

# Algemene verzekerings- voorwaarden Univé 2008

Modelovereenkomst Univé Zorg Vrij polis



Daar plukt ú de vruchten van!

**MODELVEREENKOMST**  
**Univé Zorg Vrij polis**  
**(ingaaude 1 januari 2008)**

Inhoudsopgave	Pagina
<b>Artikel 1 Begripsomschrijving</b>	<b>1</b>
<b>Artikel 2 Algemene bepalingen</b>	<b>2</b>
2.1. Toepassingsgebied modelovereenkomst Univé Zorg Vrij polis	2
2.2. Conformiteit Zorgverzekeringswet	2
2.3. Grondslag van de verzekering	2
2.4. Bedenkperiode	3
2.5. Prestatiewijze	3
2.6. Mededelingsplicht	3
2.7. Aanvang en duur zorgverzekering	3
2.8. Opzegging	4
2.9. Herziening premie of voorwaarden	4
2.10. Opzegging of ontbinding door Univé	4
2.11. Beëindiging van rechtswege	4
2.12. Informatie- en meldingsplichten	4
2.13. Premie	5
2.14. Verplicht eigen risico	5
2.15. Vrijwillig eigen risico	5
2.16. Declaratie en betaling	6
2.17. Bijzondere verplichtingen van de verzekerde	6
2.18. Aansprakelijkheid van derden	6
2.19. Geschilbeslechting	6
2.20. Bescherming persoonsgegevens	7
2.21. Fraude	7
2.22. Onterechte verzekering	7
2.23. Molest/Terrorisme	7
<b>Artikel 3 De verzekerde zorg</b>	<b>7</b>
<b>Artikel 4 Buitenland</b>	<b>16</b>
<b>Artikel 5 Uitsluitingen</b>	<b>16</b>

INHOUD ARTIKELEN	Artikel	Lid	Pagina
Ambulancevervoer	3.7.	2.	15
Audiologische zorg	3.2.	8.	10
Buitenland	4		16
Chronisch intermitterende beademing	3.2.	3.	10
Dialyse	3.2.	1.	9
Dieetadvisering	3.5.	4.	13
Dieetpreparaten	3.3.	2.	11
Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ	3.8.	1.	15
Erfelijkheidsonderzoek	3.2.	7.	10
Ergotherapie	3.5.	3.	13
Fysiotherapie	3.5.	1.	12
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3.8		15
Geneesmiddelen	3.3.	1.	11
Huisartsenzorg	3.1.	1.	7
Hulpmiddelen	3.4.	1.	12
Kraamzorg	3.1.	5.	9
Logopedie	3.5.	2.	12
Medisch-specialistische zorg	3.1.	2.	8
Mondzorg	3.6.		13
Oefentherapie	3.5.	1.	12
Oncologische aandoeningen bij kinderen	3.2.	5.	10
Persoonsgebonden budget GGZ	3.8.	3.	16
Revalidatie	3.2.	4.	10
Specialistische GGZ	3.8.	2.	15
Transplantaties	3.2.	2.	10
Trombosedienst	3.2.	6.	10
Verbandmiddelen	3.4.	2.	12
Verblijf	3.1.	3.	8
Verloskundige zorg	3.1.	5.	9
Verpleging	3.1.	4.	8
Zittend ziekenvervoer	3.7.	1.	14

*Hoe leest u de voorwaarden*

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

**Artikel 1 Begripsomschrijving**

*Univé*

N.V. Univé Zorg of Univé Zorgverzekeraar N.V.

Op de zorgpolis is aangegeven met welke rechtspersoon de verzekeringsovereenkomst is afgesloten.

(verder in alfabetische volgorde)

*Bedrijfsarts*

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

*Bureau Jeugdzorg*

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.

*BurgerServiceNummer (BSN)*

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

*Centrum voor bijzondere tandheelkunde*

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

*Collectief contract*

Overeenkomst gesloten tussen collectief contractant en Univé met betrekking tot 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.

*Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)*

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het NZa vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van specialistische (2e lijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

*Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ*

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe, psychische problematiek. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

*Eerstelijnspsycholoog*

Een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

*Eigen bijdrage*

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

*Eigen risico*

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

*EU- en EER-staat*

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

#### *Facilitair bedrijf*

Een op dieetvoeding gespecialiseerde leverancier, die kennis heeft van de ziektebeelden waarvoor de dieetvoeding wordt ingezet.

#### *Gespecialiseerd leverancier*

Een op medisch gebied in een bepaald hulpmiddel gespecialiseerde leverancier.

#### *Gezondheidszorgpsycholoog*

Degene die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

#### *GGZ*

Geestelijke gezondheidszorg.

#### *GGZ-instellingen*

Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI).

#### *Incidentele zorg*

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

#### *In-vitrofertilisatiepoging*

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:

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

#### *Jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg*

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register van de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC).

#### *Jeugdpsycholoog*

Degene die als jeugdpsycholoog is ingeschreven in het Register van jeugdpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

#### *Kinderpsycholoog*

Degene die als kinderpsycholoog is ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

#### *Klinisch psycholoog*

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

#### *Kosten*

De door de zorgaanbieder, de leverancier of de instelling waar de behandeling plaatsvindt te declareren tarieven, welke op grond van de door Univé overeengekomen tarieven in rekening mogen worden gebracht, dan wel de WMG-tarieven dan wel de tarieven welke conform de Nederlandse markt als passend worden geacht.

#### *Medisch adviseur*

De arts die Univé in medische aangelegenheden adviseert.

#### *Medisch gespecialiseerd leverancier*

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

#### *Medisch speciaalzaak*

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

#### *Modelovereenkomst*

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

#### *Orthopedagoog-Generalist*

Degene die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

#### *Psychiater/zenuwarts*

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het Specialistenregister, ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts worden gelezen.

#### *Psychotherapeut*

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

#### *Specialistische GGZ*

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

#### *Treeknormen*

Treeknormen zijn streefnormen van maximale wachttijden voor niet-(sub) medisch noodzakelijke zorg. Deze normen zijn door de overheid, in samenwerking met verzekeraars, ziekenhuizen en patiëntenbelangenverenigingen vastgelegd in het Treekoverleg van 19 januari 2000.

#### *Verdragsland*

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

#### *Verzekerde*

De persoon die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

#### *Verzekeringsnemer*

De persoon die de verzekeringsovereenkomst met Univé is aangegaan.

#### *Verzekeringsovereenkomst*

De overeenkomst tussen verzekeringsnemer en Univé.

#### *Verzekeringsplichtige*

Degene die verplicht is zich krachtens een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet te verzekeren of te laten verzekeren.

#### *Wet BIG*

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgaanbieders omschreven. Telefoon (0900) 899 82 25, internetadres: [www.bigregister.nl](http://www.bigregister.nl).

#### *WMG*

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

#### *Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC)*

Een zelfstandig behandelcentrum is een kliniek, die voldoet aan de bij of krachtens wet gestelde regels, waarin minstens twee specialisten samenwerken. De functie van een zelfstandig behandelcentrum ligt vooral in de planbare (medisch noodzakelijke) zorg waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen.

#### *Ziekenhuis*

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

#### *Zorgaanbieder*

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

#### *Zorgpolis*

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

## **Artikel 2 Algemene bepalingen**

### **2.1. Toepassingsgebied modelovereenkomst Univé Zorg Vrij polis**

De modelovereenkomst Univé Zorg Vrij polis is bestemd voor verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland en in het buitenland.

### **2.2. Conformiteit Zorgverzekeringswet**

Voor zover na het tijdstip waarop de tekst van deze modelovereenkomst in druk is gegaan, zou blijken dat de modelovereenkomst op enig onderdeel niet in overeenstemming is met het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, wordt de modelovereenkomst geacht te zijn gewijzigd zodanig dat zij wel in overeenstemming is met het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Bindend is uitsluitend de tekst van de modelovereenkomst, zoals deze luidt met inachtneming van de wijziging(en) als bedoeld in de vorige volzin. Univé zal de verzekerden zodra mogelijk schriftelijk informeren over de eventuele wijziging(en) van de tekst van de modelovereenkomst die uit dit artikellid voortvloeien. De eventueel aangepaste volledige tekst van de modelovereenkomsten kan worden geraadpleegd op [www.unive.nl](http://www.unive.nl), ligt ter inzage ten kantore van Univé en wordt op verzoek toegezonden.

### **2.3. Grondslag van de verzekering**

#### *Lid 1*

De modelovereenkomst Univé Zorg Vrij polis moet worden uitgelegd en toegepast conform de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

#### *Lid 2*

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van het ingevulde aanvraagformulier en de schriftelijke gegevens die daarbij afzonderlijk zijn verstrekt.

**Lid 3** De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd in de zorgpolis. Univé stuurt de verzekeringsnemer voor het begin van ieder kalenderjaar een zorgpolis. Indien verzekerde een ander is dan de verzekeringsnemer ontvangt ook de verzekerde een zorgpolis.

**Lid 4** Naast de zorgpolis verstrekt Univé als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een bewijs van inschrijving, op vertoon waarvan de verzekerde zorg kan inroepen waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat.

**Lid 5** Univé verstrekt de verzekeringsnemer een bewijs van het einde van de zorgverzekering overeenkomstig artikel 9, lid 2 van de Zorgverzekeringswet. Indien verzekerde een ander is dan de verzekeringsnemer ontvangt ook de verzekerde een bewijs van het einde van de zorgverzekering.

**Lid 6** Onderliggende reglementen en schriftelijke gegevens verstrekt door de verzekerde/verzekeringsnemer maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst. De Lijst van gecontracteerde zorgaanbieders, de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg en onderliggende reglementen liggen ter inzage bij Univé, zijn raadpleegbaar op [www.unive.nl](http://www.unive.nl) en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via [zorgvragen@unive.nl](mailto:zorgvragen@unive.nl).

