

Algemene verzekerings- voorwaarden ZEKUR 2014

- Gewoon ZEKUR Zorg
- Extra ZEKUR Zorg
- Extra ZEKUR Doorlopende Reis

ZEKUR.nl

van
UNIVÉ

Veel verzekering voor weinig

2014

Premiebijlage Gewoon ZEKUR Zorg

Premiegrondslag

De premiegrondslag voor Gewoon ZEKUR Zorg 2014 bedraagt € 80,25 per maand.

Korting bij vrijwillig eigen risico

Onderstaand zijn voor de verschillende te kiezen vrijwillig eigen risico-bedragen de maandpremies weergegeven.

Vrijwillig eigen risico	Maandpremie
€ 100,-	€ 76,25
€ 500,-	€ 65,25

ZEKUR.nl

van
UNIVÉ

Veel verzekering voor weinig

Welkom bij ZEKUR van Univé

Uw zorgverzekeraar zonder winstoogmerk!

In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over Gewoon ZEKUR Zorg. In de tekstblokken vindt u nadere uitleg over de voorwaarden. U kunt de informatie over Gewoon ZEKUR Zorg ook vinden op ZEKUR.nl.

Met vriendelijke groeten,
ZEKUR van Univé

Belangrijke adressen:

Aanvragen toestemming

U stuurt uw aanvraag voor toestemming voor een behandeling naar:
ZEKUR van Univé
Postbus 25150
5600 RS Eindhoven

U vindt in deze verzekeringsvoorwaarden in welke gevallen u toestemming nodig hebt.

Insturen nota's

Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota sturen naar
ZEKUR van Univé
Postbus 25030
5600 RS Eindhoven

Inhoudsopgave

Inhoud

I. ALGEMEEN GEDEELTE	5
Artikel 1. Verzekerde zorg	5
1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg	5
1.2. Medische noodzaak	5
1.3. Wie mag de zorg verlenen	5
1.4. Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder	5
1.5. Insturen van nota's	6
1.6. Tijdige zorgverlening	6
1.7. Rechtstreekse betaling	6
1.8. Verrekening van kosten	6
1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming	7
1.10. Ontlenen recht	7
1.11. Uitsluitingen	7
1.12. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen	8
Artikel 2. Algemene bepalingen	8
2.1. Grondslag van de verzekering	8
2.2. Werkgebied	8
2.3. Bijbehorende documenten	9
2.4. Fraude	9
2.5. Bescherming persoonsgegevens	9
2.6. Mededelingen	10
2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie	10
2.8. Bedenkperiode	10
2.9. Interpretatie	10
2.10. Voorrangsbepaling	10
2.11. Nederlands recht	11
Artikel 3. Premie	11
3.1. Premiegrondslag en premiekortingen	11
3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst	11
3.3. Verschuldigdheid van premie	11
3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten	11
3.5. Verrekening	11
3.6. Niet-tijdig betalen	12
Artikel 4. Overige verplichtingen	13
Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	14
5.1. Wijziging voorwaarden	14
5.2. Opzeggingsrecht	14
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van Gewoon ZEKUR Zorg	14
6.1. Begin en duur	14
6.2. Einde van rechtswege	14
6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?	15
6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?	15
6.5. Bewijs van einde	15
6.6. Verzekering van onverzekerden	16
Artikel 7. Verplicht eigen risico	16
7.1. Hoogte verplicht eigen risico	16
7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico	16
7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet	16
7.4. Berekeningswijze hoogte verplicht eigen risico	17
7.5. Berekening verplicht eigen risico	17

Artikel 8.	Vrijwillig eigen risico	17
8.1.	Varianten vrijwillig eigen risico	17
8.2.	Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico	17
8.3.	Berekeningswijze hoogte vrijwillig eigen risico	17
8.4.	Wijziging vrijwillig eigen risico	18
8.5.	Berekening vrijwillig eigen risico	18
Artikel 9.	Buitenland	18
9.1.	U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland	18
9.2.	U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is	18
9.3.	Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	19
9.4.	Verwijzing en/of toestemmingsvereiste	19
Artikel 10.	Klachten en geschillen	19
10.1.	Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement	19
10.2.	Klachten over onze formulieren	19

