8.6	10
Gezichtshulpmiddelen	9	11
Brillen en contactlenzen	9.1	11
Ooglaserbehandeling	9.2	11
Mondzorg	10	11
Mondzorg tot 18 jaar	10.1	11
Orthodontie	10.2	11
Preventie (budget)	11	11
Cursus thuiszorgorg./patiëntenvereniging	11.5	12
EHBO-cursus	11.6	12
Gewichtsconsulent	11.7	12
Gezondheidstest	11.1	11
Griepvaccinatie	11.2	11
Lidmaatschap patiëntenvereniging	11.10	12
Preventieve inenting/malariapillen	11.3	11
Reanimatiecursus	11.8	12
Sport en spel hartpatiënten	11.11	12
Sport medisch advies	11.4	11
Vakantiereizen (eigen bijdrage)	11.9	12
Therapieën (budget)	12	12
Acnebehandeling	12.1	12
Camouflagetherapie	12.2	12
Dieetadvisering	12.3	12
Elektrische epilatie/laserontharing	12.4	13
Flebologie en proctologie	12.5	13
Herstel en Balans	12.12	14
Herstellingsoord	12.13	14
Kuurbehandeling	12.14	14
Lactatiekundige	12.17	14
Overgangsconsulent	12.15	14
Pedicure	12.7	13
Podo(posturale)therapie	12.8	13
Psoriasisbehandeling	12.9	13
Psychologische zorg (eerstelijns)	12.10	13
Stottertherapie of -coaching	12.11	13
Therapeutisch zwemmen	12.6	13
Therapeutische kampen voor jongeren	12.16	14
Traumaopvang	12.18	14
Thuiszorgverstrekking (budget)	13	14
Hospicezorg	13.7	15
Kinderopvang	13.6	15
Mantelzorgmakelaar	13.1	14
Respijtzorg	13.3	15
Ronald McDonaldhuis /familiehuis	13.2	15
Thuisverpleging	13.4	15
Thuiszorg (eigen bijdrage)	13.5	15
Verloskundige zorg en kraamzorg	14	15
Adoptie	14.1	15
Kraampakket	14.4	15
Kraamzorg (eigen bijdrage)	14.2	15
Prenataal onderzoek	14.5	16
Sterilisatie	14.7	16
Uitgestelde kraamzorg	14.6	16
Verloskundige zorg	14.3	15

Hoe leest u de voorwaarden

Standaard heeft u een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet. Heeft u een aanvullende verzekering Univé Extra Zorg polis 1, 2, 3 of 4 afgesloten kijk dan voor de artikelnummers van de vergoedingen en voorwaarden in het overzicht inhoud artikelen. De vergoeding van de budgetten vindt u terug onderaan het desbetreffende artikel. De verzekeringsvoorwaarden zijn een limitatieve opsomming van de vergoedingen. Alleen de beschreven aanspraken worden vergoed.

Wat is een budget?

De aanvullende verzekeringen zijn ingedeeld in budgetten. Een budget is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in dat budget aangegeven zorg. U heeft, binnen het maximum bedrag, vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

Unive

N.V. Univé Zorg.
(verder in alfabetische volgorde)

Bedrijfsarts

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

Collectief contract

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

Eigen bijdrage

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

Gezin

De volgende op het verzekeringsbewijs vermelde personen:

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

Hoofdverzekering

De zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Huisarts

Een in Nederland gevestigde arts, die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke manier de algemene praktijk uitoefent. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenzorg zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

Kosten

De door de zorgaanbieder, de leverancier of de instelling waar de behandeling plaatsvindt te declareren tarieven, die op grond van door Unive overeengekomen tarieven in rekening mogen worden gebracht, of de WMG-tarieven.

Mantelzorg

Zorg die vrijwillig, onbetaald en niet beroepshalve wordt gegeven en die de gebruikelijke zorg voor elkaar overstijgt.

Mantelzorger

Een mantelzorger verleent (niet beroepshalve) zorg aan een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Het gaat dan om zorg die meer is dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is.

Medisch adviseur

De arts die Univé in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak

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

Medisch-specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke 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 tegenover elkaar zullen hebben als een overeenkomst volgens het betreffende model is gesloten.

NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bestaat sinds 1 oktober 2006. De NZa is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland. De organisatie ziet toe op zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, op zowel curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg (Care). Het doel daarbij is toegankelijke, betaalbare en goede zorg voor iedereen. De NZa komt voort uit het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) en ontleent haar taken aan de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Naast een overname van het takenpakket van CTG en CTZ richt de NZa zich op het pro-actief vaststellen van condities voor marktwerking en de handhaving daarvan.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op de (zorg)polis en het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekeringsbewijs

Het verzekeringsbewijs bestaat uit een (zorg)polis, bewijs van inschrijving en/of de bij de verzekering behorende premiespecificatie.

Verzekeringsnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met Univé is aangegaan.

Wet BIG

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

WMG

De Wet marktordening gezondheidszorg regelt het wettelijk tarief dat door zorgaanbieders bij de zorgverzekeraars mag worden gedeclareerd.

Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis volgens de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt ook begrepen het Nederlands Astmacentrum Davos.

2.1. Grondslag van de verzekering

Lid 1 De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van het ingevulde aanvraagformulier, de gegevens die daarbij afzonderlijk verstrekt zijn en eventueel een medische keuring op grond van door de verzekerde verstrekte gegevens.

Lid 3

Lid 2 Op deze verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Lid 3 Schriftelijke gegevens verstrekt door de verzekerde/verzekeringsnemer en onderliggende reglementen maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst. Onderliggende reglementen liggen ter inzage bij Univé, zijn raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 0800-0234763 of via zorgvragen@unive.nl.

Lid 4

Lid 4 Univé schrijft iedere verzekerde in het kader van de Zorgverzekeringswet op diens verzoek in, in de aanvullende verzekering, behalve het bepaalde in de volgende leden van dit artikel. In door het bestuur te bepalen omstandigheden kunnen ook anderen worden ingeschreven.

Lid 5

Lid 5 Bij gelijktijdige inschrijving in de modelovereenkomst van Univé en de aanvullende verzekering Univé Extra Zorg polis 1, 2, 3 of 4 geldt geen medische beoordeling. Als aanmelding voor de aanvullende verzekering Univé Extra Zorg polis 1, 2, 3 of 4 later plaats vindt dan de aanmelding voor de modelovereenkomst van Univé, vindt inschrijving na gunstige beoordeling plaats per de eerste van de maand volgend op die van de aanvraag. Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van de verklaring van de verzekeringsnemer in het aanvraagformulier. Inschrijving met terugwerkende kracht is niet mogelijk.

Lid 6

Lid 6 Voor zover zij bij of krachtens de Zorgverzekeringswet niet anders zijn of worden geregeld, worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van Univé en de verzekerden over de aanvullende verzekering bij of door deze verzekeringsvoorwaarden geregeld.

Lid 7

Lid 7 Wijziging van de verzekeringsvorm naar een meer uitgebreide dekking moet schriftelijk worden aangevraagd. Acceptatie is hierbij eerst mogelijk na gunstige medische beoordeling door Univé. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op de datum van de aanvraag.

Lid 8

Lid 8 Wijziging van de verzekeringsvorm naar een minder uitgebreide dekking moet schriftelijk worden aangevraagd. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op de datum van de aanvraag.

Lid 9

Lid 9 Geen beroep kan worden gedaan op telefonische en mondelinge informatie.

2.2. Kinderen

Lid 1 Voor kinderen die zijn geboren tijdens de duur van de verzekering en binnen 4 maanden na hun geboorte zijn aangemeld, geldt dat de verzekering vanaf de geboorte van kracht is, ongeacht eventuele ziekten of afwijkingen.

Lid 10

Lid 2 Meeverzekerd kunnen worden de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen.

Lid 11

Lid 3 Kinderen tot 18 jaar zijn premievrij meeverzekerd op de hoogste aanvullende verzekering die één van de ouders heeft.

2.3. Bedenkperiode

De verzekeringsnemer kan bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsovereenkomst binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, 14 dagen na ontvangst van de verzekeringsvoorwaarden schriftelijk opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

Lid 12

2.4. Prestatiewijze aanvullende verzekering

Lid 1 De verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van de genoten zorg zoals omschreven in artikel 3 t/m 14 van de verzekeringsovereenkomst, voor zover gemaakt tijdens de duur van de verzekering.

Lid 13

Lid 2 De vergoeding van de kosten van zorg is gelijk aan het tussen Univé en de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Als Univé geen tarief is overeengekomen, is de vergoeding gelijk aan het WMG tarief, als op grond van de WMG geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door het Nza is goedgekeurd of vastgesteld.

Lid 14

Als er geen WMG tarief van toepassing is dat uitsluitend in rekening mag worden gebracht en Univé is geen tarief met de zorgaanbieder overeengekomen, bedraagt de vergoeding ten hoogste het tarief dat naar de Nederlandse marktomsomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Een eventuele eigen bijdrage komt voor rekening van de verzekerde.

Lid 15 Uitsluitend als de kosten niet vanuit de hoofdverzekering worden vergoed, volgt vergoeding vanuit de aanvullende verzekering. De kosten worden slechts vergoed als zij onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Kosten die met het eigen risico van de hoofdverzekering zijn verrekend worden niet uit de aanvullende verzekering vergoed.

Lid 16 De aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als omschreven in artikel 3 t/m 14 wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, of bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Lid 17 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.

Lid 18 Recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat mits de zorg wordt verleend op een plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

Lid 19 De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

Lid 20 De in deze voorwaarden genoemde maximale bedragen zijn maximale bedragen per verzekerde per kalenderjaar, tenzij in de artikelen anders staat vermeld.

Lid 21 De dekking omvat de in Nederland gemaakte kosten van medische behandelingen. Daarnaast geldt bij tijdelijk verblijf en vestiging in het buitenland de in artikel 5 opgenomen bepalingen.

2.5. Mededelingsplicht

Lid 1 De verzekeringsnemer is verplicht voor het sluiten van de verzekeringsovereenkomst alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van Univé of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.

Lid 2 Als Univé ontdekt dat de verzekeringsnemer en/of verzekerde heeft gehandeld met het opzet haar te misleiden of als Univé bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de verzekeringsovereenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang worden opgezegd.

Lid 3 Als niet aan de mededelingsplicht volgens lid 1 is voldaan is, vervalt iedere aanspraak op vergoeding van kosten, dit overeenkomstig titel 7.17 BW. Daarnaast kan aan de verzekerde een schadevergoeding in rekening worden gebracht.

Lid 4

2.6. Aanvang, duur en einde van de verzekering

Lid 1 De verzekering wordt aangegaan voor een termijn van één kalenderjaar, met uitzondering van de verzekering die niet per 1 januari van een jaar is aangegaan. De laatstbedoelde verzekering wordt aangegaan voor het resterende kalenderjaar. Wanneer de hoofdverzekering eindigt, kan de aanvullende verzekering ook worden beëindigd.