#### 2.4. Bedenkerperiode

De verzekeringsnemer kan bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsovereenkomst binnen 10 werkdagen na dagtekening van de zorgpolis zonder opgaaf van redenen schriftelijk opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

#### 2.5. Prestatiewijze (restitutie)

**Lid 1** De verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van de genoten zorg of overige diensten zoals omschreven in artikel 3 en 4 van deze modelovereenkomst alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

**Lid 2** Deze modelovereenkomst geeft de verzekerde, binnen de grenzen als omschreven in artikel 3, de keuze uit alle zorgaanbieders.

#### Zorgbemiddeling

De afdeling Zorgbemiddeling kan u adviseren in welke instelling (ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of extramuraal werkend specialist) of bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag het beste terecht kunt. Als u te maken hebt met onacceptabel lange wachttijden voor polikliniekbezoek of opname in een ziekenhuis kunt u ook contact opnemen met de afdeling Zorgbemiddeling. De afdeling Zorgbemiddeling kunt u bereiken via [www.unive.nl/zorgservice](http://www.unive.nl/zorgservice) of via 072-5277676.

**Lid 3** Indien bij algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 12 lid 1 van de Zorgverzekeringswet bepaalde vormen van zorg zijn aangewezen, vergoedt Univé alleen de kosten van de zorg indien tussen Univé en de zorgaanbieder een overeenkomst over de te leveren zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs is gesloten, dan wel indien de zorgaanbieder bij Univé in dienst is.

**Lid 4** De vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten is gelijk aan het tussen Univé en de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien Univé geen tarief is overeengekomen, is de vergoeding gelijk aan het WMG-tarief, indien op grond van de WMG geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door het NZa is goedgekeurd of vastgesteld. Indien Univé geen tarief overeengekomen is én er geen WMG-tarief van toepassing is dat uitsluitend in rekening mag worden gebracht, bedraagt de vergoeding ten hoogste het tarief dat naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Een eventuele eigen bijdrage of eigen risico komt voor rekening van de verzekerde.

**Lid 5** De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg en overige diensten als omschreven in artikel 3 en 4 wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een dergelijke maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

**Lid 6** De verzekerde heeft slechts recht op vergoeding van de kosten van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

**Lid 7** Recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat mits de zorg wordt verleend op de plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

**Lid 8** De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevraagd.

**Lid 9** Indien en voor zover Univé aan de zorgaanbieder een hoger bedrag voor de kosten van zorg of een andere dienst betaalt dan waarop de verzekerde recht heeft, wordt verzekerde geacht aan Univé te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van Univé van het door Univé aan de zorgaanbieder teveel betaalde bedrag.

**Lid 10** De verzekerde heeft tevens recht op vergoeding van de kosten van andere vormen van zorg dan omschreven in artikel 3 van deze verzekeringsovereenkomst, mits Univé dit nader heeft bepaald, Univé daarvoor vooraf schriftelijk toestemming heeft verleend en de zorg binnen de aanspraken conform artikel 2.4 tot en met 2.16 van het Besluit zorgverzekering valt. De betreffende behandeling moet naar algemeen inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden als de zorg zoals beschreven in artikel 3.

**Lid 11** Zorgaanbieders die buiten Nederland zijn gevestigd, worden gelijkgesteld met Nederlandse zorgaanbieders indien zij voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten.

#### Treknormen

De volgende normen worden momenteel gehanteerd als maximale, acceptabele wachttijden:

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

#### 2.6. Mededelingsplicht

**Lid 1** Iedere aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg vervalt als door of namens verzekeringsnemer en/of verzekerde is gehandeld met het opzet om Univé te misleiden.

**Lid 2** Indien Univé ontdekt dat de verzekeringsnemer en/of verzekerde heeft gehandeld met het opzet haar te misleiden of indien Univé bij kennis van de ware stand van zaken geen zorgverzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na de ontdekking met onmiddellijke ingang worden opgezegd.

**Lid 3** Univé heeft het recht om binnen een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst te sluiten met of ten behoeve van een verzekeringsplichtige wiens eerdere verzekeringsovereenkomst door Univé volgens lid 2 is opgezegd.

#### 2.7. Aanvang en duur zorgverzekering

**Lid 1** De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop Univé het verzoek van de verzekeringsnemer tot het sluiten van de verzekeringsovereenkomst heeft ontvangen.

**Lid 2** Indien Univé op basis van het verzoek conform lid 1 niet kan vaststellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en Univé de persoon die de verzekeringsovereenkomst wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de verzekeringsovereenkomst, in afwijking van het vorige lid, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.

**Lid 3** Indien degene ten behoeve van wie de verzekeringsovereenkomst wordt gesloten op de dag waarop Univé het verzoek als bedoeld in lid 1 ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringsnemer aangeeft de verzekeringsovereenkomst te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 1 of lid 2, gaat de verzekeringsovereenkomst op die latere datum in.

**Lid 4** Wanneer de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. Verzekerde moet zich dan binnen een maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar. Lid 1 en 2 van dit artikel gelden dan niet.

**Lid 5** Indien de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.

- Lid 6* Bij het opleggen van een bestuurlijke boete wegens het voorafgaand onverzekerd zijn, handelt Univé overeenkomstig de bepalingen van § 9.3 van de Zorgverzekeringswet.
- Lid 7* De looptijd van deze verzekeringsovereenkomst is één kalenderjaar.
- Lid 8* Indien de verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten in de loop van het kalenderjaar geldt, in afwijking van lid 7 een looptijd tot het einde van het volgende kalenderjaar.
- Lid 9* De zorgverzekering wordt na verloop van de in lid 7 en lid 8 bedoelde termijn, telkens met één jaar verlengd, tenzij de verzekeringsnemer de verzekeringsovereenkomst uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar heeft opgezegd.

## Einde zorgverzekering

### 2.8. Opzegging door de verzekeringsnemer

- Lid 1* De verzekeringsnemer kan de verzekeringsovereenkomst voor uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van het volgende kalenderjaar opzeggen.
- Lid 2* De verzekeringsnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt.
- Lid 3* De opzegging zoals bedoeld in lid 2 gaat in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen. Is de opzegging niet tijdig ontvangen dan eindigt de verzekering de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop de verzekeringsnemer heeft opgezegd.

### 2.9. Herziening van premie of voorwaarden

- Lid 1* Univé is bevoegd om eenzijdig wijzigingen aan te brengen in deze verzekeringsovereenkomst, de Lijst van gecontracteerde zorgaanbieders, de Lijst maximale tarieven niet-gecontracteerde zorg en andere onderliggende reglementen.
- Lid 2* Een herziening van de voorwaarden in deze verzekeringsovereenkomst geschiedt op een door Univé vast te stellen datum. Univé doet van de voorgenomen herziening mededeling, in ieder geval voor de datum van ingang van de wijziging.
- Lid 3* Indien Univé de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst of de premie ten nadele van de verzekeringsnemer wijzigt, is de verzekeringsnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
- Lid 4* Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringsnemer is meegedeeld.
- Lid 5* De verzekeringsnemer kan niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringsnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de Zorgverzekeringswet gestelde regels.
- Lid 6* De verzekeringsnemer kan de verzekering opzeggen indien de verzekerde vanwege het einde van een dienstverband niet langer deelnemer is van het collectief contract en hij vanwege een nieuw dienstverband deelnemer wordt van een collectieve verzekering bij een zorgverzekeraar anders dan Univé.
- Lid 7* De verzekeringsnemer kan de verzekering ingevolge lid 6 opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is aangegaan.
- Lid 8* De in lid 7 en 8 bedoelde opzegging gaat in op de dag dat verzekerde niet langer deelnemer van het collectieve contract is.
- Lid 9* De opzeggingsmogelijkheden zoals opgenomen in artikel 2.8 en 2.9. gelden niet nadat Univé de verzekeringsnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan. Deze uitzondering geldt niet als Univé:
- de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst (zie artikel 2.13 lid 7 t/m 10), of;
  - binnen twee weken aan de verzekeringsnemer te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw Univé zorgverzekering opzeggen, mits u dit uiterlijk 31 december kenbaar maakt aan Univé. Indien het gaat om een wijziging van premie of voorwaarden per 1 januari, heeft u tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekerd.

### 2.10. Opzegging of ontbinding door Univé

- Lid 1* Univé kan in een situatie als genoemd in artikel 2.6. lid 2 en artikel 2.13. lid 7 de verzekeringsovereenkomst opzeggen of ontbinden.
- Lid 2* Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend, noch wordt daaraan een verplichting verbonden tot ongedaanmaking of vergoeding van hetgeen partijen reeds ter nakoming van de zorgverzekering jegens elkaar hebben verricht.

#### Werkgebied

Univé is een landelijk werkende verzekeraar. Zo lang u in Nederland woont, valt onder de rechten van de AWBZ of loonbelasting betaalt aan de Nederlandse staat, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een in het buitenland wonende verzekeringsplichtige heeft recht op deze verzekering.

### 2.11. Beëindiging van rechtswege

- Lid 1* De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
- a. De verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van Univé komt te wonen;
  - b. Univé ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
  - c. De verzekerde overlijdt;
  - d. De verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt doordat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de AWBZ, of militair in werkelijke dienst wordt.
- Lid 2* Univé stelt de verzekeringsnemer uiterlijk 2 maanden voordat de verzekeringsovereenkomst op grond van lid 1, onderdeel a en b eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

### 2.12. Informatie- en meldingsplichten

- Lid 1* De verzekeringsnemer is verplicht iedere wijziging die invloed heeft op de rechten en plichten uit de verzekeringsovereenkomst zo spoedig mogelijk, uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Univé te melden. Wijzigingen zijn onder meer verhuizing, huwelijk, samenwoning, (echt)scheiding, geboorte of wijziging bank-/gironummer. Voor het nalaten van het hierboven bepaalde, draagt Univé geen enkel risico. Kennisgevingen aan de verzekeringsnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringsnemer te hebben bereikt.
- Lid 2* 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 c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- Lid 3* Indien Univé op grond van de feiten en omstandigheden genoemd in lid 1 en 2 tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, zal Univé dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de zorgverzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld meedelen aan de verzekeringsnemer.
- Lid 4* Voor een wettelijke vertegenwoordiger geldt een termijn van 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht om een pasgeboren kind te verzekeren.
- Lid 5* De verzekeringsnemer is verplicht bij opzegging van de verzekeringsovereenkomst aan Univé mee te delen wie de nieuwe verzekeraar is.
- Lid 6* Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een minderjarige verzekerde. De verzekerde dan wel diens verzekeringsnemer kan binnen 30 dagen na de dag van het bereiken van de meerderjarige leeftijd van de verzekerde kiezen voor een ander vrijwillig eigen risico. Als de verzekeringsnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan Univé kenbaar maakt binnen de in de



mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder vrijwillig eigen risico.