II. ZORGARTIKELEN 20

Geneeskundige zorg	20	
Artikel 11.	Huisartsenzorg	20
Artikel 12.	Zorgprogramma's (ketenzorg)	22
Artikel 13.	Verloskundige zorg en kraamzorg	22
Artikel 14.	Medisch specialistische zorg	25
Artikel 15.	Revalidatie	28
Artikel 16.	Erfelijkheidsonderzoek	29
Artikel 17.	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	29
Artikel 18.	Audiologische zorg	31
Artikel 19.	Plastische en/of reconstructieve chirurgie	31
Artikel 20.	Transplantatie van weefsels en organen	32
Artikel 21.	Dyslexiezorg	34
Artikel 22.	Stoppen-met-rokenprogramma	34
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	34	
Artikel 23.	Generalistische basis GGZ	34
Artikel 24.	Gespecialiseerde GGZ	35
Paramedische zorg	36	
Artikel 25.	Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck	36
Artikel 26.	Logopedie	38
Artikel 27.	Ergotherapie	38
Artikel 28.	Dieetadvisering	39
Mondzorg	39	
Artikel 29.	Tandheelkundige zorg en kaakchirurgie	39
Artikel 30.	Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder	41
Farmaceutische zorg	42	
Artikel 31.	Geneesmiddelen	42
Artikel 32.	Dieetpreparaten	44
Hulpmiddelenzorg	46	
Artikel 33.	Hulpmiddelen en verbandmiddelen	46
Verblijf in een instelling	48	
Artikel 34.	Verblijf	48
Ziekenvervoer	48	
Artikel 35.	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	48
Zorgbemiddeling	50	
Artikel 36.	Zorgadvies en bemiddeling	50

III. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN 20

I. Algemeen gedeelte

ARTIKEL 1. VERZEKERDE ZORG

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Gewoon ZEKUR Zorg is een naturaverzekering van ZEKUR van Univé. Dit betekent dat u recht hebt op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook hebt u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert u in welke instelling of bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken hebt met onacceptabel lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via onze website. U kunt ook contact met ons opnemen op telefoonnummer 088 - 131 16 17.

1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Wie mag de zorg verlenen

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Voor enkele vormen van zorg bent u verplicht gebruik te maken van een specifiek voor ZEKUR van Univé gecontracteerde zorgaanbieder. U vindt deze zorg in de 13.2 (Kraamzorg), artikelen 14 (Medisch specialistische zorg), 31 (Geneesmiddelen) en 34 (Verblijf).

De vergoeding van de kosten van zorg vindt rechtstreeks aan de betreffende zorgaanbieder plaats op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorg(aanbieders) vindt u op onze website. Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

1.4. Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. De kosten die voor uw rekening komen bedragen maximaal € 500 per kalenderjaar.

Uitzondering:

Gespecialiseerde GGZ en verblijf in verband met gespecialiseerde GGZ zoals omschreven in artikel 24 en 34. Gaat u voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? U ontvangt dan maximaal 75% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders ZEKUR 2014. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Het is belangrijk dat op de nota de naam en geboortedatum van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Op de vergoeding brengen wij een eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Verzoek

- Spaar uw nota's niet op. Stuur ze direct naar ons door.
- Voeg de originele nota('s) bij een declaratieformulier. Kopieën, duplicaten en betalingsherinneringen nemen wij niet in behandeling.
- U ontvangt uw originele nota's niet terug. Wij raden u aan een kopie te maken voor uw eigen administratie.
- Maak voor de verzending gebruik van de retourenvelop. Hebt u geen retourenvelop ontvangen? Stuur uw declaratie dan naar het adres dat u voorin deze voorwaarden vindt."

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, hebt u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- medisch inhoudelijke factoren;
- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, houden wij geen rekening met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen brengen wij later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande toestemming is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten?

Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen.

Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan.

Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. U kunt uw aanvraag dan ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.10. Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van Gewoon ZEKUR Zorg plaatsvindt. Als een behandeling in 2 kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van Gewoon ZEKUR Zorg.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.11. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering of de AWBZ, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

1.12. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg.

De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan hebt u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een grootschalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald.

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

ARTIKEL 2. ALGEMENE BEPALINGEN**2.1. Grondslag van de verzekering**

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven.

Na het sluiten van Gewoon ZEKUR Zorg, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. Werkgebied

Gewoon ZEKUR Zorg staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland of in het buitenland.

