

**ALGEMENE VERZEKERINGS-
VOORWAARDEN AANVULLENDE
VERZEKERING
STANDAARD (PAKKET) POLIS
(ingaande 1 januari 1999)**

Inhoudsopgave	blz
Artikel 1 Begripsomschrijving	1
Artikel 2 Overzicht vergoedingen Aanvullende Verzekering	3
Artikel 3 Uitsluitingen	5
Artikel 4 Grondslag van de verzekering	5
Artikel 5 Duur en einde van de verzekering	6
Artikel 6 Premie	6
Artikel 7 Wijziging premie en/of verstrekkingen	6
Artikel 8 Aansprakelijkheid van derden	6
Artikel 9 Vrijwaring van aansprakelijkheid	7
Artikel 10 Vergoeding van nota's	7
Artikel 11 Schadevergoeding	7
Artikel 12 Overige bepalingen	7
Artikel 13 Collectieve contracten	7
Artikel 14 Geschillen en klachten	7

OVERZICHT

INHOUD ARTIKELEN	Artikel	Pag.
Alternatieve geneeswijzen	2.21.	5
Antroposofische geneeskunde	2.19.	4
Brilmonturen voor kinderen	2.6.b.	3
Buitenlanddekking	2.15.	4
Camouflagetherapie	2.2.	3
Elektrische epilatie	2.3.	3
Fysiotherapie en oefentherapie	2.22.	5
Gebitsprothesen	2.12.3.	3
Gezichtshulpmiddelen	2.6.	3
Herstellingsoort	2.14.	4
Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	2.8.	3
Hoortoestellen	2.7.	3
Kraampakket	2.23.	5
Mamma-prothesen	2.9.	3
Oedeemtherapie	2.5.	3
Orthodontie	2.12.1.	3
Plaswekkers	2.10.	3
Podotherapie/Podo-orthesiologie/ Podokinesiologie	2.17.	4
Pruiken	2.18.	4
Psoriasisbehandeling	2.4.	3
Psychologische hulp (<i>eerstelijns</i>)	2.20.	4
Sport Medisch Adviescentrum	2.16.	4
Stottertherapie	2.11.	3
Tandheelkundige hulp	2.12.	3
Therapeutische kampen voor jongeren	2.13.	4

Artikel 1 Begripsomschrijving

De maatschappij

Onderlinge Verzekerings Maatschappij Univé Zorg u.a.

Verder in alfabetische volgorde.

Acupuncturist

Een in Nederland gevestigde acupuncturist die is geregistreerd bij de N.G.V.A., de N.A.A.V., het HWA TO Centre, de N.V.A. of de N.A.A.S. (met een C-diploma).

Alternatieve geneeswijzen

Geneesmethode voorzover verstrekt door artsen voor natuurgeneeskunde, homeopathische artsen, artsen voor manuele of orthomanele geneeskunde, artsen voor Moerman- en enzymtherapie, acupuncturisten en chiropractoren. Hieronder worden niet verstaan de bij de behandeling voorgeschreven geneesmiddelen.

Antroposofische geneeskunde

Geneeskunde die uitgeoefend wordt door artsen en therapeuten die zijn gecertificeerd of als zodanig erkend door de desbetreffende beroepsvereniging.

Antroposofische geneesmiddelen

Geneesmiddelen zoals die voorkomen op de door de maatschappij gehanteerde lijst Antroposofische Geneesmiddelen, gebaseerd op de KNMP-taxe.

Chiropractor

Een in Nederland gevestigde chiropractor die is aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (N.C.A.).

Collectief contract

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

Collectief contractant

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

COTG

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

Eerstelijns Psycholoog

Een in Nederland gevestigde psycholoog die is aangesloten bij een Regionaal Orgaan Eerstelijns Psychologen (R.O.E.P.).

Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig is geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in de Wet op de paramedische beroepen.

Herstellingsoort

Een somatisch herstellingsoort, voorkomend op de door de maatschappij gehanteerde lijst van herstellingsoorten, dat niet onder de AWBZ-verstrekkingen wordt vergoed.

Homeopathische Geneesmiddelen

Geneesmiddelen zoals die voorkomen op de door de Maatschappij gehanteerde lijst Homeopathische Geneesmiddelen, gebaseerd op de KNMP-taxe.

Hoofdverzekering

De wettelijke verzekering zoals geregeld in de Standaard (Pakket) Polis zoals vastgesteld door het ministerie van V.W.S.

Huidarts/dermatoloog

Een in Nederland gevestigde arts die als dermatoloog is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Huidtherapeut(e)

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut(e) die in het bezit is van een erkend diploma en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.

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 wijze de algemene praktijk uitoefent. (Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.)

Kaakchirurg

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

Kinderfysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig is geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie en is ingeschreven in het register van bevoegde kinderfysiotherapeuten van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg.