## 2.13. Premie

*Lid 1* De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen per maand bij vooruitbetaling te voldoen, tenzij anders is overeengekomen. Bij premiebetaling vooraf per jaar geldt een termijnbetalingkorting van 2% op de te betalen premie. Betaling van de premie per maand is slechts mogelijk onder machtiging van Univé tot automatische incasso.

*Lid 2* Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, geen premie verschuldigd.

*Lid 3* De premiegrondslag is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 2.15 lid 3 of een in het collectief contract overeengekomen collectiviteitskorting geldt of zal gelden.

*Lid 4* De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag minus de kortingen voor het vrijwillig gekozen eigen risico en een eventuele collectiviteitskorting. De aldus berekende premie wordt in voorkomend geval verminderd met de termijnbetalingkorting als bedoeld in lid 1 van dit artikel.

*Lid 5* De hoogte van de premiegrondslag, de eventueel toepasselijke kortingen en de verschuldigde premie worden vermeld in de premiebijlage.

*Lid 6* Bij wijziging van de zorgverzekering vindt per de datum van wijziging (her-)berekening c.q. restitutie plaats. Het is de verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekken met de van Univé te vorderen vergoedingen.

*Lid 7* **Schorsing**  
Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Univé na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.

*Lid 8* De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Univé zijn ontvangen.

*Lid 9* Univé heeft het recht om binnen een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst te sluiten met of ten behoeve van een verzekeringsplichtige wiens eerdere verzekeringsovereenkomst door Univé of de verzekeringnemer volgens lid 7 is beëindigd.

*Lid 10* Indien Univé maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

### Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

## Verplicht eigen risico en vrijwillig gekozen eigen risico

### 2.14. Verplicht eigen risico

*Lid 1* Op deze modelovereenkomst is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 150,- van toepassing. Het eigen risico geldt voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Dit verplichte eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de modelovereenkomst aanspraak kan worden gemaakt. Eventuele eigen bijdragen tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.

*Lid 2* Op het verplicht eigen risico is niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door het NZA vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
- de kosten voor mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar zoals beschreven in artikel 3.6. lid 4., met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specia-

listische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen;

d. Hulpmiddelen in bruikleen, met uitzondering van kosten zoals bezorging en onderhoud.

*Lid 3* Indien de verzekeringsovereenkomst niet op 1 januari van een kalenderjaar is ingegaan respectievelijk is geëindigd en de verzekeringnemer niet direct voorafgaande aan de ingangsdatum respectievelijk direct volgende op de datum waarop de verzekering eindigde een zorgverzekering met Univé had gesloten, dan wel indien de verzekerde gedurende het kalenderjaar 18 jaar is geworden, wordt het in lid 1 bedoelde bedrag van € 150,- vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de verzekeringsovereenkomst liep dan wel, indien verzekerde 18 jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

*Lid 4* Indien Univé rechtstreeks aan de zorgaanbieder de kosten van verleende zorg heeft vergoed, is de verzekerde het eventueel openstaande verplicht eigen risico verschuldigd aan Univé.

*Lid 5* Voor de vaststelling van het verplichte eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

### 2.15. Vrijwillig gekozen eigen risico

*Lid 1* Op deze modelovereenkomst kan per kalenderjaar een vrijwillig gekozen eigen risico van toepassing zijn. Het per verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico geldt voor verzekerden van 18 jaar en ouder en staat vermeld op de zorgpolis. Dit vrijwillige eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de modelovereenkomst aanspraak kan worden gemaakt. Eventuele eigen bijdragen tellen niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.

*Lid 2* Op het vrijwillig eigen risico is niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door het CTG vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
- de kosten voor mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar zoals beschreven in artikel 3.6. lid 4., met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen;
- Hulpmiddelen in bruikleen, met uitzondering van kosten zoals bezorging en onderhoud.

Bijzonder bij Univé is dat de kosten van de huisarts, verloskunde, kraamzorg, hulpmiddelen in bruikleen en mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar zowel buiten het verplicht als het vrijwillig gekozen eigen risico vallen. Dit betekent dat wanneer u een huisarts bezoekt de kosten buiten het eigen risico vallen.

*Lid 3* De verzekeringnemer kan kiezen uit de mogelijkheden zonder vrijwillig eigen risico of een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 300,- of € 500,-.

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

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

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

- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegeren dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;

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

**Lid 7** Verzekeringnemer kan met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar kiezen voor een wijziging in de hoogte van het vrijwillig eigen risico of het vervallen hiervan, mits Univé hiertoe uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar van de verzekerde of verzekeringnemer een schriftelijk of telefonisch verzoek heeft ontvangen.

**Lid 8** Univé brengt de kosten van zorg slechts in mindering op een voor een bepaald kalenderjaar geldend vrijwillig eigen risico, voor zover deze het relevante verplichte eigen risico voor dat kalenderjaar heeft overschreden.

**Lid 9** Indien Univé rechtstreeks aan de zorgaanbieder de kosten van verleende zorg heeft vergoed, is de verzekerde het eventueel openstaande eigen risico verschuldigd aan Univé.

**Lid 10** Voor de vaststelling van het vrijwillige eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

U kunt besparen op de kosten van uw zorgverzekering door naast het verplicht eigen risico te kiezen voor een vrijwillig eigen risico per verzekerde. Het eerste deel van de zorgkosten die u vanaf het begin van het jaar maakt, komen dan voor eigen rekening. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie. U mag elk jaar op 1 januari het vrijwillig eigen risico wijzigen. U moet ons dat wel uiterlijk 31 december laten weten.

## Verplichtingen van de verzekerde

### 2.16. Declaratie en betaling

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

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

**Lid 3** Alleen originele nota's, voorzien van een bankrekeningnummer van de zorgaanbieder, komen voor vergoeding in aanmerking.

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

- BurgerServiceNummer
- Een O rechtsboven wanneer er sprake is van een behandeling als gevolg van een ongeval

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

### 2.17. Bijzondere verplichtingen van de verzekerde

**Lid 1** De verzekerde is verplicht:

- a. Bij het intropen 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, indien 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, met inachtneming van de privacyregelgeving.
- d. Binnen redelijke termijn aan Univé te melden dat verzekerde gedetineerd is, in verband met de wettelijke bepaling inzake opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van detentie.
- e. Bij behandelingen waarvoor in de modelovereenkomst een schriftelijk voorschrift vereist is, een verwijfsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt, dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is (is geweest).
- f. Indien uit de modelovereenkomst blijkt dat (voorafgaande) schriftelijke toestemming van Univé vereist is, dan dienen deze behandelingen vooraf bij Univé te worden aangevraagd en door Univé te zijn goedgekeurd.

**Lid 2** De verzekerde is verplicht in voorkomende gevallen de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat daaruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Univé is gehouden, binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de

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

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

## 2.18. Aansprakelijkheid van derden

**Lid 1** Indien een derde voor de kosten, voortvloeiende uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde aansprakelijk is, is de verzekerde verplicht Univé kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade.

**Lid 2** Steeds wanneer bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel een derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens de verzekerde aangifte te geschieden bij Univé.

**Lid 3** De verzekerde is verplicht, alvorens met een derde of met degene die voor of namens de derde optreedt -waaronder begrepen de verzekeraars van de derde-, een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, zich hieromtrent in verbinding te stellen met Univé.

**Lid 4** In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van Univé met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt enigerlei regelingen treffen -waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor Univé in zijn rechten kan worden benadeeld.

**Lid 5** Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de vorige leden is de verzekerde tegenover Univé gehouden tot vergoeding van de schade die Univé daardoor lijdt.

## Klachten en Geschillen

### 2.19. Geschilbeslechting

**Lid 1** Op deze verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

**Lid 2** De Nederlandse zorgverzekeraars hebben regels opgesteld over de manier waarop zij hun taak opvatten en hoe zij zich willen gedragen. Deze regels zijn vastgelegd in de "Gedragscode van de zorgverzekeraar", waaraan Univé zich heeft verbonden. Een brochure over deze gedragscode is bij Univé op te vragen.

**Lid 3** Indien de verzekerde zich niet met een beslissing kan verenigen, kan hij binnen 6 weken nadat de beslissing hem is meegedeeld zijn bezwaren schriftelijk kenbaar maken aan Univé t.a.v. klachtbehandeling. Univé zal hierop binnen zes weken haar definitieve standpunt kenbaar maken.

**Lid 4** Nadat Univé in heroverweging een besluit heeft genomen, kan het geschil worden voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) Postbus 291, 3700 AG Zeist ([www.skgz.nl](http://www.skgz.nl)). Deze instantie brengt een bindend advies uit.

**Lid 5** Het gestelde in lid 3 en lid 4 doet niet af aan het recht van de verzekerde een geschil voor te leggen aan de burgerlijke rechter. Indien de verzekerde een geschil in een bodemprocedure aan de burgerlijke rechter heeft voorgelegd, blijft lid 4 buiten toepassing.