ZEKUR van Univé is een landelijk werkende verzekeraar. Zolang u verzekeringsplichtig bent, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een in het buitenland wonende verzekeringsplichtige heeft recht op deze verzekering.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden. Het gaat om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- premiebijlage;
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders ZEKUR
- Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg;
- Reglement farmaceutische zorg ZEKUR;
- Reglement hulpmiddelen ZEKUR;
- overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht vrijstelling eigen risico;
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastischchirurgische aard;
- Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling;
- CONO-beroepenschema.

U vindt deze documenten op onze website.

2.4. Fraude

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) kunnen ook worden beëindigd. U kunt in dat geval gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

2.5. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. Uw persoonsgegevens gebruiken wij:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst;
- voor het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties;
- voor onderzoek onder verzekerden of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude).

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op onze website.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist, www.stichtingcis.nl.

Vanaf de ingangsdatum van Gewoon ZEKUR Zorg mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de zorgverzekering te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw Gewoon ZEKUR Zorg sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen.

E-mail

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van Gewoon ZEKUR Zorg hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Interpretatie

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetsgeschiedenis bepalend.

2.10. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op Gewoon ZEKUR Zorg, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. In geval van strijdigheid van het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde met de bepalingen van deze overeenkomst, gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet voor.

2.11. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 3. PREMIE

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een in de collectieve overeenkomst overeengekomen collectiviteitskorting.

De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. U vindt de premiebijlage op onze website.

De voor u geldende premiegrondslag en premiekortingen vindt u op uw polisblad.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premiegrondslag.

3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is de premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

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

3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

3.4.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.4.2. U betaalt de premie op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen. Voor betaling per acceptgiro brengen wij kosten in rekening. U betaalt dan per acceptgiro € 1,50. Dit zijn administratiekosten die gemaakt worden voor het in stand houden, vervaardigen, aanbieden en verwerken van een acceptgiro. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd. Ook dan betaalt u per papieren acceptgiro € 1,50.

3.4.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen. Ook verleent u toestemming aan uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig onze opdrachten. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.5. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

3.6. Niet-tijdig betalen

- 3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet tijdige betaling Gewoon ZEKUR Zorg te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.6.2. Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.
- 3.6.3. Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of kosten, hoeven wij u bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.6.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.
- 3.6.5. Als wij de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.6.6. Als u een betalingsachterstand hebt van 2 maandpremies, bieden wij u als verzekeringnemer uiterlijk 10 werkdagen nadat wij deze betalingsachterstand hebben vastgesteld een betalingsregeling aan. Deze betalingsregeling bestaat ten minste uit:
- uw machtiging voor automatische incasso van nieuwe verschuldigde premie, of;
 - uw opdracht aan uw werkgever, pensioenfonds, uitkeringsinstantie of een andere derde van wie u periodieke betalingen ontvangt, om namens u als verzekeringnemer de nieuwe verschuldigde premies rechtstreeks aan ons te betalen;
 - afspraken over de wijze waarop u uw schulden, inclusief rente- en incassokosten, aan ons betaalt en binnen welke termijnen;
 - onze toezegging dat wij uw zorgverzekering niet beëindigen, schorsen of opschorten zolang u uw machtiging of opdracht tot betaling zoals opgenomen onder a niet intrekt en de afspraken zoals opgenomen in de betalingsregeling nakomt.

Wij geven u 4 weken de tijd om ons aanbod voor een betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies; zie artikel 3.6.8.

Het kan ook zijn dat u een ander hebt verzekerd voor een zorgverzekering bij ons. In dat geval nemen wij in ons aanbod voor een betalingsregeling ook een bereidverklaring tot opzegging van deze verzekering op met ingang van de dag waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:

- de verzekerde zich uiterlijk met ingang van dezelfde dag op grond van een andere zorgverzekering heeft verzekerd;
- en de verzekerde de machtiging of opdracht tot betaling zoals omschreven onder a heeft afgegeven als de nieuwe zorgverzekering ook bij ons is gesloten.

Wij sturen deze verzekerde een kopie van alle in dit artikel genoemde stukken op hetzelfde moment dat de stukken aan u als verzekeringnemer worden gestuurd.