Kosten

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

Manueel therapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig is geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie en als manueel therapeut geregistreerd staat in het register van de Nederlandse Vereniging van Manuele Therapie (NVMT), danwel de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).

Manuele/orthomanuele geneeskundige

Een arts voor manuele en orthomanuele geneeskunde die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde.

Medische noodzaak

De noodzaak voor verpleging, onderzoek en/of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.

Mondhygiënist

Een in Nederland gevestigde mondhygiënist, als bedoeld in het Mondhygiënist Besluit (Stb. 1994, 188), die hulp verleent als bedoeld in dat besluit.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck - als bedoeld in het Besluit nieuwe regelen inzake de toekenning tot het uitoefenen van de beroepen mondhygiënist, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck, orthoptist en podotherapeut - die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, ter-

wij regelmatig behandeling door een specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

Orthodontist

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

Plastisch chirurg

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven als plastisch chirurg in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Podotherapeut/Podo-orthesioloog/Podokinesioloog

Beoefenaar van de podotherapie, podo-orthesiologie respectievelijk podokinesiologie voorzover deze lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten, de Nederlandse Vereniging voor Podo-orthesiologie (NVP) respectievelijk de Nederlandse Vereniging voor Podokinesiologie.

Psychiater

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven als psychiater in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Reguliere fysiotherapeutische behandeling

De behandeling van een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

Specialist

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Een kaakchirurg wordt gelijkgesteld aan een specialist.

Sport Medisch Adviescentrum

Een Sport Medisch Adviescentrum aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Adviescentra in Nederland, statutair gevestigd te Apeldoorn, zaakdoende te Oosterbeek.

Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

Tandheelkundig adviseur

De tandarts die de maatschappij in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigd tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Techniekkosten

De kosten verband houdende met tandtechnische werkzaamheden in opdracht van de tandarts of tandarts-specialist bedragen ten hoogste de door de Nederlandse Maatschappij Tandheelkunde en Vereniging van Laboratoriumhoudende Tandtechnici resp. het Nederlands Tandtechnisch Genootschap vastgestelde tarieven. Onder techniekkosten wordt ook verstaan: materiaal/laboratoriumkosten behorende bij alle tandheelkundige behandelingen genoemd in artikel 2.12.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige die als zodanig staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

Verzekerde

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

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan.

Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten.

Artikel 2 Overzicht vergoedingen Aanvullende Verzekering

2.1. Omvang van de dekking

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de maatschappij de kosten van de in artikel 2 genoemde medische behandelingen en middelen op basis van het door of namens de maatschappij met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de maatschappij de kosten op basis van het alsdan rechtsgeldig (COTG-)tarief.

2.2. Camouflagetherapie

75% van de kosten van de te volgen lessen en de te gebruiken producten, mits vooraf door de maatschappij toestemming is verleend op basis van een gemotiveerde aanvraag van een huisarts, huidarts of plastisch chirurg.

2.3. Elektrische epilatie

Eenmalige vergoeding van de kosten boven f 400,- tot maximaal f 2.400,- per vrouwelijke verzekerde voor elektrische epilatie van abnormale, ernstig ontsierende haargroei in het gelaat, mits:

- vooraf door de maatschappij toestemming is verleend op basis van een gemotiveerde aanvraag van een huisarts of specialist;
- de behandeling uitgevoerd wordt door een daartoe bevoegde huidtherapeut(e).

2.4. Psoriasis behandeling

Volledige vergoeding tot maximaal f1000,- per kalenderjaar van de behandeling van een ernstige vorm van psoriasis met UV-B bruikleen apparatuur via een door de maatschappij aangewezen leverancier. Vergoeding wordt slechts gegeven na een gemotiveerde aanvraag van een dermatoloog en na schriftelijke toestemming van de maatschappij.

2.5. Oedeemtherapie

De kosten van oedeemtherapie, verleend door een daartoe bevoegde huidtherapeut(e), worden vergoed tot een maximum van f 60,- per behandeling voor ten hoogste 10 behandelingen per kalenderjaar per verzekerde. De vergoeding wordt uitsluitend verleend wanneer de reguliere fysiotherapeutische behandeling geen resultaat heeft gehad, de therapie plaatsvond op verwijzing van de behandelend specialist en na voorafgaande toestemming door de maatschappij.