Lid 2 De verzekering wordt na verloop van de in het eerste lid bedoelde termijn, alsmede telkens na verloop van een overeenkomstig dit lid verlengde termijn, met één jaar verlengd, tenzij uiterlijk 31 december een schriftelijk verzoek om beëindiging van de verzekering is ontvangen. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.

Lid 3 Univé kan de inschrijving weigeren:
a. als de aspirant-verzekeringsnemer inschrijving verlangt op het moment waarop hij of zijn aspirant-verzekerde(n) op grond van de modelovereenkomst in de zin van de Zorgverzekeringswet reeds zorg behoeft, die qua aard en omvang behoort tot de verstrekkingen ingevolge de aanvullende verzekering;

	<p>b. als sprake is van een ongunstige medische beoordeling van de aspirant-verzekerde door Univé;</p> <p>c. als een eerdere verzekering op grond van lid 5 sub b van dit artikel is beëindigd, tenzij de verzekerde alsnog tegenover Univé aan zijn verplichting voldoet;</p> <p>d. als de verzekering is beëindigd op grond van artikel 2.5 lid 2 of artikel 2.18.</p>	<p>Lid 4</p> <p>Lid 5</p>	<p>Univé kan administratiekosten, invorderingskosten (zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk) en wettelijke rente aan de verzekeringsnemer in rekening brengen.</p> <p>Als een verzekeringsnemer al is aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft Univé bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur de verzekeringsnemer niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.</p>
<p>Lid 4</p>	<p>Na aanmelding bij en acceptatie door Univé ontvangt de ingeschrevene een (zorg)polis c.q. een bewijs van inschrijving, in een door Univé vast te stellen vorm, dat geldt als bewijs van de tussen hem en Univé gesloten verzekeringsovereenkomst, zowel voor hemzelf als voor zijn medeverzekerden.</p>	<p>Lid 6</p>	<p>Univé kan achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid 2.7.4. verrekenen met schadekosten die de verzekerde bij hem heeft gedeclareerd of met andere van Univé te ontvangen bedragen.</p>
<p>Lid 5</p>	<p>Onverminderd het bepaalde in lid 2 eindigt de verzekering:</p> <p>a. met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer verzekerd is in de zin van de Zorgverzekeringswet, tenzij de verzekerde is ingeschreven op grond van hetgeen is bepaald in artikel 2.1 lid 4.</p> <p>b. op de door Univé te bepalen dag, als de verzekerde nalatig is met de betaling van de door hem verschuldigde premie;</p> <p>c. ingevolge artikel 2.5 lid 2 of artikel 2.18;</p> <p>d. door opzegging in verband met en-bloc wijzigen van premie of voorwaarden;</p> <p>e. door overlijden van de verzekerde.</p>	<p>Lid 7</p> <p>Lid 8</p> <p>Lid 9</p>	<p>Univé heeft het recht gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst te sluiten met de verzekeringsnemer als de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie wordt beëindigd.</p> <p>De premie is verschuldigd vanaf de datum van ingang van de verzekering. De verplichting tot premiebetaling eindigt na overlijden van de verzekerde of, na opzegging, met ingang van 1 januari volgend op het jaar waarin de inschrijvingsduur als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 eindigt.</p> <p>Bij wijziging van de verzekering vindt per de datum van wijziging (her)berekening of restitutie plaats.</p>
<p>Lid 6</p>	<p>De medeverzekering voor kinderen als bedoeld in artikel 2.2. lid 2 eindigt voor kinderen op het moment dat zij 18 jaar worden. Zij hebben dan het recht zich zelfstandig te verzekeren volgens dezelfde voorwaarden en tegen de volgende artikel 2.7. lid 2 geldende premie voor volwassenen.</p>	<p>2.8.</p>	<p>Wijziging premie en/of verzekeringsvoorwaarden</p>
<p>Lid 7</p>	<p>De aanvullende verzekering Unive Extra Zorg polis 1, 2, 3 en 4 eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop Univé stopt met het aanbieden en uitvoeren van de aanvullende verzekering Univé Extra Zorg polis 1, 2, 3 en 4. Als de aanvullende verzekering Univé Extra Zorg polis 1, 2, 3 en 4 eindigt op grond van het hiervoor gestelde verplicht Univé zich de verzekeringsnemer uiterlijk 3 maanden voordat de aanvullende verzekering Univé Extra Zorg polis 1, 2, 3 en 4 eindigt, van dit einde op de hoogte te stellen.</p>	<p>Lid 1</p> <p>Lid 2</p>	<p>De te berekenen premies en van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden - waaronder mede te begrijpen eigen risicobedragen en gedeeltelijke vergoedingen - worden door het bestuur vastgesteld en gelden met ingang van de in het vaststellingsbesluit genoemde datum mede voor alle reeds lopende verzekeringen en dus voor alle reeds gemachtigde verstrekkingen.</p> <p>Univé heeft het recht deze verzekeringsvoorwaarden en de premies en bloc of groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Univé vast te stellen datum. Univé doet van de voorgenomen herziening mededeling voor de datum van ingang.</p>
<p>2.7.</p>	<p>Premie en schorsing</p>	<p>Lid 3</p>	<p>Wijziging premie en/of verzekeringsvoorwaarden</p>
<p>Lid 1</p>	<p>De verzekeringsnemer is verplicht de premie, alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, per maand bij vooruitbetaling te voldoen, tenzij anders is overeengekomen. Bij premiebetaling vooraf per jaar geldt een termijnbetalingkorting van 3% op de te betalen premie. Betaling van de premie per maand is slechts mogelijk onder machtiging van Univé tot automatische incasso. Univé brengt voor betaling per acceptgiro eenmaal per jaar € 6,- kosten in rekening.</p>	<p>Lid 4</p>	<p>De verzekerde wordt geacht met de wijziging akkoord te gaan, als hij niet binnen een maand na dagtekening van het bericht van verhoogde premie en/of gewijzigde verzekeringsvoorwaarden aan Univé per aangetekend schrijven bericht, dat hij de verzekering wenst te beëindigen.</p>
<p>Lid 2</p>	<p>Op de ingangsdatum van de verzekering is de leeftijd en de woonplaats bepalend voor de hoogte van de premie gedurende het gehele kalenderjaar. Vervolgens zijn steeds de leeftijd en de woonplaats op 1 januari bepalend voor de hoogte van de premie gedurende het gehele kalenderjaar. Als de hoofdverzekering niet bij Univé is afgesloten, geldt een afwijkende premie.</p> <p>Voor kinderen tot 18 jaar is geen premie verschuldigd. Bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd eindigt de medeverzekering. Per de eerste van de maand volgend op de maand waarin men de 18-jarige leeftijd heeft bereikt wordt betrokkene ingeschreven op een eigen polis tegen het dan geldende volwassentarief.</p>	<p>Lid 4</p>	<p>De in lid 3 genoemde mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> – herziening van de premie en/of de voorwaarden die voortvloeit uit (wijziging van) wettelijke regelingen en/of bepalingen; – herziening van de premie die onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde aan wiens leeftijd de premie is gekoppeld; – verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking.
<p>Lid 3</p>	<p>Als de verzekeringsnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, eigen bijdragen en kosten kan Univé de dekking schorsen en/of de verzekering beëindigen, nadat de verzekeringsnemer vruchteloos schriftelijk is aangemaand tot betaling binnen een in de aanmaning gestelde termijn van ten minste 14 dagen.</p>	<p>Lid 2</p>	<p>Administratiekosten</p>
<p>Ingeval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. De verzekeringsnemer blijft bij schorsing verplicht de premie te voldoen. De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op de dag waarop het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten door Univé zijn ontvangen.</p> <p>Ingeval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De verzekering gaat in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.</p>		<p>2.9.</p> <p>2.10.</p> <p>Lid 2</p>	<p>Administratiekosten</p> <p>Het bestuur van Univé kan administratiekosten vaststellen, die bij het aangaan en/of verlengen van de verzekeringsovereenkomst bij verzekerde in rekening kunnen worden gebracht. In het vaststellingsbesluit wordt de hoogte bepaald.</p> <p>Informatie- en meldingsplichten</p> <p>De verzekeringsnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere wijziging die invloed heeft op de rechten en plichten uit de verzekeringsovereenkomst zo spoedig mogelijk, uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Univé te melden. Wijzigingen zijn onder meer verhuizing, huwelijk, samenwoning, (echt)scheiding, geboorte of wijziging van bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hierboven bepaalde, draagt Univé geen enkel risico. Kennisgevingen aan de verzekeringsnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringsnemer te hebben bereikt.</p> <p>In geval van overlijden van de verzekerde of verzekeringsnemer heeft de rechtsopvolger van de overledene de meldingsplicht als bedoeld in lid 1. Desgevraagd vindt verrekening of restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.</p>