- 3.6.7. a. Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 4 maandpremies, delen wij u mee dat wij u bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zullen aanmelden zoals opgenomen in artikel 3.6.8. Als de zorgverzekering voor een ander is gesloten, zullen wij deze verzekerde informeren.
- b. U of de verzekerde kunt ons uiterlijk binnen 4 weken laten weten het bestaan of de hoogte van de schuld te betwisten. Als wij uw betwisting tijdig hebben ontvangen, zullen wij een onderzoek instellen. Als wij u meedelen dat wij ons standpunt handhaven, kunt u binnen 4 weken een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijke rechter voorleggen.
- c. Als de betalingsregeling zoals opgenomen in artikel 3.6.6 ingaat nadat er een betalingsachterstand van 4 maandpremies is ontstaan sturen wij u geen mededeling zoals vermeld onder a zolang u de nieuwe premies voldoet.

- 3.6.8. Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 6 of meer maandpremies, melden wij u aan bij het CVZ. Na de aanmeldingsbevestiging van het CVZ, bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie aan het CVZ te betalen. Het CVZ int deze premie totdat u alle verschuldigde bedragen inclusief rente- en incassokosten hebt betaald. Wij melden u niet aan bij het CVZ als:
- u de premieachterstand tijdig hebt betwist en wij ons standpunt nog niet aan u hebben meegedeeld;
 - u binnen 4 weken nadat wij u hebben meegedeeld ons standpunt te handhaven en de premieschuld te zullen melden aan het CVZ, het geschil hebt voorgelegd aan de SKGZ of burgerlijke rechter en zolang er op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - als u zich hebt aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoonbaar dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden hebt gesloten.
- Onderdeel van de melding bij het CVZ vormt onze verklaring dat wij artikel 18b en het tweede lid van artikel 18c Zorgverzekeringswet in acht hebben genomen.
- 3.6.9. Wij stellen u en het CVZ meteen op de hoogte van de datum waarop:
- de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden volledig zijn voldaan of tenietgaan;
 - de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet op u van toepassing heeft verklaard;
 - u gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waarin wij deelnemen.
- De plicht om de bestuursrechtelijke premie aan het CVZ te betalen, eindigt met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de data zoals hierboven vermeld. Vanaf dit moment herleeft uw plicht om de premie aan ons te betalen.
- 3.6.10. U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18d, eerste lid, of 18e Zorgverzekeringswet.

ARTIKEL 4. OVERIGE VERPLICHTINGEN

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van Gewoon ZEKUR Zorg;
- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op de verzekerde zorg schorsen.

ARTIKEL 5. WIJZIGING PREMIE(GRONDSLAG) EN VOORWAARDEN

5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van Gewoon ZEKUR Zorg op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren.

Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van Gewoon ZEKUR Zorg in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zorgverzekeringswet gestelde regels.

ARTIKEL 6. BEGIN, DUUR EN BEËINDIGING VAN GEWOON ZEKUR ZORG

6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Door een zorgverzekering bij ons aan te vragen, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Als u verzekeringsplichtig bent en in afwachting bent van afgifte van een BSN, kunt u als verzekerde worden ingeschreven.
- 6.1.2. Het is mogelijk dat wij niet uit uw aanvraag kunnen afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. Gewoon ZEKUR Zorg gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.
- 6.1.3. Als u al een andere zorgverzekering hebt op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, gaat Gewoon ZEKUR Zorg in op de door u aangegeven latere datum.
- 6.1.4. Als 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. U moet zich dan binnen 1 maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.
- 6.1.5. Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, gaat Gewoon ZEKUR Zorg in op de dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Voorbeeld

U bent verplicht uw kind binnen 4 maanden na de geboorte te verzekeren, zodat uw kind vanaf de datum van geboorte is verzekerd.

- 6.1.6. De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringsplicht. Wij zijn niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of voor een verzekeringsplichtige die al verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet.

6.2. Einde van rechtswege

Gewoon ZEKUR Zorg eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- ZEKUR van Univé door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet-tijdig meedeelt en wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, zullen wij deze kosten bij u (terug)vorderen.

Als wij vaststellen dat Gewoon ZEKUR Zorg is geëindigd, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.3.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt Gewoon ZEKUR Zorg schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw Gewoon ZEKUR Zorg opzeggen op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt Gewoon ZEKUR Zorg tussentijds schriftelijk opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u Gewoon ZEKUR Zorg opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- bij premie- en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- als u bij ons deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever.

U kunt de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indienstreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indienstreding.

6.3.3. U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.1 en 6.3.2 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

6.3.4. U kunt Gewoon ZEKUR Zorg niet opzeggen als er sprake is van een betalingsachterstand en wij u hiervoor een aanmaning hebben gestuurd. U kunt Gewoon ZEKUR Zorg wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken uw opzegging bevestigen.