2.6. Gezichtshulpmiddelen

a. Een tegemoetkoming in de aanschafkosten van brillen- glazen c.q. contactlenzen wordt verleend voor bifocale glazen:

- bij een sterkte van sferisch 4,25 t/m 6,00 dioptrieën f 25,-;
- bij 6,25 t/m 8,00 dioptrieën f 35,-;
- bij 8,25 t/m 10,00 dioptrieën f 45,-;
- vanaf 10,25 dioptrieën f 75,-

Voor brillen- en contactlenzen van kunststof (indien vermeld in het voorschrift van de voorschrijvend arts) bij afakie is de tegemoetkoming:

- bij een sterkte van sferisch 8,00 t/m 10,00 dioptrieën f 40,-;
- bij 10,25 t/m 13,00 dioptrieën f 50,-;
- bij 13,25 t/m 20,00 dioptrieën f 65,-;
- vanaf 20,25 dioptrieën f 100,-.

b. Een tegemoetkoming in de aanschafkosten van brillen- monturen ten behoeve van kinderen tot 16 jaar wordt verleend tot ten hoogste f 75,- per kalenderjaar.

2.7. Hoortoestellen

Aanvullend op de hoofdverzekering vergoeding van 75% tot maximaal f 250,- van het verschil tussen de aanschafprijs van het hoortoestel en de verleende vergoeding uit de hoofdverzekering.

2.8. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen welke worden voorgeschreven door een arts worden volledig vergoed onder voorwaarde dat:

- deze geneesmiddelen worden geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts;
- de arts die homeopathische geneesmiddelen voorschrijft lid is van de Vereniging Homeopathisch Artsen

Nederland (VHAN) en/of specifieke (contractuele) afspraken hierover met de maatschappij heeft;

- de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen vermeld staan op een door de maatschappij gehanteerde lijst. Deze lijst is bij de apothekers en apotheekhoudend huisartsen bekend.

2.9. Mamma(borst)prothesen

Aanvullend op de vergoeding van de hoofdverzekering volledige vergoeding van de aanschafkosten.

2.10. Plaswekkers

Vergoeding van de huurkosten van een plaswekker en de aanschaffingskosten van bandage, voor een periode van ten hoogste twee maanden, mits vooraf door de maatschappij toestemming is verleend op basis van een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts. Indien noodzakelijk kan opnieuw een aanvraag worden ingediend.

2.11. Stottertherapie

2.11.1. Stottertherapie Doetinchemse Methode

Volledige vergoeding van verblijfkosten in een instituut waar volgens de Doetinchemse Methode stottertherapie wordt gegeven, indien en zolang de therapie uit de hoofdverzekering wordt vergoed.

2.11.2. Overige instituten voor stottertherapie

Na toestemming van de maatschappij worden de kosten van stottertherapie in een door de maatschappij aangewezen instituut voor 80% vergoed tot maximaal f 2.000,- voor de totale duur van de verzekering. Bijkomende kosten, zoals reis- of verblijfkosten, worden niet vergoed.

2.12. Tandheelkundige hulp

2.12.1. Orthodontie

De kosten van orthodontie (voor zover geen enkele aanspraak op vergoeding krachtens de hoofdverzekering bestaat) worden:

- voor 90% van de goedgekeurde COTG-tarieven vergoed, bij ernstige orthodontische afwijkingen (IOTN 4-5) uitsluitend indien behandelingen plaatsvinden door de orthodontist, tot een maximum van f 4.000,- voor de gehele behandeling;
- voor 60% van de goedgekeurde COTG-tarieven vergoed, bij overige orthodontische afwijkingen (IOTN 2-3) indien behandelingen plaatsvinden door een orthodontist of tandarts, tot een maximum van f 2.000,- voor de gehele behandeling;
- niet vergoed bij overige orthodontische afwijkingen (met name esthetische behandelingen).

Het eerste onderzoek, de röntgendiagnostiek en de modelanalyse door een orthodontist en/of tandarts worden vergoed conform tandheelkundige hulp in artikel 2.12.4.

Genoemde bedragen gelden voor de totale duur van de verzekering.

De ernst van de afwijkingen staat ter uitsluitende beoordeling van de tandheelkundig adviseur van de maatschappij. De vergoeding wordt alleen gegeven als de maatschappij vooraf toestemming voor de behandeling heeft gegeven op basis van een gemotiveerde aanvraag door de behandelend orthodontist en de behandeling bij de verzekerde is aangevangen voordat deze de leeftijd van 19 jaar heeft bereikt.

2.12.2. Kosten voor kronen ten gevolge van een ongeval

Indien een verzekerde (jonger dan 19 jaar) ten gevolge van een ongeval een kroon of brug moet laten plaatsen, worden de kosten van deze behandeling volledig vergoed conform de goedgekeurde COTG-tarieven (voor zover geen enkele aanspraak op vergoeding krachtens de hoofdverzekering bestaat) mits vooraf toestemming voor deze behandeling is gegeven door de maatschappij. Onder ongeval wordt in dit verband verstaan: een niet opzettelijk van buiten komend onheil.