**Lid 6** Consumenten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars kunnen beklag indienen bij de Nza over door Univé gehanteerde formulieren. Een dergelijk beklag heeft betrekking op de formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. De klacht dient eerst aan Univé te worden voorgelegd. Nadat Univé in heroverweging een besluit heeft genomen kan de klacht worden voorgelegd aan de Nza. Uitspraak van de Nza strekt de zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en consument tot bindend advies. Op de website van de Nza ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)) is aangegeven waar en op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

### Klachten/geschillenprocedure

Bent u niet tevreden over de bejegening van Univé of een beslissing van Univé? Stuur dan een brief aan Univé Verzekeringen, t.a.v. klachtbehandeling, postbus 276, 1800 BJ Alkmaar. Binnen 6 weken beoordelen wij uw vraag opnieuw en informeren wij u over onze beslissing. Als u het er dan nog steeds niet mee eens bent, kunt u uw vraag schriftelijk voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist.

## Overige bepalingen

### 2.20. Bescherming Persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door Univé gevoerde persoonsregistratie. Op deze verwerking van persoonsgegevens zijn de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens Univé van toepassing. In deze gedragsregels worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens kunt u opvragen bij Univé Verzekeringen, Postbus 607, 8000 AP Zwolle of [www.unive.nl](http://www.unive.nl).

### 2.21. Fraude

Omschrijving Het plegen of trachten te plegen en het doen of plegen van:

- valsheid in geschrifte;
- oplichting/bedrog;
- benadeling van schuldeisers of rechthebbenden;
- verduistering.

Door Organisaties en (rechts)personen die bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken zijn met als doel het onder valse voorwendsels/oneigenlijke gronden verkrijgen van een verzekeringsdekking, uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat.

Fraude (geheel of gedeeltelijk) kan tot gevolg hebben dat:

- uw persoonsgegevens worden opgenomen in het Incidentenregister van Univé Verzekeringen;
- in het geheel geen verzekeringsuitkering plaatsvindt;
- de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
- ook alle andere binnen de Univé-organisatie lopende verzekeringen zullen worden beëindigd;
- er een registratie plaatsvindt in het tussen verzekeraars gangbare signaleringssysteem (e.e.a. conform het incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen);
- eventueel uitgekeerde schade wordt teruggevorderd en onderzoekskosten in rekening worden gebracht;
- er in principe aangifte wordt gedaan bij de politie/justitie/ECD.

### 2.22. Onterechte verzekering

Indien ten behoeve van een of meer verzekerden een verzekeringsovereenkomst tot stand komt en later blijkt dat één of meer verzekerden geen verzekeringsplicht had(den), wordt de verzekeringsovereenkomst geacht nooit te hebben bestaan. De verzekeringsnemer is gehouden alle gedurende de periode van ontorechte verzekering vergoede kosten te restitueren. Univé kan deze vordering desgewenst compenseren met andere uitkeringen aan de verzekeringsnemer.

### 2.23. Molest/Terrorisme

Lid 1 Op grond van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 mogen schadeverzekeraars geen schaden verzekeren veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitierij. 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 gedeponereerd.

Lid 2 Indien de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij (NHT) voor Terrorismeschaden N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Een omschrijving van de definities en het clauseblad terrorismedekking is bij Univé verkrijgbaar.

Lid 3 Indien na een terroristische handeling op grond van artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in het vorige lid, recht op prestaties van een bij ministeriële regeling te bepalen omvang.

## Artikel 3 De verzekerde zorg

### 3.1. Geneeskundige zorg

Omschrijving Geneeskundige zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden. Geneeskundige zorg omvat niet

vergoeding van de kosten voor het vaccineren ten behoeve van grieppreventie.

#### Lid 1

#### Huisartsenzorg

Omschrijving Huisartsenzorg omvat vergoeding van de kosten voor:

- Geneeskundige zorg zoals de hierna te noemen zorgaanbieders die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek.
  - huisarts; of
  - aan huisarts gelijk te stellen arts;
  - arts/zorgaanbieder die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.
- Medisch-specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover Univé en de huisarts overeenstemming hebben bereikt.

#### Door

Huisartsenzorg dient te worden verleend door:

1. een huisarts die als zodanig is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG);
2. een verpleeghuisarts die als zodanig is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG;
3. een bedrijfsarts die als zodanig is ingeschreven in het register van de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG;
4. een arts voor verstandelijk gehandicapten die als zodanig is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG.
5. een arts/zorgaanbieder die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is, zoals een praktijkondersteuner.

#### Aanvullende voorwaarden

Verzekerde dient op naam van een huisarts of arts die verzekerde voorziet van zorg zoals huisartsen die plegen te verlenen ingeschreven te worden.

#### Aanspraak

1. Vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.
2. In afwijking van het voorgaande lid wordt het passantentarief slechts vergoed indien het spoedeisende of incidentele zorg binnen de reguliere praktijken betreft en de zorg wordt geleverd door een (huis)arts die gevestigd is buiten de gemeentegrenzen van de woonplaats van de verzekerde.

#### Voorbeelden aanspraak

##### Passantentarief

Wanneer u als verzekerde gebruik maakt van een andere huisarts dan de huisarts op wiens naam u bent ingeschreven, en deze huisarts is gevestigd buiten de gemeentegrenzen van uw woonplaats, dan zal de huisarts voor de door u genoten zorg een passantentarief in rekening brengen. Dit is een hoger tarief dan het tarief dat uw eigen huisarts of diens formele waarnemer in rekening brengt. Er bestaat alleen aanspraak op het passantentarief wanneer het gaat om medisch noodzakelijke of incidentele zorg.

##### Medisch noodzakelijke zorg/ incidentele zorg

U bent op vakantie op Texel en verwondt zich op een dusdanige manier dat u vermoedt dat de wond gehecht moet worden.

In deze situatie kunt u gebruik maken van huisartsenzorg en wordt deze zorg door Univé vergoed. Dit omdat het medische zorg is die niet uitgesteld kan worden tot u weer terug bent van vakantie en dit incidentele zorg betreft.

##### Op naam ingeschreven van een huisarts buiten Nederland

U woont in Nederland en heeft een Belgische huisarts. U heeft in deze situatie conform artikel 4 aanspraak op zorg tot ten hoogste dat wat volgens de Wet marktordening gezondheidszorg binnen Nederland is toegestaan, ook wanneer de huisarts een hoger tarief declareert. In dat geval dient u zelf een bedrag bij te betalen.

##### Zorgbemiddeling

Indien u door een verhuizing geen gebruik meer kunt maken van uw huisarts en u geen nieuwe huisarts kunt vinden, kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgbemiddeling. Deze afdeling bemiddelt u naar een huisarts die nog patiënten aanneemt. De afdeling Zorgbemiddeling kunt u bereiken via [www.unive.nl/zorgservice](http://www.unive.nl/zorgservice) of via telefoonnummer 072-5277676.



<i>Lid 2</i>	<i>Medisch-specialistische zorg (excl. Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg)</i>	
Omschrijving	Medisch-specialistische zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden als bedoeld in artikel 3.6., alsmede de bij de behandeling binnen de instelling horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Zie voor de vergoeding van de kosten voor een in-vitrofertilisatiepoging de uitsluitingen in dit artikel.	<p>die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de eerste, tweede en derde in-vitrofertilisatiepoging als bedoeld in artikel 1 (Begripsomschrijvingen) van deze polis per te realiseren zwangerschap;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;</li> <li>– liposuctie van de buik;</li> <li>– het operatief plaatsen, vervangen of verwijderen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;</li> <li>– behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;</li> <li>– behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);</li> <li>– behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);</li> <li>– behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis);</li> </ul>
Door	Medisch-specialistische zorg dient te worden verleend door een medisch-specialist, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst of, na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder.	<i>Lid 3</i>
Waar	Medisch-specialistische zorg dient plaats te vinden in een ziekenhuis, de praktijk van de medisch-specialist, zelfstandig behandelcentrum (ZBC), een revalidatie-instelling of, na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen instelling.	<i>Verblijf</i>
Voorschrijvereisten	Voor medisch-specialistische zorg is een voorschrift van de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, de bedrijfsarts of de medisch-specialist noodzakelijk. Dit geldt niet voor acute zorg. Indien het verloskundige zorg betreft mag ook worden verwezen door de verloskundige. Er kan ook door een bedrijfsarts worden doorverwezen indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden, een overeenkomst heeft gesloten.	Omschrijving
Toestemmingsvereisten	Voorafgaande schriftelijk toestemming van Univé is vereist voor medisch-specialistische behandelingen zoals omschreven in het Reglement medisch-specialistische zorg. Het door Univé opgestelde Reglement medisch-specialistische zorg maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op <a href="http://www.unive.nl">www.unive.nl</a> en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via <a href="mailto:zorgvragen@unive.nl">zorgvragen@unive.nl</a> .	Waar
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Op de behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg indien die strekt tot correctie van: <ul style="list-style-type: none"> <li>– afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;</li> <li>– verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;</li> <li>– de buikwand (abdominoplastiek) indien er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooiën of van een zeer ernstige bewegingsbeperking;</li> <li>– verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;</li> <li>– de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;</li> <li>– uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.</li> </ul> </li> </ol>	Toestemmingsvereisten
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.	Aanvullende voorwaarden

Medisch specialistische zorg als bedoeld in lid 2, omvat in geval van in-vitrofertilisatie (IVF) ten hoogste de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap. Een ICSI-behandeling en een eiceldonatie-behandeling worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. Voor de aanspraak op geneesmiddelen die verband houden met de eerste, tweede en derde poging IVF zie artikel 3.3 Farmaceutische zorg.