2.11.	Bijzondere verplichtingen en vergoeding van nota's	<i>Lid 4</i>	In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van Univé met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt enigerlei regelingen treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor Univé in zijn rechten kan worden benadeeld.
<i>Lid 1</i>	Verzekerde is verplicht: <ul style="list-style-type: none"> a. bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart. b. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, als de arts of de medisch adviseur van Univé daarom vraagt. c. aan Univé, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie. d. de originele nota's, die op zodanige manier gespecificeerd moeten zijn dat daaruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Univé is gehouden, binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij Univé in te dienen. e. bij behandelingen waarvoor in de verzekeringsvoorwaarden een schriftelijke verwijzing vereist is, een verwijsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt, dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is. f. Als uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat toestemming van Univé vereist is, dan moeten deze behandelingen vooraf worden aangevraagd en goedgekeurd zijn. 	<i>Lid 5</i>	Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de vorige leden is de verzekerde tegenover Univé gehouden tot vergoeding van de schade die Univé daardoor lijdt.
<i>Lid 2</i>	Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft Univé geen kosten te vergoeden.	2.13.	Vrijwaring van aansprakelijkheid
<i>Lid 3</i>	Er vindt rechtstreekse declaratie en betaling tussen de zorgaanbieder en Univé plaats als dit is overeengekomen tussen beide partijen.	2.14.	Schadevergoeding
<i>Lid 4</i>	Digitaal aangeleverde nota's komen alleen voor vergoeding in aanmerking als deze door de zorgaanbieder zijn gewaarmerkt en aangeleverd.	<i>Lid 1</i>	Univé is tegenover de verzekerde niet aansprakelijk voor schade door hem geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling (niet zijnde Univé), tot wie of welke de verzekerde zich heeft gewend om zijn aanspraak op een verstreking in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden geldend te maken.
<i>Lid 5</i>	Alleen originele nota's, voorzien van een bankrekeningnummer van de zorgaanbieder, komen voor vergoeding in aanmerking.	<i>Lid 2</i>	Onverminderd het bepaalde in het tweede lid van dit artikel en onverminderd het recht van Univé de verzekering te beëindigen, kan Univé vergoeding vorderen van de schade die is geleden als gevolg van de omstandigheid dat de verzekerde en/of zijn medeverzekerden zich ten onrechte heeft/hebben doen inschrijven in de aanvullende verzekering. De schade wordt in beginsel gesteld op het bedrag van de premie die over de periode van de onrechtmatige inschrijving verschuldigd zou zijn geweest voor de verzekering van de desbetreffende personen.
<i>Lid 6</i>	Behalve lid 3 en lid 4 vindt betaling plaats aan de verzekerde. Als sprake is van een behandeling als gevolg van een ongeval moet rechtsboven op de nota een O worden vermeld.	<i>Lid 2</i>	Voor degene die, zonder daartoe gerechtigd te zijn, opzettelijk aanspraken doet gelden als verzekerde, kan Univé de in het vorige lid bedoelde schade vaststellen op het werkelijke bedrag daarvan, als de werkelijk geleden schade hoger is dan het bedrag waarop de schade bij de toepassing van het eerste lid zou zijn vastgesteld.
<i>Lid 7</i>	Univé streeft ernaar de verzekerde kosten binnen 3 weken na ontvangst van de originele nota's te vergoeden. Indien Univé deze termijn overschrijdt heeft de verzekerde recht op restitutie van de maandpremie voor iedere termijn van 3 weken die wordt overschreden. Deze bepaling geldt niet in die gevallen dat de declaratie aanleiding geeft tot nader onderzoek, zoals in het geval van fraude.	<i>Lid 3</i>	Univé is bevoegd de door Univé te maken kosten voor invordering van de in lid 1 en 2 bedoelde bedragen inclusief de (buiten)gerechtelijke inningskosten, ten laste te brengen van de schadeplichtige (ex-)verzekerde, die verplicht is deze kosten te betalen.
<i>Lid 8</i>	Voor zover de verzekerde op grond van de verzekeringsvoorwaarden niet voor 100% aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten voor de verleende zorg, o.a. vanwege eigen bijdragen, vordert Univé deze niet gedekte kosten bij de verzekerde terug als Univé de volledige nota aan de zorgaanbieder heeft voldaan.	2.15.	Overige bepalingen
<i>Lid 9</i>	De verrekening van de kosten zoals bedoeld in het vorige lid vindt op dezelfde manier plaats als de premiebetaling voor de verzekering; wanneer verzekerde een machtiging heeft verleend tot automatische incasso van de premiebetaling, wordt hij geacht daarbij ook machtiging te hebben verleend voor automatische incasso van deze vordering. In alle andere gevallen zal de terugvordering plaatsvinden door middel van een acceptgirokaart. Univé kan ervoor kiezen onder bepaalde condities de verzekeringsnemer een acceptgiro toe te zenden zonder dat hieraan extra kosten zijn verbonden voor de verzekeringsnemer.	<i>Lid 1</i>	In niet in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde gevallen, beslist het bestuur van Univé.
2.12.	Aansprakelijkheid van derden	<i>Lid 2</i>	De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering of een financiële overeenkomst verstrekte persoonsgegevens worden door de maatschappij verwerkt voor het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en of financiële diensten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op deze verwerking van persoonsgegevens zijn de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens Univé van toepassing. In deze Gedragsregels worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de Gedragsregels kunt u opvragen bij N.V. Univé Zorg, Postbus 276, 1800 BJ Alkmaar, of via www.unive.nl .
<i>Lid 1</i>	Als een derde voor de kosten, voortvloeiende uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde aansprakelijk is, is de verzekerde verplicht Univé kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade.	<i>Lid 3</i>	Met de vaststelling van deze voorwaarden vervallen de eerder vastgestelde verzekeringsvoorwaarden van deze verzekering.
<i>Lid 2</i>	Steeds wanneer bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel een derde is betrokken, moet onmiddellijk door of namens de verzekerde aangifte plaatsvinden bij Univé.	2.16.	Collectieve contracten
<i>Lid 3</i>	De verzekerde is verplicht, voordat met een derde of met degene die voor of namens de derde optreedt, waaronder begrepen de verzekeraars van de derde, een regeling te treffen over de door hem geleden schade, zich hierover in verbinding te stellen met Univé.	<i>Lid 1</i>	Als verzekerden bij Univé zijn ingeschreven via een collectief contract kunnen er naast of in tegenstelling tot de verzekeringsvoorwaarden afwijkende regelingen van toepassing zijn, die voorrang hebben boven de verzekeringsvoorwaarden. Deze regelingen zijn vastgelegd in het collectieve contract dat bij de werkgever ter inzage ligt en kunnen o.a. betreffen: <ul style="list-style-type: none"> - omvang van de dekking (artikel 3 t/m 14); - premieregeling; - duur van de verzekering (artikel 2.6.).
		<i>Lid 2</i>	Als in het collectieve contract is overeengekomen dat de collectief contractant zorgdraagt voor betaling van de premie, wordt hij geacht de premie namens de verzekeringsnemer te betalen.
		<i>Lid 3</i>	Als dit in het collectief contract is overeengekomen geldt, onverminderd het bepaalde in artikel 2.6 lid 5, dat de verzekering ook eindigt: <ul style="list-style-type: none"> - door beëindiging van het collectieve contract; - door beëindiging van het dienstverband van de verzekeringsnemer bij de collectief contractant.

2.17.	Klachten en geschillen		
<i>Lid 1</i>	Klachten en geschillen over de uitvoering van de verzekering kunnen aan Univé worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven. Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website www.unive.nl . De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.		<ul style="list-style-type: none"> - het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars zal inlichten; - de verzekering(en) beëindigt en gedurende een periode van 8 jaar kan weigeren nieuwe verzekeringsovereenkomsten te sluiten. Dit geldt ook voor bij Univé lopende hoofdverzekering(en) en alle andere binnen de Univé organisatie lopende (schade)verzekeringen; - registratie doet in de tussen financiële instellingen erkende in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR); - al uitgekeerde vergoedingen terugvordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde; - aangifte kan doen bij de politie, justitie en/of FIOD-ECD; - (onderzoeks)kosten vordert en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde. De hoogte van de in rekening te brengen onderzoekskosten worden telkens vastgesteld op 25% van het vanwege het frauduleus handelen terug te vorderen bedrag, met een minimum van € 100,- .
<i>Lid 2</i>	Er is sprake van een geschil als er een verschil van inzicht is naar aanleiding van een door Univé genomen, en na heroverweging gehandhaafd, besluit over de uitvoering van een overeenkomst van de verzekering, waardoor de verzekeringnemer of verzekerde in zijn belang wordt getroffen. In alle overige gevallen is sprake van een klacht.		
<i>Lid 3</i>	Univé bepaalt zijn definitieve standpunt of heroverweegt zijn oorspronkelijke beslissing binnen een termijn van 30 dagen. Als de uitkomst niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde is of als Univé niet binnen een termijn van 30 dagen reageert, kan de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl . Het is in ieder geval ook mogelijk dat de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorlegt aan de daartoe bevoegde rechter.		
<i>Lid 4</i>	De Nederlandse zorgverzekeraars hebben regels opgesteld over de manier waarop zij hun taak opvatten en hoe zij zich willen gedragen. Deze regels zijn vastgelegd in de "Gedragscode van de zorgverzekeraar", waaraan Univé zich heeft verbonden. Een brochure over deze gedragscode is bij Univé opvraagbaar.	2.19.	Molest
2.18.	Fraude	<i>Lid 1</i>	Op grond van de Wet toezicht verzekeringsovereenkomst 1993 mogen schadeverzekeraars geen schade verzekeren veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. Dit overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd.
Omschrijving	Het plegen of trachten te plegen van: <ul style="list-style-type: none"> - valsheid in geschrifte; - bedrog; - verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn; - benadeling van rechthebbenden en/of verduistering. 	<i>Lid 2</i>	Niet vergoed wordt schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.
Door	Personen en organisaties die bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken zijn en gericht op: <ul style="list-style-type: none"> - het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat; - het verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendselen. <p>Als Univé fraude constateert heeft dit tot gevolg dat elk uit deze verzekering voortvloeiende aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vervalt, waaronder ook aanspraken waarin geen fraude is geconstateerd (zogenoemde partiële fraude).</p> <p>Geconstateerde fraude zal ook tot gevolg hebben dat Univé:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de persoonsgegevens van alle personen die negatief bij de fraude zijn betrokken opneemt in het Incidenten- 	<i>Lid 3</i>	De uitsluiting onder lid 2 geldt niet voor schade veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).
		<i>Lid 4</i>	Voorzover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt lid 3 geen toepassing.

Omvang van de dekking:

Verzekerden die de Univé Extra Zorg polis 1, 2, 3 of 4 hebben afgesloten, kunnen aanspraak maken op vergoeding van kosten van zorg zoals omschreven in artikel 3 t/m 14. De vergoeding vindt u terug onderaan het desbetreffende artikel.

Artikel 3 Basiszorg

3.1. Fertiliteitsbehandelingen (IVF)

Omschrijving Vergoeding van IVF- of ICSI-behandeling en de daarbij behorende geneesmiddelen voor vrouwen tot en met 44 jaar. Onder IVF- of ICSI-behandeling wordt verstaan:

- rijping van eicellen door hormonale behandeling;
- het afnemen van eicellen (punctie);
- bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- de implantatie van een of meer ontstane embryo's in de baarmoederholte om een zwangerschap te realiseren.

Door De IVF- of ICSI-behandeling moet worden verleend door een medisch-specialist. De bij de IVF- of ICSI-behandeling horende geneesmiddelen moeten worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Waar De behandeling moet plaats vinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.

Toestemmingsvereisten
Voor fertiliteitsbehandelingen en de daarbij horende geneesmiddelen is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé noodzakelijk

Aanvullende voorwaarden

- Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding als sprake is van een alom geaccepteerde medische indicatie.
- De 1e, 2e en 3e IVF- of ICSI-behandeling per te realiseren zwangerschap wordt vergoed vanuit de hoofdverzekering.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Eenmalig tot maximaal € 3.500,- van de 4e behandeling voor de gehele duur van de verzekering.

3.2. Second opinion

Omschrijving Het raadplegen van een tweede medisch-specialist bij twijfel aan of ter bevestiging van een voorgenomen behandeling.