2.12.3. Prothetische hulp (uitsluitend voor verzekerden met een tandenloze boven- en/of onderkaak)

In aanvulling op de vergoeding uit de hoofdverzekering worden de kosten voor een volledige gebitsprothese (inclusief

techniekkosten) vergoed tot maximaal f 800,- per 5 jaar, indien de prothese is aangemeten en geplaatst door een tandarts of door een tandprotheticus.

De periode van 5 jaar geldt vanaf de datum van de eerste vergoeding.

2.12.4. Overige tandheelkundige hulp

De maximale vergoeding voor hulp verleend door een tandarts en / of mondhygiënist tezamen bedraagt in totaal maximaal f 500,- per verzekerde per kalenderjaar, tenzij met de maatschappij is overeengekomen dat de maximale vergoeding per verzekerde per kalenderjaar f 1000,- of f 2000,- zal bedragen.

De techniekkosten behorende bij onderstaande behandelingen worden niet vergoed.

Tandheelkundige hulp genoemd in de artikelen 2.12.1 en 2.12.3 komt niet in aanmerking voor de in dit artikel beschreven vergoedingsregeling.

a. *behandeling door een tandarts:*

Voor tandheelkundige hulp waarop geen enkele aanspraak kan worden gemaakt krachtens de hoofdverzekering wordt vergoeding gegeven van 75% van het voor tandartsen geldende COTG-tarief met inachtneming van het bovengenoemde maximale vergoedingsbedrag.

b. *behandeling door een mondhygiënist:*

voor mondhygiënistische behandelingen door een mondhygiënist, mits deze behandeling plaatsvindt op advies van een tandarts of tandarts-specialist, wordt vergoeding gegeven van maximaal 50% op basis van het voor tandartsen geldende COTG-tarief met inachtneming van het bovengenoemde maximale vergoedingsbedrag.

Behandelingen waarop krachtens de hoofdverzekering aanspraak kan worden gemaakt (ook indien uitgevoerd door een tandarts) komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2.12.5. Verhoging maximale jaarlijkse vergoeding

De verzekerde heeft de mogelijkheid het in artikel 2.12.4 genoemde bedrag van f 500,- te verhogen tot f 1.000,- of f 2.000,- onder de volgende voorwaarden:

- gunstige tandheelkundige keuring door de maatschappij;
- de bestaande premie van de aanvullende verzekering wordt verhoogd met f 5,- per verzekerde per maand indien gekozen wordt voor f 1.000,- als maximale vergoeding en met f 7,50 per verzekerde per maand als gekozen wordt voor f 2.000,- als maximale vergoeding;
- verhoging is alleen mogelijk per 1 januari volgend op de datum van aanvraag.

2.12.6. Bijkomende kosten

Eventueel gemaakte reiskosten en andere bijkomende kosten in verband met de in artikel 2.12 genoemde behandelingen worden niet vergoed.

2.13. Therapeutische kampen voor jongeren

Vergoeding van f 15,- per dag gedurende maximaal zes weken per kalenderjaar voor verblijf in een therapeutisch kamp voor jongeren met één van de volgende aandoeningen:

- astma;
- diabetes mellitus;
- longaandoening mucoviscidosis,

mits vooraf door de maatschappij toestemming is verleend op basis van een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts.

2.14. Herstellingsoord

Vergoeding van f 50,- per dag met een maximum van f 2.000,- per kalenderjaar voor de verblijfkosten in een somatisch herstellingsoord, mits vooraf door de maatschappij toestemming is verleend op basis van een gemotiveerde aanvraag van de huisarts.

2.15. Geneeskundige hulp bij verblijf in het buitenland

2.15.1. Geneeskundige hulp bij een tijdelijk verblijf in het buitenland gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden.

2.15.2. Kosten van medisch spoedeisende opname in een ter plaatse erkend algemeen ziekenhuis, alsmede medisch

spoedeisende niet-klinische hulp, als omschreven in de hoofdverzekering Standaard (Pakket) Polis, die gemaakt zijn tijdens verblijf in het buitenland, zijn waar ook ter wereld gedekt.

Verzekerden zijn bij een klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de ANWB-alarmcentrale, telefoon (070) 314 14 14.

2.15.3. In geval van opname in een ziekenhuis is de dekking tevens beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval. Onder ziektegeval wordt verstaan: iedere ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.

2.15.4. De kosten van medisch noodzakelijk vervoer vanaf de plaats van het ongeval naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis worden volledig vergoed. De vervoerskosten van de verblijfplaats naar Nederland zijn per verzekerde gedekt (uitsluitend na voorafgaande toestemming van de maatschappij) tot ten hoogste f 10.000,- inclusief de kosten van noodzakelijke medische begeleiding. De vervoerskosten van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland zijn gedekt tot ten hoogste f 10.000,-.

2.15.5. Niet gedekt zijn de kosten verband houdend met een opname en/of medische behandeling die uitsluitend of mede het doel vormde van een verblijf in het buitenland.