**Uitgesloten behandelingen**

- Geen aanspraak bestaat op:
- behandelingen - daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van

<i>Lid 3</i>	<i>Verblijf</i>
Omschrijving	Verblijf omvat vergoeding van de kosten voor verblijf in verband met medisch noodzakelijke zorg als bedoeld in artikel 3.1. en 3.2. en kaakchirurgische ingrepen en specialistische GGZ als bedoeld in artikel 3.8. lid 2, op basis van de laagste klasse, gedurende 24 uur tot ten hoogste 365 dagen, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.
Waar	Verblijf dient plaats te vinden in een ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, revalidatie-instelling of na schriftelijke toestemming van Univé een door Univé nader aan te wijzen instelling.
Toestemmingsvereisten	Voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé is vereist voor verblijf in verband met medisch-specialistische behandelingen, zoals omschreven in het Reglement medisch-specialistische zorg. Het door Univé opgestelde Reglement medisch-specialistische zorg maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op <a href="http://www.unive.nl">www.unive.nl</a> en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via <a href="mailto:zorgvragen@unive.nl">zorgvragen@unive.nl</a> .
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.</li> <li>2. In afwijking van het eerste onderdeel tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.</li> </ol>
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.
<i>Lid 4</i>	<i>Verpleging</i>
Omschrijving	Verpleging omvat tevens vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.
Door	Verpleging dient te worden verleend door een verpleegkundige die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG.
Waar	Verpleging dient plaats te vinden in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of na schriftelijke toestemming van Univé een door Univé nader aan te wijzen instelling.
Aanvullende voorwaarden	Verpleging die wordt geleverd in het kader van het verblijf in een AWBZ-instelling en die kan worden geacht deel uit te maken van de opnemings en het verdere verblijf in een dergelijke instelling valt niet onder de aanspraak.
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.
<i>Lid 5</i>	<i>Verloskundige zorg en Kraamzorg</i>
Omschrijving	Verloskundige zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg, inclusief voor- en nazorg, voor de zwangere vrouwelijke verzekerde zoals verloskundigen of huisartsen die plegen te bieden al dan niet in combinatie met behandeling, verblijf en verpleging in het ziekenhuis. Deze zorg omvat tevens vergoeding van de kosten van counseling, het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) oftewel tweede trimester echo voor alle zwangeren en de combinatietest

(nekplooiemeting en serumtest) voor zwangeren van 36 jaar en ouder of met een medische indicatie.

Kraamzorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. De zorg omvat tevens vergoeding van de kosten voor de inschrijving, intake en de partusassistentie.

Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden (zie voor bijzonderheden de kopjes Verloskundige zorg en Kraamzorg):

a. *Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak*

Indien naar het oordeel van de verloskundige, huisarts of gynaecoloog voor de bevalling opname of verblijf in het ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg, zoals bedoeld in artikel 3.1 lid 2, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

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

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

c. *Bevalling en kraambed thuis*

Indien de bevalling en/of het kraambed thuis plaatsvindt, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten voor:

1. verloskundige zorg;
2. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal 3 uur na de bevalling;
3. kraamzorg, gedurende ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling.

Zie voor nadere informatie Aanvullende voorwaarden kraamzorg.

d. *Bevalling in een ziekenhuis en kraamzorg thuis*

Indien na de bevalling in het ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en kind aanspraak op vergoeding van de kosten van kraamzorg zoals omschreven in c sub 3 en gelden de aanvullende voorwaarden 5 en 6 onder het kopje Kraamzorg.

#### Verloskundige zorg

**Door** Verloskundige zorg dient te worden verleend door een verloskundige, huisarts of een medisch-specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden zoals resp. een verloskundige, huisarts of een medisch-specialist die pleegt te bieden.

**Waar** Verloskundige zorg dient plaats te vinden in een ziekenhuis, bij de verzekerde thuis of in een door Univé nader aan te wijzen kraamcentrum. Het structureel echoscopisch onderzoek zonder medische indicatie (oftewel tweede trimester echo voor alle zwangeren en de combinatietest voor zwangeren van 36 jaar en ouder ) dient te worden uitgevoerd door een echoscopisch centrum dat een overeenkomst heeft afgesloten met het Regionale Centrum voor Prenatale Screening.

#### Verwijzingsvereisten

Indien de medisch-specialist verloskundige zorg verleend is een verwijzing van de huisarts of verloskundige noodzakelijk.

#### Aanvullende voorwaarden

1. Verloskundige zorg, ook door een gynaecoloog, valt niet onder het verplicht en vrijwillig eigen risico.
2. Zie voor de vergoeding van de kosten voor prenatale screening de uitsluitingen in dit artikel.

**Aanspraak** Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.

#### Uitsluitingen

Geen aanspraak bestaat op:

1. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaastrer zake van verloskundige zorg;
2. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft.

#### Kraamzorg

**Door** De kraamzorg dient te worden verleend door een kraamverzorgende of verpleegkundige, verbonden aan een kraamzorgaanbieder of ziekenhuis die, indien van toepassing, beschikken over de wettelijk vereiste toelating of erkenning.

**Waar** Kraamzorg dient plaats te vinden bij de verzekerde thuis, in het ziekenhuis of in een door Univé nader aan te wijzen kraamcentrum.

#### Aanvullende voorwaarden

1. De kraamzorgaanbieder bepaalt het recht op het aantal kraamuren op basis van het Landelijke indicatie protocol kraamzorg. Het toegekende aantal uren is afhankelijk van de noodzakelijke zorg voor moeder en kind, maar bedraagt minimaal 24 uur en maximaal 80 uur verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het indicatieprotocol kan worden opgevraagd bij de kraamzorgaanbieder.
2. In de Regeling zorgverzekering is bepaald dat op de vergoeding van de kosten onder omschrijving onderdeel b. voor kraamzorg een eigen bijdrage geldt voor zowel de moeder als het kind van € 14,50 per dag, in totaal dus € 29,00 per dag. Dit bedrag wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis de € 104,50 per dag te boven gaat. Dat betekent dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt. In de brochure Bevalling en Kraamzorg staat welk bedrag er precies vergoed wordt.
3. Conform de Regeling zorgverzekering blijft van de vergoeding van de kosten onder omschrijving onderdeel c. sub 3 en d. een bedrag van € 3,70 per uur kraamzorg voor rekening van de verzekerde.
4. Bij opname in het ziekenhuis, wordt per opnamedag 1/8ste deel van het geïndiceerde aantal kraamuren in mindering gebracht, met uitzondering van de dag van ontslag.
5. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door de kraamzorgaanbieder, die betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Stel het aantal geïndiceerde kraamuren is 48 uur. U ligt 3 dagen in het ziekenhuis. Het aantal kraamuren waar u thuis nog recht op heeft is dan 48 uur minus 16 uur (2/8 van het aantal geïndiceerde aantal kraamuren) is 32 uur. De dag van ontslag wordt niet in mindering gebracht op de geïndiceerde kraamuren.

**Aanspraak** Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.

#### 3.2.

#### Overige geneeskundige zorg

##### Lid 1

##### Niet-klinische dialyse

##### Omschrijving

Niet-klinische dialyse omvat vergoeding van de kosten voor:

1. onderzoek, behandeling, verpleging, psychosociale begeleiding en de noodzakelijke deskundige assistentie;
2. opleiding aan degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
3. chemicaliën en vloeistoffen die benodigd zijn voor het verrichten van de dialyse bij de verzekerde thuis;
4. redelijkerwijze te verrichten aanpassingen in en van de woning;
5. herstel van de woning in de oorspronkelijke staat;
6. de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg;
7. vergoeding van overige kosten zoals bijvoorbeeld stroomkosten.

##### Door

Niet-klinische dialyse dient te worden verricht in overleg met en onder verantwoordelijkheid van een daartoe opgeleide medisch-specialist.

##### Waar

Niet-klinische dialyse dient plaats te vinden in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij de verzekerde thuis.

#### Aanvullende voorwaarden

1. De voor de niet-klinische dialyse benodigde dialyseapparatuur die thuis wordt gebruikt valt onder de vergoeding van de kosten voor hulpmiddelenzorg zoals omschreven in artikel 3.4.
2. De vergoeding van de kosten voor de aanspraken zoals genoemd onder punt 4 en 5 van de omschrijving van dit artikel wordt alleen verleend voor zover de kosten redelijk zijn en er geen voorliggende wettelijke voorzieningen zijn.

##### Aanspraak

Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.

##### Lid 2

##### Transplantaties

##### Omschrijving

Transplantatie omvat vergoeding van de kosten voor:

1. transplantatie van weefsels en organen slechts tot de zorg behoort indien het betreft:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– beenmergtransplantatie;</li> <li>– bottransplantatie;</li> <li>– hoornvliestransplantatie;</li> <li>– huidweefseltransplantatie;</li> <li>– niertransplantatie;</li> <li>– harttransplantatie;</li> <li>– levertransplantatie, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger;</li> <li>– longtransplantatie;</li> <li>– hartlongtransplantatie;</li> <li>– nierpancreastransplantatie.</li> </ul>	<p>Waar Revalidatie dient plaats te vinden in een revalidatie-instelling of ziekenhuis.</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor, operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal;</li> <li>3. het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van postmortaal transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;</li> <li>4. zorg waarop ingevolge artikel 3 aanspraak bestaat aan de donor, gedurende ten hoogste 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;</li> <li>5. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel 4;</li> <li>6. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten.</li> </ol>	<p>Voorschrijfvereisten Voor revalidatie is een voorschrift van de behandelend medisch-specialist noodzakelijk.</p> <p>Toestemmingsvereisten Voor revalidatie is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.</p> <p>Aanvullende voorwaarden Indien de revalidatiezorg wordt verleend in een revalidatie-instelling gaat deze gepaard met meerdaagse dagbehandeling van enkele uren per dag of met meerdaagse opname met verzorging en verpleging.</p> <p>Aanspraak Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.</p> <p><i>Lid 5</i> <i>Oncologische aandoeningen bij kinderen</i></p> <p>Omschrijving Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmaterialen.</p> <p>Door Diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmaterialen dient te worden verricht door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).</p> <p>Aanspraak Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.</p> <p><i>Lid 6</i> <i>Trombosedienst</i></p> <p>Omschrijving Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg verleend door de trombosedienst. De zorg omvat: a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde; b. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde; c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten; d. het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de in onderdeel c aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen; e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.</p> <p>Door De zorg dient te worden verleend door de trombosedienst.</p> <p>Aanvullende voorwaarden De apparatuur en toebehoren waarmee de verzekerde de stollingstijd van zijn bloed kan meten valt onder de hulpmiddelenzorg als omschreven in artikel 3.4.</p> <p>Aanspraak Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.</p> <p><i>Lid 7</i> <i>Erfelijkheidsonderzoek</i></p> <p>Omschrijving Vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 3.1. lid 2 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, het geven van erfelijkheidsadviezen en daarmee verband houdende psycho-sociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde, aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.</p> <p>Door Erfelijkheidsonderzoek dient te worden verleend door een instelling met een vergunning, op grond van artikel 2 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen, voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.</p> <p>Waar Erfelijkheidsonderzoek dient plaats te vinden in een centrum voor erfelijkheidsadvies of een ziekenhuis.</p> <p>Aanspraak Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.</p> <p><i>Lid 8</i> <i>Audiologische zorg</i></p> <p>Omschrijving Audiologische zorg omvat vergoeding van de kosten voor spraak-/taaldiagnostiek voor kinderen, onderzoek naar de gehoorfunctie, advisering over de aan te schaffen gehoor-</p>
Door	Transplantatie dient te worden verricht door medisch-specialisten.	
Waar	Transplantatie dient plaats te vinden in een ziekenhuis.	
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.	
<i>Lid 3</i>	<i>Chronisch intermitterende beademing</i>	
Omschrijving	Chronisch intermitterende beademing omvat vergoeding van de kosten voor noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en verpleegkundige zorg, geneesmiddelen, verblijf en verzorging. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit: – het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur; – de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg.	
Door	Chronisch intermitterende beademing dient te worden verricht door medisch-specialisten.	
Waar	Chronisch intermitterende beademing dient plaats te vinden in een beademingscentrum, ziekenhuis of bij de verzekerde thuis.	
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.	
<i>Lid 4</i>	<i>Revalidatie</i>	
Omschrijving	Revalidatiezorg van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard omvat vergoeding van de kosten voor onderzoek, behandeling en advisering, doch uitsluitend indien en voor zover: – deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en, – de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.	
Door	Revalidatie dient te worden verleend door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een medisch-specialist.	