Aanvullende voorwaarden
Er bestaat geen aanspraak op vergoeding als aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding uit de hoofdverzekering.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	volledige vergoeding van het honorarium van de medisch-specialist.
Extra Zorg polis 2	volledige vergoeding van het honorarium van de medisch-specialist.
Extra Zorg polis 3	volledige vergoeding van het honorarium van de medisch-specialist.
Extra Zorg polis 4	volledige vergoeding van het honorarium van de medisch-specialist.

3.3. Zittend ziekenvervoer (eigen bijdrage)

Omschrijving Vergoeding van de bij Regeling Zorgverzekering gestelde eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer.

Bijzonderheden Onder eigen bijdrage wordt niet verstaan:

- het aantal kilometers boven het maximum gestelde aantal kilometers in de hoofdverzekering;
- de kosten die boven de maximum vergoeding per kilometer uitstijgen;

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Eigen bijdrage: volledige vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Eigen bijdrage: volledige vergoeding.

4.1. Behandelingen en consulten

Omschrijving De geneesmethode, anders dan huisartsen- en specialistische hulp.

Door 1 Een therapeut of arts die lid is van één van de volgende verenigingen:

- Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC);
- Artsenvereniging voor Biofysische geneeskunde en Bioinformatie therapie (ABB);
- Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke Geneeskunde (ABNG-2000);
- Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);
- Beroeps Associatie voor Therapeut & Consument (BATC);
- Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie (BPHA);
- Beroepsorganisatie voor Paranormaal Therapeuten (NFPN);
- Beroepsvereniging Tekentaal (BVT);
- Beroepsvereniging voor APS Therapie (BVAT);
- Beroepsvereniging voor Holistisch Energetisch werkende Therapeut (BHET);
- Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK);
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB);
- Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
- Internationale Beroepsvereniging van Marcostherapeuten (IBMT);
- Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
- Landelijke Vereniging Psychosociaal Werkenden (LVPW);
- Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);
- Nederlands Gilde voor Health Counselling en Psychotherapie en Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH);
- Nederlands Instituut voor Bio-energetische Analyse (NIBA);
- Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (NVPA);
- Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);
- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
- Nederlandse Artsenvereniging voor Neuraaltherapie volgens Huneke en Regulatietherapie (NVNR);
- Nederlandse Beroepsvereniging Meridiaan Kleuretherapie (NBMK);
- Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalttherapeuten (NBGT);
- Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH);
- Nederlandse Federatie Gezondheidszorg (NFG);
- Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH);
- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Zorgaanbieders (NVAZ);
- Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten (NVBT);
- Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH);
- Nederlandse Vereniging van Speltherapeuten (NVVS);
- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
- Nederlandse Vereniging voor Fytotherapie (NVF);
- Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN);
- Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);
- Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);
- Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPITea);
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT);
- Nederlandse Vereniging voor Soma Therapeuten (NVST);
- Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (NVTG Zhong);
- Nederlandse Werkgroep van Praktijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
- Stichting International Free University (IFU);
- Vereniging Additieve Genezers (VAG);
- Vereniging Beter Natuurlijk (VBN);
- Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);

- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG);
- Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
- Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT);
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
- Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT);
- Vereniging van Transpersoonlijke Psychosociale Therapeuten (VTP);
- Vereniging Verloeskunde & Homeopathie (VV&H);
- Vereniging voor Lokal meridiaan Shiatsu-therapeuten® (VIS);
- Vereniging voor Psychosynthese-therapie Nederland (VPN).

2. Een arts, die zich specifiek heeft toegelegd op:
 - acupunctuur;
 - behandeling op antroposofische grondslag;
 - behandeling volgens de Moermannmethode;
 - behandeling volgens de natuurgeneeswijze;
 - homeopathie.

Aanvullende voorwaarden

1. Per dag komt slechts 1 consult of behandeling voor vergoeding in aanmerking.
2. Het consult moet plaatsvinden in het kader van een medische behandeling.
3. Het consult wordt gegeven op individuele basis.
4. Als de alternatief therapeut ook de huisarts is, worden de kosten niet vergoed.
5. De kosten van kuren en reizen zijn niet bij de vergoeding inbegrepen.

Heeft u klachten aan uw bewegingsapparaat? Kijk dan ook in artikel 7 Beweegzorg. Daarin zijn naast de reguliere therapieën, zoals fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck, ook alternatieve therapieën, specifiek gericht op het behandelen van klachten aan het bewegingsapparaat opgenomen. Zo vindt u daar bijvoorbeeld (ortho)manuele therapie maar ook antroposofische bewegingstherapie.

4.2. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Omschrijving Geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt.

Door Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten worden geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Voorschrijvereisten

Voor homeopathische en antroposofische geneesmiddelen is een voorschrift vereist van:

1. een arts die lid is van één van de verenigingen genoemd bij artikel 4.1.1.;
2. een arts zoals bedoeld onder artikel 4.1.2.;
3. een huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	€ 300,- voor de kosten van honorarium en geneesmiddelen samen.
Extra Zorg polis 2	€ 300,- voor de kosten van honorarium en geneesmiddelen samen.
Extra Zorg polis 3	€ 800,- voor de kosten van honorarium en geneesmiddelen samen.
Extra Zorg polis 4	€ 1.000,- voor de kosten van honorarium en geneesmiddelen samen.

Het budget alternatieve geneeswijzen is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in dit budget aangegeven zorg. Binnen het budget alternatieve geneeswijzen heeft u vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

Artikel 5 Buitenland

De in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie zijn niet van toepassing op dit artikel.

5.1. Geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf in een ander land dan Nederland

Omschrijving Zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, bij tijdelijk verblijf in een ander land dan Nederland, gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden.

Door Een door de plaatselijke overheid erkende zorgaanbieder of instelling die voldoet aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen.

Toestemmingsvereisten

Voor intramurale zorg buiten het land van vestiging voor zover deze geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.

Aanvullende voorwaarden

1. Verzekerden zijn bij klinische opname in een ziekenhuis, in geval van repatriëring of in het geval van vervoer van een stoffelijk overschot verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Univé Alarmservice, telefoon 0031206515111. De verzekerde heeft alleen aanspraak op vergoeding van de gedekte kosten als hij zich houdt aan de adviezen van de Univé Alarmservice. De Univé Alarmservice zal zorgen voor de afhandeling van declaraties.
2. De vergoeding van de gedekte kosten vindt in Nederland in euro's plaats tegen de omrekeningskoers op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden.
3. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, moet de verzekerde gespecificeerde rekeningen in het Engels, Frans, Duits, Spaans of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen, overleggen.
4. 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.
5. Geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de kosten als u woonachtig bent in het buitenland.
6. Wanneer u op grond van een sociale verordening of verdrag ingeschreven staat bij een buitenlandse zorgverzekeraar, komen de eigen bijdragen of het eigen risico die door de buitenlandse zorgverzekeraar in rekening wordt gebracht voor vergoeding in aanmerking conform de hierna genoemde wijze van vergoeden.
7. Een eventuele vergoeding vanuit de verzekering van de buitenlandse zorgverzekeraar wordt op de vergoeding in mindering gebracht.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1, 2, 3 en 4

- Vergoeding van kosten voor medisch spoedeisende zorg zoals omschreven in het desbetreffende artikel met inachtneming van de daarin gestelde voorwaarden.
- Wanneer de geneeskundige behandeling of verzorging in een ander land dan Nederland uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

5.2. Geneeskundige zorg bij vestiging in het buitenland

Omschrijving Aanspraak bestaat op de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven vergoedingen voor zorg genoten in het woonland anders dan Nederland.

Door Een door de plaatselijke overheid erkende zorgaanbieder of instelling, die voldoet aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan de Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen.

Toestemmingsvereisten

Voor intramurale zorg buiten het land van vestiging voor zover deze geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.

Aanvullende voorwaarden

1. Verzekerden die woonachtig zijn buiten de EU/EER of verdragsland zijn bij een klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Univé Alarmservice, telefoon 0031206515111. De verzekerde heeft alleen aanspraak op vergoeding van de gedekte kosten als hij zich houdt aan de adviezen van de Univé Alarmservice. De Univé Alarmservice zal zorg voor de afhandeling van declaraties.
2. In geval van opname in een ziekenhuis is de dekking beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval.

3. Onder ziektegeval wordt verstaan; iedere ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.
4. Er geldt geen aanspraak voor geneeskundige behandeling en verzorging buiten het land van vestiging voorzover deze geneeskundige behandeling en verzorging uitsluitend of mede ten doel vormt van het verblijf aldaar, tenzij voor de aanvang van de reis een machtiging daartoe is verstrekt door Univé.
5. De vergoeding van de gedekte kosten vindt in Nederland in euro's plaats tegen de omrekeningskoers op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden.
6. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, moet de verzekerde gespecificeerde rekeningen, in het Engels, Frans, Spaans, Duits of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen overleggen.
7. 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.
8. Wanneer u op grond van een sociale verordening of verdrag ingeschreven staat bij een buitenlandse zorgverzekeraar, komen de eigen bijdragen of het eigen risico die door de buitenlandse zorgverzekeraar in rekening wordt gebracht voor vergoeding in aanmerking conform de hierna genoemde wijze van vergoeden.
9. Een eventuele vergoeding vanuit de verzekering van de buitenlandse zorgverzekeraar wordt op de vergoeding in mindering gebracht.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1, 2, 3 en 4

- Vergoeding van kosten van zorg tot maximaal 200% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is als deze kosten op grond van de dekking van de hoofdverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed.

5.3. Repatriëring

Omschrijving Vergoeding van kosten van medisch noodzakelijk vervoer van verblijfplaats naar Nederland en vervoer van stoffelijk overschot van plaats van overlijden naar Nederland.

Aanvullende voorwaarden

Van medisch noodzakelijke repatriëring kan uitsluitend sprake zijn wanneer de Univé Alarmcentrale hierin bemiddelt en vaststelt dat adequate medische behandeling in het land waar tijdelijk wordt verbleven niet mogelijk is.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Volledig.
Extra Zorg polis 2	Volledig.
Extra Zorg polis 3	Volledig.
Extra Zorg polis 4	Volledig.

Artikel 6 Cosmetische behandelingen

6.1. Plastische chirurgie tot 18 jaar

Omschrijving De kosten van vormverbeterende behandelingen (plastische chirurgie) van het uiterlijk voor verzekerden tot 18 jaar, waarbij de aanleiding voortvloeit uit psychische noodzaak.

Waar Vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk moeten worden uitgevoerd in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of in een door Univé nader aan te wijzen instelling.

Toestemmingsvereisten

Voor vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. De aanvraag om toestemming moet worden ingediend door de behandelend plastisch chirurg.

Aanvullende voorwaarden

Vormverbeterende behandelingen van de geslachtsorganen en borsten worden niet vergoed.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	75%.
Extra Zorg polis 4	Volledig.