2.15.6. De vergoeding van de gedekte kosten geschiedt met inachtneming van de omrekeningskoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door de hulpverlener zijn uitgeschreven. Om voor uitkering in aanmerking te komen moet de verzekerde de maatschappij behoorlijk gespecificeerde rekeningen, alsmede de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen, overleggen.
Nota's van zorgverleners in het buitenland dient u eerst zelf te voldoen indien het totaalbedrag lager is dan f 500,-. Bij hogere bedragen kunnen wij voor rechtstreekse betaling zorgdragen.

2.16. Sport Medisch Adviescentrum

Vergoeding van de kosten van een consult of een keuring bij een Sport Medisch Adviescentrum tot maximaal f 50,- per consult of keuring. Per kalenderjaar komen maximaal 2 consulten of keuringen voor vergoeding in aanmerking.

2.17. Podotherapie/Podo-orthesiologie/Podokinesiologie

Bij diabetespatiënten wordt, op verwijzing van de behandelend specialist, 80% van de kosten vergoed van een consult, een onderzoek, een herhalingsonderzoek en therapiezolen, tot een maximum van f 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Bij andere verzekerden wordt, op verwijzing van een arts, 80% van de kosten vergoed van een consult, een onderzoek en een herhalingsonderzoek tot een maximum van f 125,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.18. Pruiken

Aanvullend op de hoofdverzekering vergoeding van 75% tot maximaal f 300,- van het verschil tussen de aanschafprijs van de pruik en de verleende vergoeding uit de hoofdverzekering.

2.19. Antroposofische geneeskunde

Een vergoeding van 80% van de kosten van visites, consulten en behandeling door een antroposofisch arts, die niet de huisarts van de verzekerde is en volledige vergoeding van de kosten van onder antroposofen erkende therapieën, op schriftelijke verwijzing van een antroposofische arts, die als zodanig bekend is bij de specifieke beroepsgemeenschap. Per kalenderjaar wordt maximaal f 1.000,- per verzekerde vergoed.

2.20. Eerstelijns psychologische hulp

De kosten van eerstelijns psychologische hulp worden slechts vergoed indien:

- het kortstondige hulpverlening betreft door een bij een Regionaal Orgaan Eerstelijns Psychologen (R.O.E.P.) aangesloten psycholoog, die werkzaam is in een samenwerkingsverband met één of meer huisartsen (waaronder de huisarts van de verzekerde), dat in een door de maatschappij goedgekeurd contract moet zijn vastgelegd;

- een schriftelijk gemotiveerde aanvraag daartoe van de huisarts door de maatschappij is goedgekeurd;
- verwijzing naar en behandeling door het RIAGG of het maatschappelijk werk op korte termijn niet mogelijk is;
- behandeling op een psychiatrische polikliniek of door een vrijevestigde psychiater nog niet is aangewezen.

Vergoeding wordt gegeven voor maximaal 8 consulten per verzekerde per kalenderjaar tot ten hoogste een bedrag van f 50,- per consult.

2.21. Alternatieve geneeswijzen

Van de kosten van alternatieve geneeswijzen, toegepast door een in Nederland geregistreerd arts voor natuurgeneeskunde, homeopathisch arts, arts voor Moerman- en enzymtherapie, acupuncturist, arts voor (ortho)manuele geneeskunde of chiropractor bestaat recht op vergoeding van maximaal f 37,50 per consult (ongeacht de tijdsduur). Per dag komt slechts 1 consult voor vergoeding in aanmerking. In totaal worden maximaal 20 consulten alternatieve geneeswijze per kalenderjaar per verzekerde vergoed. Binnen het maximum van 20 consulten worden maximaal 8 consulten voor behandelingen door een (ortho)manueel geneeskundige en/of chiropractor per verzekerde per kalenderjaar vergoed.

Vergoeding wordt slechts gegeven voor consulten die op individuele basis door de arts/chiropractor/acupuncturist zelf zijn verleend. Dit betekent dat bijvoorbeeld behandelingen met een groeps karakter en behandelingen uitgevoerd door anderen (al dan niet onder verantwoording van de arts/chiropractor/acupuncturist) niet voor vergoeding in aanmerking komen.

2.22. Aanvullende Fysiotherapie/Oefentherapie

Vergoeding wordt gegeven voor ten hoogste 7 medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck of oefentherapie Cesar per kalenderjaar. De vergoeding wordt verleend op basis van de volgende voorwaarden:

- Aan de hoofdverzekering dient geen aanspraak op voortzetting van de behandeling te kunnen worden ontleend;
- De behandeling dient op voorschrift van de huisarts of behandelend specialist, op grond van dezelfde indicatie, direct aan te sluiten op een behandeling ingevolge de hoofdverzekering en dient door dezelfde therapeut te worden gegeven.