	<p>apparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.</p>	
Door	Audiologische zorg dient te worden verleend door een medisch-specialist of na schriftelijke toestemming van Univé een nader door Univé aan te wijzen zorgaanbieder.	
Waar	Audiologische zorg dient plaats te vinden in een audiologisch centrum dat door de Nederlandse overheid is erkend of ziekenhuis.	
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.	
<b>3.3.</b>	<b>Farmaceutische zorg</b>	
<i>Lid 1</i>	<i>Geneesmiddelen</i>	
Omschrijving	<p>De aanspraak op vergoeding van de kosten voor geneesmiddelen omvat ter handstelling van:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>de door Univé op basis van de Regeling Zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;</li> <li>een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel dan het door Univé aangewezen geneesmiddel, voor zover: <ol style="list-style-type: none"> <li>behandeling met het door Univé aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is, of;</li> <li>de verzekerde het geneesmiddel betreft van een apotheker met wie Univé een voorkeursovereenkomst heeft gesloten. De lijst met apothekers met wie Univé een voorkeursovereenkomst heeft gesloten, kan worden geraadpleegd op <a href="http://www.unive.nl/zorgservice">www.unive.nl/zorgservice</a>.</li> </ol> </li> <li>andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8., eerste lid, onder b van het Besluit zorgverzekering.</li> </ol> <p>Farmaceutische zorg omvat geen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;</li> <li>geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;</li> <li>geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig door de Minister niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;</li> <li>geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;</li> <li>geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet;</li> <li>vergoeding voor hepatitis B-vaccin ingeval van beroep of stage.</li> </ul>	
Door	Geneesmiddelen dienen door de volgende leveranciers ter hand te worden gesteld: <ul style="list-style-type: none"> <li>een apotheker; of</li> <li>apothekhoudende huisarts.</li> </ul>	
Voorschrijfvereisten	<ol style="list-style-type: none"> <li>Geneesmiddelen dienen te zijn voorgeschreven door een huisarts, dan wel een arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.</li> <li>De verzekerde heeft per voorschrift aanspraak op vergoeding van de kosten voor een periode van maximaal: <ul style="list-style-type: none"> <li>15 dagen, indien het voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft (onder nieuwe medicatie verstaat Univé medicatie die de afgelopen 12 maanden niet door een apotheek of apothekhoudende huisarts aan de verzekerde ter hand is gesteld);</li> <li>15 dagen indien het een geneesmiddel betreft ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica;</li> <li>3 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica deze worden voor maximaal 1 maand verstrekt ;</li> <li>12 maanden (maximaal) wanneer verzekerde voor een langere periode naar het buitenland gaat. Uitzonderd Anxiolytica en slaapmiddelen, deze worden voor maximaal 1 maand verstrekt;</li> <li>1 maand in overige gevallen;</li> </ul> <p>Uitzondering op deze maximale periode per voorschrift vormen de orale anticonceptiemiddelen en insuline ter behandeling van diabetes. Deze middelen dienen eenmalig voorgeschreven te zijn. Deze geneesmiddelen worden vergoed zonder herhalingsrecept.</p> <p>De maximale termijn waarover deze middelen per terhandstelling worden vergoed, is wel beperkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>maximaal 3 maanden voor insuline (maximaal vier keer per jaar);</li> <li>maximaal 1 jaar voor orale anticonceptiemiddelen (maximaal één keer per jaar).</li> </ul> </li> </ol>	
		<p><b>Toestemmingsvereisten</b></p> <p>Daar waar het in het door Univé opgestelde Reglement Farmaceutische zorg is aangegeven is voor bepaalde geneesmiddelen voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.</p> <p><b>Aanvullende voorwaarden</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bij de Regeling zorgverzekering, bedoeld in onderdeel 1 van de omschrijving, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Tevens wordt voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen een vergoedingslimiet vastgesteld.</li> <li>De verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoop-prijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij Regeling zorgverzekering wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.</li> <li>De aanwijzing van geneesmiddelen door Univé, zoals bedoeld in onderdeel 1, geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen, er ten minste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Deze geneesmiddelen zijn terug te vinden in de Lijst preferente Geneesmiddelen die deel uitmaakt van het door Univé opgestelde Reglement Farmaceutische zorg.</li> <li>Het door Univé opgestelde Reglement Farmaceutische zorg maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op <a href="http://www.unive.nl">www.unive.nl</a> en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via <a href="mailto:zorgvragen@unive.nl">zorgvragen@unive.nl</a>.</li> </ol> <p><b>Aanspraak</b></p> <p>Aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4. of indien van toepassing conform het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS).</p> <p><i>Lid 2</i></p> <p><i>Dieetpreparaten</i></p> <p>Omschrijving</p> <p>De aanspraak op vergoeding van de kosten voor dieetpreparaten omvat terhandstelling van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.</p> <p>Door</p> <p>Dieetpreparaten dienen ter hand te worden gesteld door de volgende leveranciers:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>apotheker;</li> <li>apothekhoudend huisarts;</li> <li>(medisch) gespecialiseerd leverancier;</li> <li>een door Univé nader aan te wijzen leverancier.</li> </ul> <p><b>Voorschrijfvereisten</b></p> <p>Voor dieetpreparaten is een voorschrift noodzakelijk van een medisch specialist of huisarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG of een diëtiste die voldoet aan de opleidingseisen in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".</p> <p><b>Toestemmingsvereisten</b></p> <p>Daar waar het in het door Univé opgestelde Reglement Farmaceutische zorg is aangegeven is voor bepaalde dieetpreparaten voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.</p> <p><b>Aanvullende voorwaarden</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Recht op vergoeding van de kosten voor dieetpreparaten bestaat als sprake is van een: <ul style="list-style-type: none"> <li>ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis; of</li> <li>dreigende ernstige ondervoeding door: <ul style="list-style-type: none"> <li>chronisch obstructief longlijden; of</li> <li>een cystische fibrose; of</li> <li>een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Het door Univé opgestelde Reglement Farmaceutische zorg maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op <a href="http://www.unive.nl">www.unive.nl</a> en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via <a href="mailto:zorgvragen@unive.nl">zorgvragen@unive.nl</a>.</li> </ol> <p><b>Aanspraak</b></p> <p>Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.</p>



Wat zijn polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten? De aanduidingen polymeer, oligomeer, monomeer wijzen op de eiwitfractie in de voeding, omdat bij de indicatiestelling voor bijzondere voeding de vorm van de eiwitfractie meestal de bepalende factor is. Modulaire preparaten bevatten alleen eiwitten, alleen vetten of alleen koolhydraten, dan wel een combinatie van 2 van de genoemde componenten, eventueel aangevuld met vitamines en mineralen.

### 3.4. Hulpmiddelenzorg

#### Lid 1 *Hulpmiddelen en verbandmiddelen*

**Omschrijving** De aanspraak op hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat vergoeding van de kosten voor de middelen welke bij de Regeling zorgverzekering als zodanig zijn aangewezen, waarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg. Conform het Reglement hulpmiddelen omvat de aanspraak, in afwijking van artikel 2.5 lid 1 en bovenstaande, in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen.

**Door** Verbandmiddelen dienen te worden verstrekt door de apotheker, de apotheekhoudende huisarts, een medisch gespecialiseerde leverancier of na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen leverancier. Hulpmiddelen mogen tevens worden verstrekt door medisch speciaalzaak, orthopedisch. In het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen is opgenomen welke leverancier het door u benodigde hulpmiddel mag leveren.

**Waar** Hulpmiddelen dienen te worden verstrekt en/of aangemeten in de praktijkruimte van de leverancier, of de plaats waar de verzekerde verblijft of woont.

#### Voorschrijfvereisten

Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen, is aangegeven, is voor verstrekking of vervanging, wijziging of herstel van het betreffende hulpmiddel of verbandmiddel een voorschrift noodzakelijk.