6.2. Plastische chirurgie vanaf 18 jaar

Omschrijving Vergoeding van de kosten van:

- medisch noodzakelijke bovenooglidcorrecties bij ernstige vermindering van het gezichtsveld voor verzekerden vanaf 18 jaar;
- medisch noodzakelijke buikwandcorrecties voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Door Ooglid- en buikwandcorrecties moeten worden uitgevoerd door een medisch-specialist.

Waar Ooglid- en buikwandcorrecties moeten worden verricht in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of in een door Univé nader aan te wijzen instelling.

Toestemmingsvereisten

Voor ooglid- en buikwandcorrecties is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. De aanvraag om toestemming moet worden ingediend door de behandelend plastisch chirurg.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	75%.

Artikel 7 Bewegzorg (Budget)

Omschrijving Bewegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dit kan zorg zijn zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck plegen te bieden. Zorg zoals ergotherapeuten plegen te bieden heeft als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Daarnaast kan gekozen worden voor behandeling door alternatieve therapeuten. Onder bewegzorg valt:

1. fysiotherapie
2. oedeemtherapie
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck
4. ergotherapie
5. alternatieve bewegingstherapie, zoals chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele therapie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn, antroposofische therapie.

7.1. Fysiotherapie

Door Fysiotherapie: door een fysiotherapeut die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG. Bekkenfysiotherapie, kinderfysiotherapie, psychosomatische en geriatrische fysiotherapie: door een fysiotherapeut die tevens als bekkenfysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut is geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Waar Fysiotherapie moet plaatsvinden in de praktijkruimte van de in dit artikel genoemde zorgaanbieder, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

Verwijzingsvereisten

Voor fysiotherapie is een verwijzing van een huisarts, de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts of medisch-specialist vereist. Als u naar een gecontracteerde fysiotherapeut gaat is geen verwijzing vereist.

Maakt u gebruik van de voorkeursaanbieders van Univé dan is de screening door de fysiotherapeut gratis. In de screening stelt de fysiotherapeut vast of uw klachten behandeld kunnen worden door een fysiotherapeut. Voor meer informatie zie www.unive.nl.

Aanvullende voorwaarden

1. Verzekerden van 18 jaar en ouder met een aandoening zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, kunnen na 9 behandelingen en voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé de behandeling voortzetten voor rekening van de hoofdverzekering. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is raadpleegbaar op www.unive.nl en is op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 0800-0234763 of via zorgvragen@unive.nl.
2. Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van kosten van (kinder)fysiotherapie vanaf de 19e behandeling. De eerste 18 behandelingen zijn opgenomen in de hoofdverzekering.

3. Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
 - zwangerschapsgymnastiek en kraamvrouwengymnastiek;
 - sportmassage;
 - arbeids- en bezigheidstherapie;
 - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
 - niet curatieve behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van de conditie zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.
4. Onder behandelingen wordt niet verstaan de toeslagen (groeps)zittingen, instructies aan derden, kosten (als gevolg) van niet nagekomen afspraken en het opstellen van rapportages.
5. Behandeling door twee fysiotherapeuten voor dezelfde indicatie is niet toegestaan.
6. Individuele behandelingen en groepsbehandeling voor dezelfde indicatie is niet toegestaan.

Univé werkt samen met voorkeursaanbieders fysiotherapie, die naast het behandelen van gezondheidsklachten ook speciale groepsprogramma's aanbieden voor verzekerden met specifieke aandoeningen zoals diabetes, obesitas, COPD en lage rugklachten. Voor meer informatie zie www.unive.nl.

7.2. Oedeemtherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, ergotherapie en alternatieve bewegingstherapie

- Door:
1. Oedeemtherapie: door een fysiotherapeut die tevens als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederland Genootschap voor Fysiotherapeuten. Lymfoedeemtherapie mag tevens worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.
 2. Oefentherapie: door een (kinder)oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck of psychosomatisch oefentherapeut die op grond van artikel 18 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel oefentherapeut en tevens staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.
 3. Ergotherapie: door een ergotherapeut die op grond van artikel 6 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel ergotherapeut en tevens staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.
 4. Bewegingstherapie moet worden verleend door een:
 - chiropractor (Mchiro, D.C., Bsc, Msc);
 - osteopaat (MRO, DO-MRO);
 - manueel therapeut zijnde een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederland Genootschap voor Fysiotherapie of degene die als manueel therapeut E.S. is aangesloten bij de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
 - orthomanueel arts die lid is van de Nederlandse Vereniging van artsen voor OrthoManuele Geneeskunde (NVOMG) of is ingeschreven in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
 - craniosacraaltherapeut die als zodanig is ingeschreven in het register van Craniosacraal Therapie Nederland (RCN) of lid is van de Nederlandse Cranio-Sacraalvereniging (NCSV);
 - haptotherapeut die als zodanig lid is van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH);
 - antroposofisch therapeut;
 - adem- en ontspanningstherapeut die in het bezit is van het certificaat Adem- en Ontspanningstherapie, methode van Dixhoorn en is aangesloten bij de Van Dixhoorn Vereniging voor AOT (VDV).

Waar Oefentherapie moet plaatsvinden in de praktijkruimte van de in dit artikel genoemde zorgaanbieder, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

Verwijzingsvereisten

Voor oefentherapie is een verwijzing van een huisarts, of de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts of medisch-specialist vereist. Als u naar een gecontracteerde oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat is geen verwijzing vereist.

Aanvullende voorwaarden

1. Verzekerden van 18 jaar en ouder met een aandoening zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgver-

zekering, kunnen na 9 behandelingen en voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé de behandeling voortzetten voor rekening van de hoofdverzekering. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is raadpleegbaar op www.unive.nl en is op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 0800-0234763 of via zorgvragen@unive.nl.

2. Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van kosten van (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de 19e behandeling. De eerste 18 behandelingen zijn opgenomen in de hoofdverzekering.
3. Vergoeding van de kosten van ergotherapie geldt vanaf het 11e behandeluur. Vergoeding van de eerste 10 behandeluren vindt plaats vanuit de hoofdverzekering.
4. Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
 - zwangerschapsgymnastiek en kraamvrouwengymnastiek;
 - sportmassage;
 - arbeids- en bezigheidstherapie;
 - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
 - niet curatieve behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van de conditie zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.
5. Onder behandelingen wordt niet verstaan de toeslagen (groeps)zittingen, instructies aan derden, kosten (als gevolg) van niet nagekomen afspraken en het opstellen van rapportages.
6. Behandeling door twee fysiotherapeuten/oefentherapeuten voor dezelfde indicatie is niet toegestaan.
7. Individuele behandelingen en groepsbehandeling voor dezelfde indicatie is niet toegestaan.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Artikel 7.1. t/m 7.2. maximaal € 200,-
Extra Zorg polis 2	Artikel 7.1. volledige vergoeding, artikel 7.2. maximaal € 400,-
Extra Zorg polis 3	Artikel 7.1. volledige vergoeding, artikel 7.2. maximaal € 600,-
Extra Zorg polis 4	Artikel 7.1. volledige vergoeding, artikel 7.2. maximaal € 800,-

Het budget beweegzorg is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in dit budget aangegeven zorg. Binnen het budget beweegzorg heeft u vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

Voorbeeld: U heeft Extra Zorg polis 1 afgesloten en u bent onder behandeling bij een fysiotherapeut. De behandelingen fysiotherapie worden vergoed binnen het budget beweegzorg tot een maximum van € 200,-. Een reguliere behandeling fysiotherapie kost ongeveer € 28,-. Heeft u 4 behandelingen fysiotherapie gehad à € 28,- dan worden deze behandelingen volledig vergoed uit het budget. De totale vergoeding bedraagt dan 4 X € 28,- = € 112,-. Heeft u naast fysiotherapie ook behandelingen chiropractie gehad dan worden de kosten hiervan tot ten hoogste € 88,- vergoed omdat dan het totale maximum van het budget is bereikt. Vanaf Extra Zorg polis 2 wordt fysiotherapie volledig vergoed en valt de vergoeding hiervoor niet binnen het maximum bedrag van het budget.

Artikel 8 Hulpmiddelen (Budget)

8.1. Gebitsprothesen (eigen bijdrage)

Omschrijving Tegemoetkoming in de kosten van gebitsprothesen voor zover daar een wettelijke eigen bijdrage of een maximale vergoeding voor van toepassing is op grond van de Regeling Zorgverzekering.

Aanvullende voorwaarden

Er kan alleen aanspraak op deze vergoeding worden gemaakt als voor genoemde hulpmiddelen recht bestaat op vergoeding vanuit de hoofdverzekering.

8.2. Geboortetens

Omschrijving Vergoeding van de huur- of aanschafkosten van geboortetens apparatuur.

8.3. Hulpmiddelen (eigen bijdrage)

Omschrijving Tegemoetkoming in de kosten van de wettelijke eigen bijdrage hulpmiddelen zoals die geldt voor pruiken, orthopedisch schoeisel, gezichtshulpmiddelen en gehoorhulpmiddelen.

Aanvullende voorwaarden

Er kan alleen aanspraak op deze vergoeding worden gemaakt als voor genoemde hulpmiddelen recht bestaat op vergoeding vanuit de hoofdverzekering.

8.4. Plaswaker

Omschrijving Vergoeding van de huur- of aanschafkosten van een plaswaker en de bijbehorende bandage.

Aanvullende voorwaarden

De vergoeding geldt alleen voor verzekerden met een minimale leeftijd van 5 jaar en een maximale leeftijd van 12 jaar.

8.5. Steunpessarium

Omschrijving Vergoeding van de kosten van:
- een pessarium dat bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op hun normale plaats houdt;
- de kosten van het plaatsen van het pessarium.

Aanvullende voorwaarden

Het steunpessarium moet worden geplaatst door een huisarts.

8.6. Steunzolen

Omschrijving Tegemoetkoming in de kosten van steunzolen.

Door Steunzolen moeten zijn geleverd door een:
- leverancier (orthopedische instrument-/schoenmakerijen) die door Univé is erkend; of
- register B podoloog die is aangesloten bij Stichting LOOP; of
- podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of staat geregistreerd in het A-register van het Omni Podo Genootschap.

Aanvullende voorwaarden

Zie voor de vergoeding van de kosten voor podologische zooltjes artikel 12.8.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Maximaal € 250,-.
Extra Zorg polis 3	Maximaal € 500,-.
Extra Zorg polis 4	Maximaal € 750,-.

Het budget hulpmiddelen is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in dit budget aangegeven zorg. U heeft, binnen dit maximum bedrag, vrije keuze van de in het budget genoemde hulpmiddelen.