6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen Gewoon ZEKUR Zorg schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang Gewoon ZEKUR Zorg opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Bewijs van einde

Als Gewoon ZEKUR Zorg eindigt, ontvangt u een bewijs van einde met de volgende informatie:

- naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop Gewoon ZEKUR Zorg eindigt;
- of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

Als de verzekeringsplicht is geëindigd, wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het College voor zorgverzekeringen (CVZ) op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens u heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- a. u kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het CVZ binnen 2 weken aantoonst dat u al een zorgverzekering hebt gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CVZ u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- b. wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig bent;
- c. u kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzegmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3.

ARTIKEL 7. VERPLICHT EIGEN RISICO**7.1. Hoogte verplicht eigen risico**

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 360 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.
Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;
- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (zogenaamde zorgprogramma's). Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);
- verloskundige zorg en kraamzorg.
Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, prenatale diagnostiek of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;
- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg ZEKUR. Houdt u er rekening mee dat de terhandstellingskosten niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico;
- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het leveren van drinkvoeding (dieetpreparaten), voor zover zij de door ons als voerkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen leveren zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg ZEKUR;
- hulpmiddelen in bruikleen;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 20, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen.

Deze informatie is opgenomen in het Overzicht vrijstelling eigen risico. U vindt dit overzicht op ZEKUR.nl/documenten.

Bijzonder bij Gewoon ZEKUR Zorg van Univé is dat de kosten van de anticonceptiepillen geleverd door een specifiek voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder voor verzekerden tot 21 jaar buiten het verplicht eigen risico vallen. Zie voor meer informatie ZEKUR.nl.

7.4. Berekeningswijze hoogte verplicht eigen risico

Als Gewoon ZEKUR Zorg niet start of eindigt op 1 januari, dan wordt het eigen risico als volgt berekend:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de Gewoon ZEKUR Zorg loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

Gewoon ZEKUR Zorg loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het eigen risico is: € 360 x 30 gedeeld door 365 is € 29,59 en wordt afgerond op € 30.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

ARTIKEL 8. VRIJWILLIG EIGEN RISICO**8.1. Varianten vrijwillig eigen risico**

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen uit een Gewoon ZEKUR Zorg met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100 en € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting zijn vermeld op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico is van toepassing op dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

8.3. Berekeningswijze hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als Gewoon ZEKUR Zorg niet start of eindigt op 1 januari, dan wordt het vrijwillig eigen risico als volgt berekend:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de Gewoon ZEKUR Zorg loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

U hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. Gewoon ZEKUR Zorg loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar bestaat uit 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 360 x 30 gedeeld door 365 is € 29,59 en wordt afgerond op € 30. Het totale eigen risico bedraagt € 38 (€ 30 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

8.3.2. Als Gewoon ZEKUR Zorg niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:

- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is;
- de som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
- de uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk doorgeven.

8.5. Berekening vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het te dragen vrijwillig eigen risicobedrag is dezelfde bepaling van toepassing als genoemd in artikel 7.5.

ARTIKEL 9. BUITENLAND**9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland**

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet-tijdig kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas is de EHIC afgedrukt. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, hebt u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. De EHIC is ook geldig als u naar Australië gaat. In Australië hebt u hiermee recht op spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten van een behandeling in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd.

Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met de ZEKUR Alarmcentrale. telefoonnummer: +31 40 297 57 60 (+= internationaal toegangsnummer). Het telefoonnummer vindt u ook op uw zorgpas.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

ARTIKEL 10. KLACHTEN EN GESCHILLEN

10.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

10.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

10.1.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

10.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig).

10.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

II. Zorgartikelen

GENEESKUNDIGE ZORG

ARTIKEL 11. HUISARTSENZORG

Omschrijving

U hebt recht op:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken, preconceptiezorg (kinderwensconsult) en voetzorg als u diabetes mellitus type 1 of 2 hebt.

Onder begeleiding bij het stoppen met roken wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

- korte behandelingen, zoals eenmalige korte stopadviezen;
- intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel).

Onder preconceptiezorg (kinderwensconsult) wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

- adviezen over gezonde voeding;
- advies over inname van foliumzuur;
- advies over inname van vitamine D;
- adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
- adviezen over geneesmiddelengebruik;
- adviezen over behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
- adviezen over infectieziekten en vaccinaties;
- het opsporen van risico's aan de hand van uw ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling als u (nog) niet zwanger bent.