#### Toestemmingsvereisten

Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen, is aangegeven, is voor verstrekking of vervanging, wijziging of herstel van het betreffende hulpmiddel of verbandmiddel voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

#### Aanvullende voorwaarden

- De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Univé.
- Bij Regeling zorgverzekering en in het door Univé nader vastgestelde Reglement hulpmiddelen, kan worden bepaald dat hulpmiddelen in eigendom dan wel in bruikleen of huur worden verschaft en kunnen regels worden gesteld met betrekking tot wijziging of herstel van hulpmiddelen, het verstrekken van reserve-hulpmiddelen en de voorwaarden voor het verkrijgen van hulpmiddelen.
- De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij bij Regeling zorgverzekering en/of het Reglement hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- Bij Regeling zorgverzekering kan worden bepaald dat de verzekerde voor een hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt ter grootte van:
  - het verschil tussen de aanschafkosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort;
  - een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten.
 Univé brengt deze bedragen in mindering op de vergoeding.
- Indien bij Regeling zorgverzekering regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden voor het verkrijgen van verbandmiddelen zal Univé deze regels toepassen.
- Het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op [www.unive.nl](http://www.unive.nl) en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via [zorgvragen@unive.nl](mailto:zorgvragen@unive.nl).
- Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrek-

king van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die door Univé in het betreffende Reglement hulpmiddelen zijn opgenomen.

**Aanspraak** Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.

### 3.5. Paramedische zorg

**Omschrijving** Paramedische zorg omvat vergoeding van de kosten voor fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadviesing. De omvang van de zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

#### Lid 1 *Fysiotherapie en oefentherapie*

**Omschrijving** Fysiotherapie of oefentherapie omvat vergoeding van de kosten voor:

- behandeling van de in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van 18 jaar en ouder niet de eerste 9 behandelingen.
- voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan sub 1 tevens uit ten hoogste 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlenen met ten hoogste 9 behandelingen.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is raadpleegbaar op [www.unive.nl](http://www.unive.nl) en is op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via [zorgvragen@unive.nl](mailto:zorgvragen@unive.nl).

- Door**
- Fysiotherapie dient te worden verleend door een fysiotherapeut of een heilgymnast-masseur die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG.
  - Bekkenfysiotherapie, kinderfysiotherapie, oedeemtherapie en manuele therapie dienen te worden verleend door een fysiotherapeut die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG, en tevens is geregistreerd in het in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
  - Lymfoedeemtherapie mag tevens worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.
  - Oefentherapie dient te worden verleend door een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

**Waar** Fysiotherapie en oefentherapie dient plaats te vinden in de praktijkruimte van de in dit artikel genoemde zorgaanbieder, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

#### Voorschrijfvereisten

Voor fysiotherapie en oefentherapie, zoals omschreven in artikel 3.5. lid 1 sub 1, is een voorschrift van een huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, verpleeghuisarts of medisch-specialist noodzakelijk. Er kan ook door een bedrijfsarts worden doorverwezen indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst met Univé heeft gesloten.

#### Toestemmingsvereisten

Voor behandelingen i.v.m. aandoeningen, zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, is op basis van het voorschrift van de arts, voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.

**Aanspraak** Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.

Er bestaat onder meer geen aanspraak op:

- Alternatieve geneeswijzen;
- Declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken.

#### Lid 2 *Logopedie*

**Omschrijving** Logopedie omvat vergoeding van de kosten voor zorg, mits de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.



Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.  
De reis- en verblijfskosten vallen niet onder de aanspraak.

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

**Waar** Logopedie dient te worden verleend in de praktijkruimte van de logopedist of stottertherapeut, ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

**Voorschrijfvereisten**  
Voor logopedie is een voorschrift van een huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of tandarts-specialist noodzakelijk. Voor specifieke stottertherapie is een gericht voorschrift van voornoemde zorgaanbieders noodzakelijk. Er kan ook door een bedrijfsarts worden doorverwezen indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst heeft gesloten.

**Aanvullende voorwaarden**  
1. De reis- en verblijfskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking, behalve als er wordt voldaan aan de voorwaarden die worden gesteld aan ziekenvervoer zoals genoemd in artikel 3.7.

**Aanspraak** Volledige vergoeding conform artikel 2.5.4.

**Lid 3** *Ergotherapie*

**Omschrijving** Ergotherapie omvat vergoeding van de kosten voor zorg mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van 10 behandelingen per kalenderjaar.

**Door** Ergotherapie dient te worden verleend door een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

**Waar** Ergotherapie dient plaats te vinden in de praktijkruimte van de ergotherapeut, ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

**Voorschrijfvereisten**  
Voor ergotherapie is een voorschrift van een huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of verpleeghuisarts noodzakelijk. Er kan ook door een bedrijfsarts worden doorverwezen indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst heeft gesloten.

**Aanspraak** Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.

**Lid 4** *Dieetadvisering*

**Omschrijving** Dieetadvisering omvat vergoeding van de kosten voor voorlichting, met een medisch doel, over voeding en eetgewoonten tot een maximum van 4 behandelingen per jaar.

**Door** Dieetadvisering dient te worden verleend door een diëtist die voldoet aan de opleidingseisen in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

**Waar** Dieetadvisering dient plaats te vinden in de praktijk van de diëtist, thuiszorginstelling, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

**Voorschrijfvereisten**  
Voor dieetadvisering is een voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of tandarts noodzakelijk. Er kan ook door een bedrijfsarts worden doorverwezen indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst heeft gesloten.

**Aanspraak**

Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.

### 3.6.

### Mondzorg

**Omschrijving**

**Lid 1**

Mondzorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals tandartsen die plegen te bieden met dien verstande dat het slechts noodzakelijke tandheelkundige zorg betreft, indien:

- de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;
- de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
- een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

**Lid 2**

Onder de vergoeding van de kosten van zorg, bedoeld onder lid 1 sub a van de omschrijving van dit artikel, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

**Lid 3**

Vergoeding van de kosten voor orthodontische zorg, bedoeld onder lid 1 van de omschrijving van dit artikel, is slechts begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

**Lid 4**

In andere gevallen dan de zorg zoals omschreven in lid 1 van de omschrijving van dit artikel omvat vergoeding van de kosten voor mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van 6 jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
- sealing;
- parodontale zorg;
- anesthesie;
- endodontische zorg;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- gnathologische zorg;
- uitneembare prothetische voorzieningen;
- tandvervangende zorg met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundige implantaat;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

**Lid 5**

In andere gevallen dan de zorg zoals omschreven in lid 1 van de omschrijving van dit artikel, omvat vergoeding van de kosten voor mondzorg voor verzekerden van 22 jaar en ouder:

- chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak. Hieronder wordt verstaan een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Op de vergoeding is de verzekerde een eigen bijdrage van 25% verschuldigd. Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige, boven- en/of onderprothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

**Door**

Mondzorg, als omschreven in lid 1, 2 en 3 in de omschrijving van dit artikel, dient te worden verleend door:

- een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG, voor zover het zorg, zoals omschreven in lid 1 en 2 betreft;
- een instelling voor bijzondere tandheelkunde (CBT)
- een orthodontist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde voor zover het orthodontische zorg, zoals omschreven in lid 3, betreft.
- een kaakchirurg die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde voor zover het bijzondere implantologie, zoals omschreven in lid 2, betreft.
- een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder.

Mondzorg, als omschreven in lid 4 in de omschrijving van dit artikel, dient te worden verleend door:

- een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG;
- een instelling voor jeugd tandverzorging;
- een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder.

Mondzorg, als omschreven in lid 4 sub c, d, e en f, dient te worden verleend door:

- een mondhygiënist die voldoet aan de eisen in het Besluit: "diëtist, ergotherapeut, logopedist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG;
- een instelling voor jeugd tandverzorging;
- een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder.

Mondzorg, als omschreven in lid 5 sub a in de omschrijving van dit artikel, dient te worden verleend door een kaakchirurg die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Mondzorg, als omschreven in lid 5 sub b in de omschrijving van dit artikel, dient te worden verleend door een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG of door een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

7. Voor mondzorg, als omschreven in lid 5 sub b, is indien de volledige vervangingsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Bij de aanvraag dient een schriftelijke motivering van de zorgaanbieder en een schriftelijk behandlingsplan te worden gevoegd.

#### Aanvullende voorwaarden

1. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door de NZa vastgestelde tarief in aanmerking.
2. De toestemming voor mondzorg, als omschreven in lid 1 en lid 4 sub l, kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
3. De verzekerde van 22 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge lid 1 sub a, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge lid 1 sub b tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale zorg, endodontische zorg, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.
4. De verzekerde die zijn aanspraak op basis van lid 1 sub a tot en met c tot gelding brengt, is voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, een bijdrage in de kosten verschuldigd van € 90,-.
5. De jeugdige verzekerde heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op vergoeding van de kosten voor mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.

#### Waar

1. Mondzorg, als omschreven in lid 1, 2 en 3 in de omschrijving van dit artikel, wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, een ziekenhuis, in de instelling voor bijzondere tandheelkunde of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.
2. Mondzorg, als omschreven in lid 4 in de omschrijving van dit artikel, wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, een dental car, instelling voor jeugd tandverzorging of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.
3. Mondzorg, als omschreven in lid 5 sub a in de omschrijving van dit artikel, wordt verleend in een ziekenhuis, de praktijk van de medisch-specialist of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).
4. Mondzorg, als omschreven in lid 5 sub b in de omschrijving van dit artikel, wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, ziekenhuis, instelling voor bijzondere tandheelkunde of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

#### Verwijzingsvereisten

1. Voor mondzorg, als omschreven in lid 1 in de omschrijving van dit artikel, is een verwijzing van de tandarts noodzakelijk.
2. Voor mondzorg bij de verzekerde thuis is een verwijzing van de huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet of medisch-specialist noodzakelijk.

#### Toestemmingsvereisten

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten voor mondzorg is voor de volgende verstrekkingen voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist:

1. Voor mondzorg, als omschreven in lid 1, 2 en 3.
2. Voor tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, als omschreven in lid 4.
3. Voor mondzorg in een instelling voor bijzondere tandheelkunde of ter plaatse waar de verzekerde verblijft.
4. Voor mondzorg, als omschreven in lid 5 sub a, indien de zorg parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.
5. Voor mondzorg, zoals omschreven in lid 5 sub b, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600,- per onder- of bovenkaak bedragen.
6. Voor mondzorg, zoals omschreven in lid 5 sub b, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 500,- per onder- of bovenkaak bedragen.