Voorbeeld: U heeft Extra Zorg polis 3 afgesloten en krijgt een nieuwe gebitsprothese. De totale kosten bedragen bv. € 950,-. De Basisverzekering vergoedt 75% van de kosten (€ 712,50). Uw eigen bijdrage (€ 237,50) wordt vergoed uit het budget hulpmiddelen. Volgens uw Extra Zorg polis 3 heeft u een maximale vergoeding van € 500,- per kalenderjaar. Na de vergoeding van de eigen bijdrage heeft u nog een budget van € 262,50 (€ 500,- min € 237,50) over voor eventueel andere noodzakelijke hulpmiddelen binnen het lopende kalenderjaar.

Artikel 9 Gezichtshulpmiddelen

9.1. Brillen en contactlenzen

Omschrijving Tegemoetkoming in de kosten van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen.

Door Opticien of optiekbedrijf

Aanvullende voorwaarden

1. Het tijdvak van 2 kalenderjaren vangt aan per 1 januari van het kalenderjaar waarin voor het eerst kosten zijn gemaakt.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	€ 150,- per verzekerde per 2 kalenderjaren.
Extra Zorg polis 4	€ 150,- per verzekerde per 2 kalenderjaren.

Univé heeft met een aantal opticienketens speciaal voor u afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij deze voorkeursleveranciers uw bril en/of lenzen aan te schaffen dan levert u dat extra voordeel op. Zo kunt u voor hetzelfde geld een duurdere bril of contactlenzen uitzoeken. Ga naar www.unive.nl/ledenvoordeel voor meer informatie.

9.2. Ooglaserbehandeling

Omschrijving Tegemoetkoming in de kosten van ooglaserbehandelingen.

Door Een oogarts

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	€ 500,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.
Extra Zorg polis 4	€ 500,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.

Univé heeft met een aantal ooglasercentra speciaal voor u afspraken gemaakt. Zo krijgt u flinke korting, waardoor het bedrag dat u zelf nog moet betalen behoorlijk lager wordt. Ga naar www.unive.nl/ledenvoordeel voor meer informatie.

Artikel 10 Mondzorg

10.1. Mondzorg tot 18 jaar

Omschrijving Mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar inclusief kronen en bruggen.

Door Mondzorg moet worden verleend door een tandarts die staat geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.

Aanvullende voorwaarden

Orthodontie wordt vergoed volgens artikel 10.2.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Maximaal € 500,-.
Extra Zorg polis 4	Maximaal € 500,-.

10.2. Orthodontie (kaakorthopedische behandelingen)

Omschrijving Vergoeding van de kosten van orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar.

Door Orthodontische behandelingen moeten worden verleend door:

1. een orthodontist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde;
2. een tandarts die staat geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.

Aanvullende voorwaarden

Vergoeding van de kosten van orthodontie verleend door een orthodontist vindt plaats overeenkomstig het gedeponeerde specialistentarief. Vergoeding van de kosten van orthodontische behandelingen verleend door een tandarts vindt plaats overeenkomstig de goedgekeurde WMG-tarieven.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	100% tot maximaal € 1.500,- per verzekerde tot 18 jaar voor de gehele duur van de verzekering.
Extra Zorg polis 4	Volledig.

Artikel 11 Preventie (Budget)

11.1. Gezondheidstest

Omschrijving Een gezondheidstest signaleert eventuele gezondheidsrisico's verbonden aan een bepaalde leefstijl en draagt bij aan het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen.

Door De gezondheidstest moet worden uitgevoerd door een medische zorgverlener.

Aanvullende voorwaarden

1. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van de nota waaruit blijkt dat het gaat om een gezondheidstest.

2. Binnen het budget wordt per gezondheidstest maximaal € 100,- vergoed.

11.2. Griepvaccinatie

Omschrijving Vaccinatie ter voorkoming van griep voor verzekerden die niet tot de risicogroepen behoren die via het Nederlandse programma grieppreventie in aanmerking komen voor een griepvaccin.

Door Griepvaccinatie moet worden verleend door een huisarts of medisch-specialist.

Aanvullende voorwaarden

Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding van vaccinaties als geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding uit de Zorgverzekeringswet of via de werkgever.

11.3. Preventieve inentingen en malariapillen bij reis naar buitenland

Omschrijving Preventieve inentingen en malariapillen in verband met een te maken buitenlandse reis.

Door

- Preventieve inentingen moeten worden verleend door de GGD, huisarts, Tropencentrum AMC, het Havenziekenhuis Travel Clinic of Airport Medical Services of Vaccinatiepunt.
- Malariapillen moeten worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Univé heeft met de GGD'en in Nederland speciaal voor u afspraken gemaakt. Zo krijgt u korting op vaccinaties. U krijgt ook korting op artikelen die tijdens een buitenlandse reis van nut kunnen zijn zoals DEET en ORS. Ga naar www.unive.nl/ledenvoordeel voor meer informatie.

11.4. Sport Medisch Adviescentrum

Omschrijving Vergoeding van de kosten van een consult of keuring.

Door Het consult of de keuring moet plaatsvinden in een Sport Medisch Centrum aangesloten bij de Federatie van Sport Medische instellingen.

11.5. Cursussen thuiszorgorganisatie/patiëntenvereniging

Omschrijving (Preventieve) cursussen gegeven door thuiszorgorganisatie of patiëntenvereniging.

Door De cursussen moeten worden gegeven door:

- een AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie;
- een patiëntenvereniging aangesloten bij de NPCF;
- een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder.

Aanvullende voorwaarden

1. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van een bewijs van deelname (certificaat) alsmede een kopie van de nota van de cursus of een kopie van giro- of bankafschrift waarop het cursusbedrag vermeld staat.
2. Vanaf Extra Zorg polis 2 wordt per gevolgde cursus maximaal € 25,- per kalenderjaar vergoed.
3. Vanaf Extra Zorg polis 3 wordt per gevolgde cursus maximaal € 50,- per kalenderjaar vergoed.
4. Dezelfde cursus komt slechts éénmaal per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking.

11.6. EHBO-cursus

Omschrijving Vergoeding van een EHBO-cursus.

Door De cursus moet worden verleend door een door het Oranje Kruis erkende vereniging.

Aanvullende voorwaarden

Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van een bewijs van deelname (certificaat) alsmede een kopie van de nota van de cursus of een kopie van giro- of bankafschrift waarop het cursusbedrag vermeld staat.

11.7. Gewichtconsulent

Omschrijving Vergoeding van consult gewichtconsulent.

Door Een gewichtconsulent aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland of een nader door Univé aan te wijzen zorgaanbieder.

11.8. Reanimatiecursus

Omschrijving Vergoeding van een reanimatiecursus.

Door Een reanimatiecursus moet worden verleend door een door de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR) erkend opleidingsinstituut.

11.9. Vakantiereizen (eigen bijdrage)

Omschrijving Vergoeding van de eigen bijdrage van vakantiereizen voor verzekerden met een lichamelijke en/of geestelijke handicap.

Door De vakantiereis moet georganiseerd zijn door:

- Het Nederlandse Rode Kruis;
- patiëntenvereniging aangesloten bij de NPCF;
- een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder.

Aanvullende voorwaarden

Binnen het budget wordt per vakantiereis maximaal € 75,- vergoed.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Artikel 11.1. t/m 11.4. Maximaal € 100,-.
Extra Zorg polis 2	Artikel 11.1. t/m 11.8. Maximaal € 200,-.
Extra Zorg polis 3	Artikel 11.1. t/m 11.9. Maximaal € 300,-.
Extra Zorg polis 4	Artikel 11.1. t/m 11.9. Maximaal € 400,-.

Het budget preventie is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in dit budget aangegeven zorg. Binnen het budget preventie heeft u vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

Heeft u Extra Zorg polis 1 afgesloten dan heeft u een budget van € 100,- voor de genoemde zorg in artikel 11.1 t/m 11.4. Heeft u Extra Zorg polis 2 afgesloten dan heeft u een budget van € 200,- en wordt het budget uitgebreid met vergoeding van consult gewichtconsulent en reanimatiecursus. Vanaf Extra Zorg polis 3 heeft u een budget van € 300,- en wordt het budget uitgebreid met vergoeding van de eigen bijdrage van vakantiereizen. De vergoeding van artikel 11.10. en 11.11. valt buiten het budget.

Voorbeeld: U gaat een verre reis maken waarvoor inentingen en/of malariapillen noodzakelijk zijn. De kosten van de inentingen zijn € 100,- en de malariapillen € 75,-. De vergoeding hiervoor valt binnen het budget preventie. Wanneer u Extra Zorg polis 1 heeft afgesloten, komt € 100,- voor vergoeding in aanmerking en is € 75,- voor uw eigen rekening. Heeft u Extra Zorg polis 3 afgesloten dan krijgt u het volledige bedrag van € 175,- vergoed. Volgt u daarnaast nog een EHBO cursus dan komen ook deze kosten tot maximaal € 125,- voor vergoeding in aanmerking. U heeft dan uw maximum van € 300,- bereikt.

11.10. Lidmaatschap patiëntenvereniging

Omschrijving Tegemoetkoming in de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie.

Aanvullende voorwaarden

1. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.
2. Per kalenderjaar komt het lidmaatschap van één patiëntenvereniging voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Eenmalig maximaal € 25,-.
Extra Zorg polis 3	Eenmalig maximaal € 25,-.
Extra Zorg polis 4	Eenmalig maximaal € 25,-.

11.11. Sport en spel voor hartpatiënten

Omschrijving Vergoeding van deelname aan activiteiten voor hartpatiënten.

Door Sportorganisaties voor hartpatiënten.

Aanvullende voorwaarden

1. Er is sprake van een hartaandoening, bijvoorbeeld na een doorgemaakt hartinfarct, dotterprocedure of open hartoperatie.

- De activiteiten vinden plaats onder deskundige begeleiding met schriftelijke goedkeuring van de behandelend arts of medisch-specialist.
- De nota is vergezeld van deze schriftelijke goedkeuring.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	maximaal € 25,- per 2 kalenderjaren.
Extra Zorg polis 3	maximaal € 25,- per 2 kalenderjaren.
Extra Zorg polis 4	maximaal € 25,- per 2 kalenderjaren.

Artikel 12 Therapieën (Budget)

12.1. Acne-behandeling

Omschrijving Behandeling bij ernstige vorm van acne.

Door Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici of een schoonheidsspecialist die in het bezit is van de aantekening acne en is aangesloten bij de ANBOS.

Verwijzingsvereisten

Voor een acne-behandeling is een verwijzing van de behandelend arts vereist.

Aanvullende voorwaarden

Onder een ernstige vorm van acne wordt verstaan: een ontsteking en psychologisch belastende tijdelijke huidaan- doening waarbij een reëel gevaar bestaat dat uitgebreide lit- tekenvorming optreedt die grotendeels onherstelbaar is.

12.2. Camouflagetherapie

Omschrijving Kosten van te volgen lessen en te gebruiken producten.

Door Een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici of een schoonheidsspecialist die is aangesloten bij de ANBOS.