Onder de genoemde voetzorg bij diabetes mellitus wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

- jaarlijkse voetcontrole die bestaat uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;
- meer frequent gericht voetonderzoek inclusief de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standsafwijkingen met een matig verhoogd (Simm's 1) of een hoog risico op ulcera (Simm's 2 en 3);
- behandeling van risicofactoren als u een matig verhoogd of een hoog risico hebt op ulcera (zweren);
- advisering over adequaat schoeisel.

Deze zorg omvat geen voetverzorging. Met voetverzorging wordt bedoeld de verzorgende handelingen zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het recht afknippen van nagels om ingroeien te voorkomen.

Voetzorg als onderdeel van een zorgprogramma

Wanneer u diabetes mellitus type 2 hebt en u ontvangt hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12, dan wordt de voetzorg gerelateerd aan deze aandoening via dit zorgprogramma geleverd. In dat geval hebt u geen recht op de in dit artikel omschreven voetzorg.

2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover wij met uw huisarts afspraken hebben gemaakt.

Voorbeelden van deze zorg zijn:

- (kleine) chirurgische verrichtingen;
- ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
- longfunctiemeting (spirometrie);
- dopplersonderzoek (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders);
- MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus);
- audiometrie (onderzoek van het gehoor);
- het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel.
Bent u 21 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel;
- het inspuiten van spataderen (varices sclerosering);
- therapeutische injecties.

Wie mag de zorg verlenen

Huisarts of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, verpleegkundige, maatschappelijk werker, nurse practitioner (NP), physician assistant (PA) of praktijkondersteuner (GGZ).

De voetzorg zoals genoemd onder omschrijving, punt 1, mag ook worden verleend door:

- een medisch pedicure of pedicure met een aantekening Diabetische voet die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister voor de pedicure (KRP) van ProCert, of;
- een podotherapeut, aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de voetzorg worden verleend

De voetzorg zoals genoemd onder omschrijving, punt 1, mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

Voor het recht op voetzorg als onderdeel van:

1. het zorgprogramma diabetes mellitus type 2, zie artikel 12, Zorgprogramma's;
2. medisch specialistische zorg, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg.

ZEKUR Gezondheidslijn

Hebt u een vraag over uw gezondheid, dan kunt u daarvoor terecht bij uw huisarts, maar u kunt ook de ZEKUR Gezondheidslijn bellen. De ZEKUR Gezondheidslijn is een medische advieslijn. U overlegt telefonisch met een ervaren verpleegkundige. Met behulp van een aantal gerichte vragen bepaalt deze verpleegkundige de ernst van uw klachten en geeft u vervolgens een advies. Dit gebeurt eventueel in samenspraak met een huisarts. Dit advies kan variëren van een zelfzorgadvies ('u kunt het beste een paracetamol nemen') tot 'ga direct naar de huisarts'. De ZEKUR Gezondheidslijn is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar voor gezondheidsadvies. Kijk voor het telefoonnummer op onze website.

Als u 18 jaar of ouder bent en u schrijft zich in bij één van de geselecteerde huisartsenpraktijken in Amsterdam, bent u vrijgesteld van het verplicht eigen risico van € 360,- voor medisch specialistische zorg (artikel 14) van de voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder in Amsterdam en levering van geneesmiddelen (artikel 31) door de voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder. Meer informatie vindt u op ZEKUR.nl.

ARTIKEL 12. ZORGPROGRAMMA'S (KETENZORG)

Omschrijving

U hebt recht op een van de volgende zorgprogramma's (ketenzorg):

1. diabetes mellitus type 2;
2. COPD (chronisch obstructieve longziekte; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem), of;
3. CVRM (cardiovasculair risicomanagement).

De inhoud van deze zorgprogramma's is vastgesteld volgens de beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg.

Zorgprogramma's (ketenzorg)

Zorgprogramma's zijn speciaal ontwikkeld om de zorg voor chronisch zieken kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren. Het doel van deze aanpak is dat zorgaanbieders nauwer met elkaar samenwerken, zodat de zorg die u als patiënt nodig hebt beter wordt afgestemd tussen de verschillende zorgaanbieders.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorggroep of een door de zorggroep gecontracteerde zorgaanbieder zoals een diëtist, podotherapeut of pedicure. Gaat u voor een van de genoemde zorgprogramma's naar een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd door de zorggroep, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Een lijst van gecontracteerde zorggroepen, de vergoedingsmogelijkheden, welke zorgprogramma's zijn vrijgesteld van het verplicht en vrijwillig eigen risico en de zorgstandaarden vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van de zorg verleend door de individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen.