N.B.: Voor verzekerden met een chronische aandoening - volgens een door VWS opgestelde lijst - is artikel 2.22. niet van toepassing. Zij kunnen na voorafgaande schriftelijke toestemming van de maatschappij de behandeling voortzetten voor rekening van de hoofdverzekering.

2.23. Kraampakket

Aanstaande moeders die op deze verzekering staan ingeschreven hebben vanaf de 4e maand van de zwangerschap recht op de verstrekking van een door Univé Kraamzorg (tel. 0900-8998099, f 0,20 per minuut) verzorgd kraampakket. Kraampakketten aangeschaft via andere instanties of via de detailhandel worden niet vergoed.

Artikel 3 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

- 3.1. voor een behandeling of ziekte of afwijking die reeds voor of bij het tot stand komen van de verzekering bestond terwijl de verzekeringsnemer of de verzekerde daarvan op dat tijdstip kennis droeg of klachten ondervond, indien door de maatschappij ten behoeve van een medische beoordeling verzocht is een gezondheidsverklaring in te vullen. Het hiervoor bepaalde is eveneens van toepassing bij een wijziging van de verzekering. Het bovenstaande is niet van toepassing indien de maatschappij van die ziekte, afwijking of klacht schriftelijk op de hoogte is gebracht en de maatschappij bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen;
- 3.2. indien en voorzover door de verzekeringsnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- een regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- een andere overeenkomst;

- 3.3. voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en miterij, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedefinieerd;
- 3.4. voor schade ontstaan door, danwel verband houdende met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan anders dan bij een op verzekerde toegepaste behandeling;
- 3.5. voor de behandeling van ziekten of ongevallen waarvan eerdere behandelingen door de verzekerde tegen het advies van de behandelend arts(en) in zijn afgebroken;
- 3.6. indien de verzekerde naar het oordeel van het bestuur heeft gehandeld in strijd met het reglement of heeft nagelaten de voorschriften van de behandelend arts te volgen;
- 3.7. onverminderd het bepaalde in artikel 6 lid 3, sub b, heeft de verzekerde jegens de maatschappij slechts recht op vergoeding van kosten voor enige verstreking indien en voorzover deze kosten het bedrag overtreffen dat de verzekerde verschuldigd is aan de maatschappij wegens achterstallige (nominale) premie.

Artikel 4 Grondslag van de verzekering

- 4.1. Het ingevulde en getekende aanvraagformulier, alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met de bij een eventuele keuring door verzekerde verstrekte gegevens de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit.
- 4.2. Het onvolledig of onjuist invullen van het aanvraagformulier onthefte de maatschappij van haar verplichting tot het doen van uitkeringen en geeft haar het recht de verzekering te beëindigen. De maatschappij kan de sinds de ingangsdatum van de verzekering gedane uitkeringen terugvorderen en is niet gehouden de reeds betaalde premie te restitueren.
- 4.3. De maatschappij schrijft de aspirant-verzekeringsnemer slechts in de aanvullende verzekering in, wanneer de aanmelding voor deze aanvullende verzekering tevens betrekking heeft op al zijn eventuele medeverzekerden.
- 4.4. Bij gelijktijdige aanmelding voor de Standaard (Pakket) Polis en de aanvullende verzekering, geldt geen medische beoordeling.
- 4.5. Indien de aanmelding voor de aanvullende verzekering later plaats vindt dan de aanmelding voor de Standaard (Pakket) Polis, is acceptatie eerst mogelijk na gunstige medische beoordeling door de maatschappij. Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van de verklaring van de verzekeringsnemer in het aanvraagformulier.
- 4.6. De wederzijdse rechten en verplichtingen van de maatschappij en de verzekerden met betrekking tot de aanvullende verzekering worden bij of krachtens deze verzekeringsvoorwaarden geregeld.
- 4.7. Indien de aanmelding voor de aanvullende verzekering later geschiedt dan voor de Standaard (Pakket) Polis, vindt inschrijving plaats per de eerste van de maand volgend op de maand van aanmelding. Inschrijving met terugwerkende kracht is niet mogelijk.
- 4.8. Een verhoging van het geldende maximale bedrag genoemd in artikel 2.12.5, dient schriftelijk te worden aangevraagd. Acceptatie is hierbij eerst mogelijk na gunstige medische en/of tandheelkundige beoordeling door de maatschappij. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op de datum van de aanvraag.

- 4.9. Een verlaging van het geldende maximale bedrag genoemd in artikel 2.12.5, dient schriftelijk te worden aangevraagd. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de inschrijvingsduur als bedoeld in artikel 5 lid 1 eindigt.
- 4.10. **Telefonische en mondelinge informatie**
Geen beroep kan worden gedaan op telefonische en mondelinge informatie.