12.3. Dieetadvisering

Omschrijving Vergoeding van de kosten van voorlichting, met een medisch doel, over voeding en eetgewoonten zoals dië- tisten die plegen te bieden.

Door Dieetadvisering moet worden verleend door een diëtist die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Waar Dieetadvisering moet plaatsvinden in de praktijk van de dië- tist, thuiszorginstelling, ziekenhuis of, op medisch voor- schrift, bij de verzekerde thuis.

Voorschriftvereisten

Voor dieetadvisering is een voorschrift van een huisarts, of de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of tandarts vereist.

Aanvullende voorwaarden

De kosten van voedingsmiddelen en dieetpreparaten, ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven, worden op grond van dit artikel niet vergoed.

12.4. Elektrische epilatie en laserontharing

Omschrijving Elektrische epilatie en laserontharing in geval van abnorma- le, ernstig ontsierende haargroei in het gelaat.

Door Elektrische epilatie en laserontharing moet worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici of een schoonheidsspecialist die in het bezit is van het diploma elektrisch ontharen en is aangesloten bij de ANBOS.

12.5. Flebologie en proctologie

Omschrijving Behandeling van aandoeningen van de bloedvaten en/of aambeien inclusief de kosten van de door de arts gegeven injecties.

Door Een arts die zich in de behandelingen heeft gespeciali- seerd, maar niet als medisch-specialist is erkend.

Aanvullende voorwaarden

De kosten van genees- en verbandmiddelen via de apotheek betrokken, worden vergoed vanuit de hoofdverzekering.

12.6. Therapeutisch zwemmen

Omschrijving Oefentherapie in het water.

Door Therapeutisch zwemmen moet worden verleend door een reuma- of bechterewvereniging onder leiding van een fysio- therapeut die voldoet aan de voorwaarden zoals omschre- ven in de Wet BIG.

Waar Therapeutisch zwemmen moet plaatsvinden in een zwembad.

Voorschriftvereisten

Voor therapeutisch zwemmen is een voorschrift van een huisarts, of de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts of medisch-specialist vereist.

Aanvullende voorwaarden

- Onder behandelingen wordt niet verstaan de toeslagen buiten de reguliere werktijden, de niet-curatieve groeps- zittingen, instructies aan derden, kosten (als gevolg) van niet nagekomen afspraken en het opstellen van rapportages.
- Geen recht op vergoeding bestaat als aanspraak kan worden gemaakt op een vergoeding uit de hoofdverze- kering.

12.7. Pedicure voor diabetici of reumapatiënten

Omschrijving Vergoeding van de kosten van consulten en behandelingen.

Door Pedicure voor diabetici moet worden verleend door een pedicure die beschikt over de aantekening 'diabetische voet'. Pedicure voor reumapatiënten moet worden verleend door een pedicure die beschikt over de aantekening 'reumati- sche voet'.

Verwijzingsvereisten

Een verwijzing van de behandelend medisch-specialist of arts is vereist.

12.8. Podo(posturale)therapie

Omschrijving Vergoeding van de kosten van therapiezolen, consulten en behandelingen.

Door Podo(posturale)therapie moet worden verleend door een:

- podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of staat geregistreerd in het A-register van het Omni Podo Genootschap; of
- register B podoloog die is aangesloten bij Stichting LOOP.

12.9. Psoriasisbehandeling

Omschrijving (Dag)behandeling of behandeling met UV-B bruikleenappa- raatuur voor de behandeling van zeer ernstige psoriasis.

Door Psoriasisbehandeling moet worden verleend onder verant- woordelijkheid van een arts werkzaam in een in psoriasis gespecialiseerd centrum.

Waar Psoriasisbehandeling moet plaatsvinden in een in psoriasis gespecialiseerd centrum (in Nederland). Behandeling met UV-B bruikleenapparatuur moet bij de ver- zekerde thuis plaatsvinden.

Verwijzingsvereisten

Voor een psoriasisbehandeling is een gemotiveerde verwij- zing van een dermatoloog vereist.

Aanvullende voorwaarden

- UV-B bruikleenapparatuur moet afkomstig zijn van een door Univé aangewezen leverancier.
- Als een psoriasisbehandeling in een instelling plaats- vindt wordt deze volledig vergoed vanuit de hoofd- verzekering.

12.10. Psychologische zorg (eerstelijns)

Omschrijving Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diag- nostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Door Eerstelijnspsychologische zorg moet worden verleend door:

- een gezondheidspsycholoog die als eerstelijnspsycho- loog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsycho- logen bij het Nederlandse Instituut van Psychologen (NIP);
- een gezondheidspsycholoog die als zodanig is inge- schreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Eerstelijnspsychologische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door:

- een kinderpsycholoog die als zodanig is ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP);
- een jeugdpsycholoog die als zodanig is ingeschreven in het Register van jeugdpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP);
- een orthopedagoog-generalist die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogogen en onderwijskundigen (NVO).

Verwijzingsvereisten

Voor eerstelijnspsychologische zorg is een verwijzing van de huisarts, specialist, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of bedrijfsarts vereist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijzing plaatsvindt door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Aanvullende voorwaarden

De kosten van eerstelijnspsychologische zorg worden slechts vergoed als:

- verwijzing naar en behandeling door het RIAGG of het maatschappelijk werk op korte termijn niet mogelijk is;
- behandeling in een psychiatrische polikliniek of door een vrijgevestigde psychiater niet is aangewezen.

Binnen het budget worden de kosten vergoed van:

- de wettelijke eigen bijdrage van de 1e 8 behandelingen.
- behandelingen aanvullend op de hoofdverzekering vanaf de 9e behandeling.

12.11. Stottertherapie of -coaching

Omschrijving Vergoeding van de kosten van stottertherapie of coaching.

Door Een door de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST) erkend stottertherapeut.

Verwijzingsvereisten

Voor stottertherapie of -coaching is een verwijzing van een huisarts, of de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts of medisch-specialist vereist.

Aanvullende voorwaarden

Bijkomende kosten, zoals reis- en/of verblijfskosten, worden niet vergoed.

12.12. Herstel en Balans

Omschrijving Het revalidatieprogramma Herstel en Balans is voor patiënten met kanker die aansluitend op de behandeling door een medisch-specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

Door Het revalidatieprogramma Herstel en Balans moet worden verleend door:

- integrale kankercentra;
- overige instellingen die door de Stichting Herstel & Balans voor het revalidatieprogramma zijn gecertificeerd.

Voorschriftvereisten

Voor het revalidatieprogramma Herstel en Balans is een voorschrift van de behandelend medisch-specialist vereist.

Toestemmingsvereisten

Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.

Aanvullende voorwaarden

1. Behandelingen fysiotherapie zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, kunnen na 9 behandelingen en voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé worden voortgezet voor rekening van de hoofdverzekering.
2. Behandelingen psychologische zorg zoals beschreven in het Besluit zorgverzekering, kunnen na 8 behandelingen worden voortgezet voor rekening van de aanvullende verzekering. De wettelijke eigen bijdrage van de eerste 8 behandelingen wordt vergoed binnen het budget therapieën.

12.13. Herstellingsoord

Omschrijving Vergoeding van de verblijfskosten in een herstellingsoord.

Waar Verblijf moet plaatsvinden in een somatisch herstellingsoord, voorkomend op de door de Univé gehanteerde lijst van herstellingsoorden. De door Univé gehanteerde lijst is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service centrum van Univé via telefoonnummer 0800-0234763 of via zorgvragen@unive.nl.

Aanvullende voorwaarden

Er vindt alleen vergoeding van kosten plaats voor zover deze niet voor rekening van de AWBZ komen.

12.14. Kuurbehandeling

Omschrijving Een in groepsverband georganiseerde kuurreis met verblijf en behandeling in een kuuroord voor verzekerden met een ernstige vorm van reumatoïde artritis, artritis psoriatica of de ziekte van Bechterew.

Door De reis moet geboekt worden via DH-reizen (www.dh-reizen.nl)

Verwijzingsvereisten

Voor een kuurbehandeling is een verwijzing van de behandelend reumatoloog vereist.

Aanvullende voorwaarden

Kosten van reizen die individueel zijn ondernomen komen niet voor vergoeding in aanmerking. Dit geldt ook voor de hieraan verbonden kosten van verblijf.

12.15. Overgangsconsulent

Omschrijving Hulp bij problemen tijdens de overgang.

Door Hulp bij problemen tijdens de overgang moet worden verleend door een overgangsconsulent die als verpleegkundige is BIG-geregistreerd en zich heeft gespecialiseerd in de problematiek van de overgang.

12.16. Therapeutische kampen voor jongeren

Omschrijving Verblijf in een therapeutisch kamp voor jongeren met één van de volgende aandoeningen: astma, diabetes mellitus, longaandoening mucoviscidosis.

12.17. Lactatiekundige hulp

Omschrijving Vergoeding van lactatiekundige hulp aan vrouwen die problemen ondervinden bij het geven van borstvoeding.

Door Lactatiekundige hulp moet worden verleend door een lactatiekundige die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL). Adressen van lactatiekundigen kunt u vinden op website www.nvl.borstvoeding.nl.

Aanvullende voorwaarden

Vergoeding wordt uitsluitend verleend voor lactatiekundige hulp. Er wordt geen vergoeding gegeven voor hulpmiddelen, attributen, etc.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Artikel 12.1. t/m 12.11. maximaal € 100,-.
Extra Zorg polis 2	Artikel 12.1. t/m 12.16. maximaal € 250,-.
Extra Zorg polis 3	Artikel 12.1. t/m 12.17. maximaal € 400,-.
Extra Zorg polis 4	Artikel 12.1. t/m 12.17. maximaal € 650,-.

Het budget therapieën is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in dit budget aangegeven zorg. Binnen het budget therapieën heeft u vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

Heeft u Extra Zorg polis 1 afgesloten dan valt de genoemde zorg in artikel 12.1. t/m 12.11. onder de totale vergoeding van dit budget. Extra Zorg polis 2 wordt uitgebreid met de genoemde zorg in artikel 12.12. t/m 12.16. Vanaf Extra Zorg polis 3 wordt het budget uitgebreid met de genoemde zorg in artikel 12.17. De vergoeding voor traumaopvang (art. 12.18.) valt buiten het budget.

12.18. Traumaopvang

Omschrijving Gedeeltelijke vergoeding van de kosten voor opvang na een schokkende gebeurtenis in Nederland als de verzekerde getroffen is of direct betrokkene is. Onder schokkende gebeurtenis wordt verstaan:

- overval;
- gijzeling;

- agressie of ongeval waarbij zich (ook) letselschade voordoet;
- agressie op de werkplek;
- ongewenste omgangsvormen.