#### Aanspraak

Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.

#### 3.7.

#### Vervoer

#### Lid 1

#### Zittend Ziekenvervoer

#### Omschrijving

Zittend ziekenvervoer omvat vergoeding van de kosten voor ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1, van de Wet ambulancevervoer, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als omschreven in lid 2 van dit artikel, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:

1. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
2. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
3. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
4. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.

Buiten de gevallen als genoemd onder 1 tot en met 4: in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden 16 jaar.

Op de aanspraak op vergoeding van de kosten voor zittend ziekenvervoer is de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd van € 86,- per kalenderjaar.

#### Door

Zittend ziekenvervoer dient te worden verleend door een taxibedrijf, openbaar vervoerder, mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving) of na schriftelijke toestemming van Univé door een nader door Univé aan te wijzen vervoerder.

#### Voorschrijfvereisten

Voor zittend ziekenvervoer is een voorschrift van de huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, of medisch-specialist noodzakelijk.

#### Toestemmingsvereisten

Uit een verklaring van de huisarts dan wel de arts die verzekerde van huisartsenzorg voorziet of de medisch-specialist moet blijken waarom medisch vervoer noodzakelijk is en of betreffende verzekerde valt onder één van de vijf patiënten-

groepen. Deze verklaring moet naar Univé worden gestuurd. Univé bepaalt vervolgens of gebruik mag worden gemaakt van (rolstoel)taxi, eigen vervoer of een openbaar middel van vervoer.

#### Aanvullende voorwaarden

1. Indien het vervoer, bedoeld in de omschrijving, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de aanspraak op vergoeding van de kosten € 0,25 per kilometer.
2. Indien in de loop van een kalenderjaar een herziening plaatsvindt van de eigen bijdrage van € 86,- geldt het laagste bedrag.
3. Een bijdrage is niet verschuldigd:
  - a. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
  - b. voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
  - c. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.
4. Indien Univé schriftelijk toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
5. In gevallen waarin ziekenvervoer per auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan Univé toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door Univé aan te geven vervoermiddel.
6. In bijzondere gevallen kan Univé vervoer van twee begeleiders toestaan.

**Aanspraak** Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.

**Lid 2** *Ambulancevervoer*

**Omschrijving** Ambulancevervoer omvat vergoeding van de kosten voor ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:

1. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
2. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
3. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel 2, naar:
  - een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
  - een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt.
4. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen 1, 2 of 3.

**Door** Ambulancevervoerder met vergunning als geregeld in de Wet Ambulancevervoer of door Univé nader aangewezen personen of partijen.

#### Aanvullende voorwaarden

Indien Univé schriftelijk toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

**Aanspraak** Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.

### 3.8. Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

**Lid 1** *Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ*

**Omschrijving** Vergoeding voor de kosten van zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot ten hoogste acht zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische problematiek.

**Door** Gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog en klinisch psycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden tot 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.

**Waar** De zorg kan plaatsvinden in een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

#### Voorschrijfvereisten

Verwijzing door huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van 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. Voor acute zorg geldt dit voorschrijfvereiste niet.

#### Aanvullende voorwaarden

1. Voor de berekening van het aantal zittingen geldt het volgende:
  - een individueel eerstelijnspsychologisch consult wordt gerekend als een hele zitting;
  - een individueel kort eerstelijnspsychologische consult wordt gerekend als een halve zitting;
  - een telefonisch of e-mail consult wordt gerekend als een kwart zitting;
  - een consult relatietherapie telt als een hele zitting per partner;
  - een consult gezinstherapie éénouder telt als een hele zitting voor de ouder;
  - een dubbel consult gezinstherapie éénouder telt als twee zittingen voor de ouder;
  - een consult gezinstherapie tweouder telt als een halve zitting per ouder;
  - een dubbelconsult gezinstherapie tweouder telt als een hele zitting per ouder;
  - een consult groepstherapie van 4 tot en met 8 personen telt als een kwart zitting per deelnemer van de groep;
  - een consult groepstherapie van 9 tot en met 12 personen telt als een vijfde zitting per deelnemer van de groep.
2. De vergoeding van de kosten voor psychologisch onderzoek, diagnostiek en behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen vallen niet onder deze aanspraak, zie artikel 3.8.2., Specialistische GGZ.
3. Er geldt een eigen bijdrage van € 10,- per zitting.

**Aanspraak** Vergoeding van zorg zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.

**Lid 2** *Specialistische GGZ*

**Omschrijving** Vergoeding van de kosten van zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

**Door** Psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut en een GGZ-instelling.

**Waar** De zorg kan plaatsvinden in een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

#### Voorschrijfvereisten

Verwijzing door huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/ -arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van 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. Voor acute zorg geldt dit voorschrijfvereiste niet.

#### Aanvullende voorwaarden

1. de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [www.unive.nl](http://www.unive.nl).
2. volgens de Regeling zorgverzekering is de volgende eigen bijdrage vastgesteld:
  - voor individuele, groeps- of gezinspsychotherapie geldt een eigen bijdrage van € 15,60 per zitting tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de eigen bijdrage en het maximum gelden per gezin;
  - voor partnerrelatiepsychotherapie is een eigen bijdrage verschuldigd van € 7,80 per verzekerde per zitting, tot een maximum van € 351,- per verzekerde per kalenderjaar;
  - de eigen bijdrage is niet verschuldigd, als de verzekerde een eigen bijdrage volgens artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg is verschuldigd.

**Aanspraak** Vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.

#### Lid 3 *Persoonsgebonden budget (PGB) GGZ*

**Omschrijving** Voor de vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in artikel 3.1. lid 1 en 2, die gericht is op herstel van een psychische aandoening kan desgevraagd aanspraak worden gemaakt op een persoonsgebonden budget, met inachtneming van de voorwaarden zoals opgenomen in het Reglement persoonsgebonden budget GGZ Univé 2008. Dit persoonsgebonden budget GGZ komt in de plaats van de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg. Er bestaat geen aanspraak op een persoonsgebonden budget GGZ als de betreffende zorg wordt verleend ten tijde van het verblijf als bedoeld in artikel 3.1. lid 3. Verblijf.

**Eigen bijdrage** Afhankelijk van de aard van de zorg is een eigen bijdrage verschuldigd. De hoogte van de geldende eigen bijdragen is opgenomen in artikel 3.8. lid 1 en 2.

#### Voorschrijvereisten

Verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van 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. Voor acute zorg geldt dit voorschrijvereiste niet.

#### Toestemmingsvereiste

Toestemming moet worden gevraagd met toelichting van de behandelend huisarts, psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut waarin ten minste is aangegeven of verwijzing plaatsvindt voor eerstelijnspsychologische zorg of specialistische GGZ.

#### Aanvullende voorwaarden

1. Het Reglement persoonsgebonden budget GGZ Univé 2008 is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [www.unive.nl](http://www.unive.nl);
2. Een verzekerde die op 31 december 2007 aanspraak had op een persoonsgebonden budget op grond van de AWBZ, behoudt die aanspraak ten hoogste tot en met 31 december 2008. Dit geldt uitsluitend voor de duur van de indicatie, op grond waarvan het budget op grond van de AWBZ is toegekend;
3. Als de zorg wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee Zorgverzekeraar VGZ een overeenkomst heeft gesloten, dan is een aanvraag voor een PGB GGZ niet aan de orde. De verzekerde kan in dat geval gebruik maken van de vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in artikel 3.8. lid 1 en 2.

#### Artikel 4 **Buitenland**

**Omschrijving** Vergoeding van de kosten voor zorg, zoals omschreven in artikel 3, genoten in het buitenland.

#### Toestemmingsvereisten

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

#### Aanvullende voorwaarden

1. Verzekerden zijn bij tijdelijk verblijf in een land anders dan het woonland bij klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen

met de Univé Alarmservice, telefoon 0031206515111. De Univé Alarmservice zal zorgdragen voor de afhandeling van declaraties.

2. De vergoeding van de kosten voor zorg vindt in Nederland in euro's plaats tegen de omrekeningskoers op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden.
3. 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.

#### Aanspraak

1. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 2.5 lid 4 van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
2. De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:
  - a. aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;
  - b. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:
    - tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
    - indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
3. De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:
  - tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
  - indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
4. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.
5. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.
6. Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen, dient de verzekerde gespecificeerde rekeningen, in het Engels, Frans, Duits, Spaans of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen te overleggen.
7. Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen, is verzekerde verplicht zich bij de zorgaanbieder of bevoegde instantie te legitimeren met de vooraf bij Univé aan te vragen verzekeringsverklaring.

#### Artikel 5

#### Uitsluitingen

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:

- a. de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- b. keuring waarvoor geen medische indicatie bestaat, bijvoorbeeld Total Bodycheck, keuringen t.b.v. rijbewijs of vliegbrevet, attesten en vaccinaties;
- c. griepvaccinaties;
- d. alternatieve geneeswijzen;
- e. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- f. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
- g. declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- h. experimentele geneeskunde.

## Grondslag van de premie

De grondslag van de premie (genoemd in artikel 2.13 lid 3 en 5) bedraagt € 96,95

## Kortingen bij vrijwillig eigen risico

Onderstaand zijn voor de verschillende te kiezen vrijwillige eigen risico-bedragen de kortingen op de premie weergegeven (artikel 2.15 lid 3).

Eigen risico	Korting op premiegrondslag
€ 100,-	€ 2,09
€ 300,-	€ 8,34
€ 500,-	€ 16,67



Univé Verzekeringen  
Rogier van de Weijdestraat 1  
1817 MJ Alkmaar  
[www.unive.nl](http://www.unive.nl)  
[zorgvragen@unive.nl](mailto:zorgvragen@unive.nl)  
Telefoonnummer (072) 527 75 95



2055.10/07