Artikel 5 Duur en einde van de verzekering

- 5.1. 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 en het daarop volgende kalenderjaar.
- 5.2. De duur van 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 twee maanden voor de dag waarop die termijn is verstreken, van de verzekerde een schriftelijk verzoek om beëindiging van de verzekering is ontvangen. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.
- 5.3. De maatschappij kan de inschrijving weigeren:
- indien de aspirant-verzekerde inschrijving verlangt op het moment waarop hij of zijn medeverzekerde(n) reeds hulp behoeft, die qua aard en omvang behoort tot de verstrekkingen ingevolge de aanvullende verzekering;
 - indien een eerdere verzekering op grond van artikel 5 lid 5 van dit artikel is beëindigd, tenzij de aspirant-verzekerde alsnog jegens de maatschappij aan zijn verplichting voldoet.
- 5.4. Na aanmelding bij en acceptatie door de maatschappij ontvangt de ingeschrevene een bevestiging c.q. een bewijs van inschrijving, in een door de maatschappij vast te stellen vorm, dat geldt als bewijs van de tussen hem en de maatschappij gesloten verzekeringsovereenkomst, zowel ten aanzien van hemzelf als ten aanzien van zijn medeverzekerden.
- 5.5. Onverminderd het bepaalde in lid 2 eindigt de verzekering:
- met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer in de hoofdverzekering is ingeschreven;
 - op een door de maatschappij te bepalen dag, indien de verzekerde nalatig is ten aanzien van de betaling van de door hem verschuldigde premie.

Artikel 6 Premie

6.1. Premiebetaling

- 6.1.1. De premie is bij vooruitbetaling te voldoen. De premie dient te worden voldaan in door de maatschappij te bepalen termijnen.
- 6.1.2. Betaling van de premie per maand is slechts mogelijk onder machtiging van de maatschappij tot automatische incasso.
- 6.2. De vervaldatum is de laatste dag van de maand, voorafgaande aan de maand waarover de premie is verschuldigd.

6.3. Schorsing

- Bij niet-betaling van de termijnpremie binnen een maand na de gestelde betaaltermijn, vervallen alle aanspraken op verstrekkingen, onverminderd de verplichting tot verdere premiebetaling;
- Alle aanspraken op vergoeding vervallen op de eerste dag van het tijdsvak, waarover de achterstallige premie verschuldigd is. De aanspraken op vergoeding gaan weer in indien de achterstallige premie, vermeerderd met alle gemaakte kosten van invordering, door de maatschappij is ontvangen en wel vanaf de dag volgende op die waarop deze achterstallige premie is voldaan;
- Als de maatschappij overgaat tot invordering van de verschuldigde premie, zijn alle daarop vallende kosten,

zowel in als buiten rechte, voor rekening van de verzekerde die de premie verschuldigd is.

- 6.4. De maatschappij is bevoegd de achterstallige premies en andere door de verzekerde aan de maatschappij verschuldigde bedragen met uitkeringen te verrekenen.
- 6.5. De premie is verschuldigd vanaf de datum van ingang van de verzekering. De verplichting tot premiebetaling eindigt met ingang van de datum waarop het recht op de hoofdverzekering vervalt of, na opzegging, met ingang van 1 januari volgend op het jaar waarin de inschrijvingsduur als bedoeld in artikel 5 lid 1 eindigt.
- 6.6. Bij wijziging van de verzekering vindt per de datum van wijziging (her-)berekening c.q. restitutie plaats. Het is de verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van de maatschappij ter vorderen vergoedingen.

Artikel 7 Wijziging premie en/of verstrekkingen

- 7.1. De te berekenen premies en van toepassing zijnde verstrekkingen - 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 derhalve voor alle reeds gemachtigde verstrekkingen.
- 7.2. De maatschappij heeft het recht deze verzekeringsvoorwaarden en bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de maatschappij vast te stellen datum. De maatschappij doet van de voorgenomen herziening mededeling voor de datum van ingang.
- 7.3. De verzekerde wordt geacht met de wijziging akkoord te gaan, indien hij niet binnen een maand na dagtekening van het bericht van verhoogde premie en/of gewijzigde verzekeringsvoorwaarden aan de maatschappij per aangetekend schrijven bericht, dat hij de verzekering wenst te beëindigen.
- 7.4. De in lid 3 genoemde mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij:
- herziening van de premie en/of de voorwaarden die voortvloeit uit (wijziging van) wettelijke regelingen en/of bepalingen;
 - herziening van de premie welke 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.

Artikel 8 Aansprakelijkheid van derden

- 8.1. Indien een derde voor de kosten, voortvloeiende uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde aansprakelijk is, is de verzekerde verplicht de maatschappij kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, een en ander onverminderd het bepaalde in artikel 284 van het Wetboek van Koophandel.
- 8.2. Steeds wanneer bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel een derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens de verzekerde aangifte te geschieden bij de maatschappij.
- 8.3. De verzekerde is verplicht, alvorens met een derde of met degene die voor of namens de derde optreedt -waaronder begrepen de verzekeraars van de derde-, een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, zich hieromtrent in verbinding te stellen met de maatschappij.
- 8.4. In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de maatschappij met die derde of degene die

voor of namens die derde optreedt enigerlei regelingen treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor de maatschappij in zijn rechten kan worden benadeeld.