Aanvullende voorwaarden

1. De gebeurtenis moet een acute ontwrichting van het bestaan tot gevolg hebben.
2. De gebeurtenis moet aantoonbaar zijn in de vorm van een aangifte bij de politie.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Eenmalig € 25,- voor de totale duur van de verzekering.
Extra Zorg polis 3	Eenmalig € 25,- voor de totale duur van de verzekering.
Extra Zorg polis 4	Eenmalig € 25,- voor de totale duur van de verzekering.

Artikel 13 Thuiszorgverstrekingen (Budget)

13.1 Mantelzorgmakelaar

Omschrijving Vergoeding van de kosten van een mantelzorgmakelaar. Een mantelzorgmakelaar zorgt voor tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorgger door het overnemen van regeltaken. Hierdoor kan de mantelzorgger de zorgtaken beter combineren met werk en privéleven.

Door Een bij het Bureau TAPS in Zorg en Welzijn aangesloten mantelzorgmakelaar. Een lijst van gecertificeerde mantelzorgmakelaars is raadpleegbaar op www.unive.nl of www.mantelzorgmakelaar.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service centrum van Univé via telefoonnummer 0800-0234763 of via zorgvragen@unive.nl.

Aanvullende voorwaarden

1. het Bureau TAPS in Zorg en Welzijn bepaalt het aantal uren dat de mantelzorgmakelaar wordt toegekend.
2. er bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding als:
 - de verzekerde degene is die de mantelzorg ontvangt;
 - de verzekerde degene is die de mantelzorg verleent.
3. verleende zorg door een mantelzorgmakelaar komt slechts éénmaal voor vergoeding in aanmerking en kan niet zowel door de mantelzorgger als degene die de mantelzorg ontvangt worden gedeclareerd.

13.2 Verblijfskosten logeer-, gasthuizen, Ronald McDonald huizen en familiehuizen

Omschrijving Overnachting in:

- een logeer- of gasthuis voor een chronisch ziek meeverzekerd kind; of
- een Ronald McDonaldhuis of een daaraan gelijkgestelde instelling voor ouders van een meeverzekerd kind dat voor behandeling wordt opgenomen in het ziekenhuis.

13.3 Respijtzorg (vervangende mantelzorg)

Omschrijving Vergoeding van de kosten van respijtzorg. Respijtzorg is de tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorgger aan de verzekerde met het doel om die mantelzorgger vrijaf te geven. De zorg of hulp kan thuis gegeven worden, maar ook buitenshuis.

Aanvullende voorwaarden

Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding als de verzekerde instemt met de vorm van respijtzorg.

13.4 Thuisverpleging

Omschrijving De kosten van hulp ten huize van de verzekerde.

Door Thuisverpleging moet worden verleend door een gediplomeerd verpleegkundige die voldoet aan de voorwaarden zoals omschreven in de Wet BIG.

Aanvullende voorwaarden

Aanspraak op vergoeding bestaat alleen als verpleging in een inrichting kan worden voorkomen.

13.5 Thuiszorg (wettelijke eigen bijdrage)

Omschrijving Aanvullend op de vergoeding uit de AWBZ voor zorg zonder verblijf (thuiszorg) vergoeding voor de wettelijke eigen bijdrage.

13.6 Kinderopvang

Omschrijving Kinderopvang voor kinderen tot 13 jaar die nog thuis wonen.

Toestemmingsvereisten

Voor kinderopvang is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.

Aanvullende voorwaarden

- Aanspraak op vergoeding bestaat uitsluitend:
- als een van de meeverzekerde ouders langer dan 5 dagen is opgenomen in een ziekenhuis, revalidatiecentrum, verpleeghuis of psychiatrische inrichting;
 - als de kinderen op een Extra Zorg polis 4 staan ingeschreven;
 - tot de ontslagdatum uit de inrichting.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Artikel 13.1 en 13.2. maximaal € 250,-.
Extra Zorg polis 3	Artikel 13.1 t/m 13.5. maximaal € 500,-.
Extra Zorg polis 4	Artikel 13.1 t/m 13.6. maximaal € 750,-.

13.7 Hospicezorg

Omschrijving Kortdurende opvang buitenshuis in daartoe specifiek ingerichte ruimtes waar ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven worden begeleid en verzorgd door professionele hulpverleners en/of vrijwilligers.

Waar Hospicezorg moet plaatsvinden in een hospice met een AWBZ-erkenning of een hospice met een overeenkomst met het regionale zorgkantoor.

Aanvullende voorwaarden

1. De vergoeding geldt niet voor eigen bijdragen bij opvang in een verpleeghuis, verzorgingshuis of ziekenhuis.
2. De vergoeding geldt voor ten hoogste een periode van 3 maanden.
3. Als verlenging van de termijn van 3 maanden noodzakelijk is dan moet hierover contact opgenomen te worden met Univé.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Tegemoetkoming in eigen bijdrage tot maximaal € 25,- per dag.
Extra Zorg polis 3	Tegemoetkoming in eigen bijdrage tot maximaal € 25,- per dag.
Extra Zorg polis 4	Tegemoetkoming in eigen bijdrage tot maximaal € 25,- per dag.

Artikel 14 Verloskundige zorg en kraamzorg

14.1 Adoptie

Omschrijving Nadat een of meer kinderen, die tijdens de looptijd van deze aanvullende verzekering wettig zijn geadopteerd, en staan ingeschreven op de Univé Extra Zorg polis 4, vindt een uitkering plaats.

Aanvullende voorwaarden

Vergoeding wordt verleend na overlegging van een kopie van de adoptiepapieren.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Eenmalig maximaal € 1.500,- per gezin voor de gehele duur van de verzekering.

14.2 Kraamzorg (eigen bijdrage)

Omschrijving Vergoeding van de kosten van de bij Regeling zorgverzekering gestelde eigen bijdrage voor kraamzorg.

Door Kraamzorg moet worden verleend door een kraamcentrum, dat is een door de bevoegde overheidsinstanties als zodanig toegelaten, alsmede een door Univé als zodanig erkende, instelling.

Aanvullende voorwaarden

Er is alleen recht op vergoeding als de kraamzorg is aangevraagd via Univé Kraamzorg (0800-8998099, gratis).

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Volledige vergoeding.

14.3. Poliklinische bevalling zonder medische indicatie (eigen bijdrage)

Omschrijving Vergoeding van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie.

Aanvullende voorwaarden

Er vindt alleen vergoeding van kosten plaats voor zover deze niet voor rekening van de hoofdverzekering komen.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Volledige vergoeding.

14.4. Kraampakket

Omschrijving Een door Univé Kraamzorg (telefoon: 0800-8998099, gratis) verzorgd kraampakket voor aanstaande moeders.

Aanvullende voorwaarden

1. Het recht op vergoeding bestaat vanaf de 4e maand van de zwangerschap.
2. Kraampakketten aangeschaft via andere instanties of via de detailhandel worden niet vergoed.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen recht op kraampakket.
Extra Zorg polis 2	Geen recht op kraampakket.
Extra Zorg polis 3	Gratis Univé kraampakket.
Extra Zorg polis 4	Gratis Univé kraampakket.

14.5. Prenataal onderzoek

Omschrijving Vergoeding van de kosten van prenataal onderzoek voor verzekerden jonger dan 36 jaar. Onder prenataal onderzoek worden de volgende onderzoeken verstaan: Combinatietest (nekplooiemeting en bloedonderzoek) en 1e onderzoek triplettest.

Door Prenataal onderzoek moet worden verleend door een bevoegd verloskundige of gynaecoloog.

Aanvullende voorwaarden

Structureel echoscopisch onderzoek in het 2e trimester van de zwangerschap wordt vergoed vanuit de hoofdverzekering.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Volledige vergoeding.

14.6. Uitgestelde kraamzorg

Omschrijving Als de kraamvrouw en/of het kind op medische gronden na de bevalling langer dan 10 dagen in het ziekenhuis moet(en) verblijven, kan er uitgestelde kraamzorg worden aangevraagd voor het moment waarop moeder en kind thuishkomen.

Door Uitgestelde kraamzorg moet worden verleend door een kraamcentrum, dat is een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten, alsmede een door Univé als zodanig erkende, instelling.

Aanvullende voorwaarden

De kraamzorg moet worden geregeld via Univé Kraamzorg (telefoon: 0800-8998099, gratis). Zij bepalen hoeveel uur uitgestelde kraamzorg er wordt toegekend.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Maximaal 6 uur per kalenderjaar.
Extra Zorg polis 4	Maximaal 12 uur per kalenderjaar.

14.7. Sterilisatie

Omschrijving Sterilisatie: methode van definitieve anticonceptie door middel van een operatieve ingreep bij een man of vrouw;

Door Sterilisatie moet worden verricht door de medisch-specialist of huisarts.

Voorschrijfvereisten

Voor sterilisatie is een voorschrift van de huisarts vereist.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Enmalig volledige vergoeding voor de totale duur van de verzekering.
Extra Zorg polis 2	Enmalig volledige vergoeding voor de totale duur van de verzekering.
Extra Zorg polis 3	Enmalig volledige vergoeding voor de totale duur van de verzekering.
Extra Zorg polis 4	Enmalig volledige vergoeding voor de totale duur van de verzekering.

Artikel 15 Uitsluitingen

Univé vergoedt de volgende kosten niet:

Lid 1

Voor een behandeling die verband houdt met een ziekte of afwijking die al vóór of bij het tot stand komen van de verzekering bestond en waarmee de verzekeringsnemer of de verzekerde op dat tijdstip al bekend was of daarvan klachten ondervond, als Univé voor een medische beoordeling heeft verzocht een gezondheidsverklaring in te vullen. Bovenstaande is ook van toepassing bij een wijziging van de verzekering. Het bovenstaande is niet van toepassing wanneer Univé van die ziekte, afwijking of klachten schriftelijk op de hoogte is gebracht en Univé bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen.

Lid 2

Als verzekerde - als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade, of kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, is de verzekering op basis van de Univé Extra Zorg polis 1, 2, 3 en 4 pas in de laatste plaats geldig. In een dergelijk geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.

Lid 3

Voor zorg die een verstrekking vormt van de AWBZ.

Lid 4

Voor declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken.

Lid 5

Als de verzekerde naar het oordeel van Univé heeft gehandeld in strijd met de verzekeringsvoorwaarden of heeft nagelaten de voorschriften van de behandelend arts op te volgen.

Lid 6

Voor verpleging op grond van sociale redenen.

Lid 7

Voor de behandeling van ziekten of ongevallen waarvan eerdere behandeling door de verzekerde tegen het advies van de behandelend arts in is afgebroken.

Univé Verzekeringen
Rogier van de Weijdestraat 1
1817 MJ Alkmaar
www.unive.nl
zorgvragen@unive.nl
Telefoonnummer 0800-0234763



2141.10/08

www.unive.nl

Daar plukt ú de vruchten van!