- 8.5. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de vorige leden is de verzekerde tegenover de maatschappij gehouden tot vergoeding van de schade die de maatschappij daardoor lijdt.

Artikel 9 Vrijwaring van aansprakelijkheid

De maatschappij is jegens de verzekerde niet aansprakelijk voor schade door hem geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling (niet zijnde de maatschappij), tot wie of welke de verzekerde zich heeft gewend om zijn aanspraak op een verstrekking in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden geldend te maken.

Artikel 10 Vergoeding van nota's

- 10.1. De verzekeringnemer is verplicht de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat daaruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden, binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de maatschappij in te dienen. Alleen originele nota's komen voor vergoeding in aanmerking;
- 10.2. Verzekerde kosten worden in principe binnen 3 weken na ontvangst van de originele nota's vergoed.
- 10.3. Computernota's komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze door de hulpverlener zijn gewaarmerkt.
- 10.4. Vorderingen die niet binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden of de levering is geschied, bij de maatschappij zijn ingediend komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 11 Schadevergoeding

- 11.1. Onverminderd het bepaalde in het tweede lid van dit artikel en onverminderd het recht van de maatschappij de verzekering te beëindigen, kan de maatschappij vergoeding vorderen van de schade welke 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.
- 11.2. Ten aanzien van degene die, zonder daartoe gerechtigd te zijn, opzettelijk aanspraken doet gelden als verzekerde, kan de maatschappij de in het vorige lid bedoelde schade vaststellen op het werkelijke bedrag daarvan, indien de werkelijke geleden schade hoger is dan het bedrag waarop de schade bij de toepassing van het eerste lid zou zijn vastgesteld.
- 11.3. De maatschappij is bevoegd de door de maatschappij 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.

Toepasselijk recht

Op de verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Opmerkingen, problemen en/of klachten

In geval van opmerkingen, problemen en/of klachten over de dienstverlening, producten en communicatie kan (kunnen) de verzekeringsnemer(s), verzekerde(n) of gerechtigde(n) tot uitkering zich wenden tot:

1. De algemeen directeur van Univé Verzekeringen, Postbus 607, 8000 AP Zwolle.
Univé neemt dan contact met u op om uw probleem of klacht op te lossen.
2. Externe klachteninstanties
 - De Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag;
 - De Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Artikel 12 Overige bepalingen

- 12.1. In niet in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde gevallen beslist het bestuur van de maatschappij.
- 12.2. De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing dat ter inzage ligt bij de maatschappij.
- 12.3. Met de vaststelling van deze voorwaarden vervallen de eerder vastgestelde verzekeringsvoorwaarden van deze verzekering.

Artikel 13 Collectieve contracten

- 13.1. Indien verzekerden bij de maatschappij zijn ingeschreven via een collectief contract kunnen er naast of in tegenstelling tot de algemene verzekeringsvoorwaarden afwijkende regelingen van toepassing zijn, welke voorrang hebben boven de algemene verzekeringsvoorwaarden. Deze regelingen zijn vastgelegd in het collectieve contract dat bij de werkgever ter inzage ligt en kunnen o.a. betreffen:
- omvang van de dekking (artikel 2.1.);
 - premieregeling;
 - duur van de verzekering (artikel 5).
- 13.2. Indien in het collectieve contract is overeengekomen dat de collectief contractant zorgdraagt voor betaling van de premie, wordt hij geacht de premie namens de verzekeringsnemer te voldoen.
- 13.3. Indien dit in het collectief contract is overeengekomen geldt, onverminderd het bepaalde in artikel 5.5., dat de verzekering eveneens eindigt:
- door beëindiging van het collectieve contract;
 - door beëindiging van het dienstverband van de verzekeringsnemer bij de collectief contractant.

Artikel 14 Geschillen en klachten

Indien de verzekerde zich niet met een beslissing kan verenigen, kan hij binnen één maand nadat de beslissing hem is meegedeeld, zijn bezwaren schriftelijk kenbaar maken aan de maatschappij t.a.v. klachtbehandeling. De maatschappij zal hierop binnen zes weken haar definitieve standpunt kenbaar maken.

Klachten kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de maatschappij, ook schriftelijk worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen te Den Haag.

De directie beslist over geschillen en klachten. Indien de verzekerde het geschil aan de gewone rechter wil voorleggen, dient dit te geschieden binnen één maand na de uitspraak van de directie.

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 de maatschappij opvraagbaar.