Bijzonderheden

Medisch specialistische zorg valt niet onder het zorgprogramma (de ketenzorg). Voor het recht op deze zorg, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg.

ARTIKEL 13. VERLOSKUNDIGE ZORG EN KRAAMZORG

13.1. Verloskundige zorg

Omschrijving

U hebt recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- preconceptiezorg (kinderwensconsult):
als u een kindereens hebt, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- counseling:
als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, hebt u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weken echo;

- combinatietest:
u kunt met de combinatietest laten onderzoeken hoe groot de kans is op een kind met Downsyndroom. De combinatietest bestaat uit 2 onderzoeken:
 1. een bloedonderzoek tussen week 9 en 14 van de zwangerschap;
 2. de nekplooiemeting via een echo, die gemaakt wordt tussen week 11 en 14 van de zwangerschap.
 U hebt recht op de combinatietest als u een medische indicatie hebt of als u 36 jaar of ouder bent;
- twintig-weeken echo (SEO):
met de twintig-weeken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Wie mag de zorg verlenen

Verloskundige of huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde.

De combinatietest en de twintig-weeken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning volgens de WBO nodig om het onderzoek uit te voeren. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Welke verloskundige zorg is opgenomen in Gewoon ZEKUR Zorg ?	
Omschrijving	Opgenomen in Gewoon ZEKUR Zorg ?
Bevalling thuis	Ja
Verblijfskosten in geval van een bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum	€ 200 per dag (€ 233 minus € 33 voor de eigen bijdrage kraamzorg). In het rekenvoorbeeld dat opgenomen is in artikel 13.2, Kraamzorg, vindt u hoe dit bedrag is opgebouwd.
Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum	Ja
<p>Medische noodzaak Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent zal in overleg met u nagaan of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.</p> <p>Let op Verblijfskosten worden alleen vergoed als u bevalt in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum.</p> <p>Het bedrag dat voor uw eigen rekening komt, krijgt u wel vergoed als u de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van de aanvullende verzekering.</p>	

Bijzonderheden

Voor het recht op verloskundige zorg verleend door een gynaecoloog, zie artikel 14, medisch specialistische zorg.

13.2. Kraamzorg

Omschrijving

U hebt recht op verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Wie mag de zorg verlenen

Gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige.

Let op:

wij hebben voor kraamzorg thuis met een beperkt aantal zorgaanbieders contracten gesloten. Op ZEKUR.nl/zorgvinder vindt u informatie hoe u zich kunt aanmelden voor kraamzorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij specifiek voor Gewoon ZEKUR Zorg voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 4,10 per uur voor kraamzorg thuis;
- € 16,50 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een geboortecentrum, een ziekenhuis of andere instelling, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief dat het door ons gecontracteerde geboortecentrum, het ziekenhuis of andere instelling in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 116,50 per dag voor zowel moeder als kind.

Rekenvoorbeeld

Als u in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum bevalt zonder dat dit medisch noodzakelijk is, hebt u voor de verblijfskosten recht op de volgende vergoeding voor moeder en kind samen:

Maximale vergoeding is 2 x € 116,50 is:	€ 233 per dag
Af: Eigen bijdrage is 2 x € 16,50 is:	€ 33 per dag

Vergoeding vanuit Gewoon ZEKUR Zorg is:	€ 200 per dag
---	---------------

Dit betekent dat u het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 200 per dag zelf moet bijbetalen.

Let op

Verblijfskosten worden alleen vergoed als u bevalt in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum.

Bijzonderheden

1. Wij stellen het aantal te realiseren zorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U hebt recht op ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen. Het kraamcentrum indiceert de benodigde uren. U vindt dit protocol op onze website.
2. Voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengen wij het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering op het aantal geïndiceerde kraamzorguren.

3. Als meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kraamzorg in rekening brengen, dan hebt u ook op deze dubbele dag recht op kraamzorg.

Let op

Vraag kraamzorg ten minste 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag tijdig kan worden verwerkt.

Welke kraamzorg is opgenomen in Gewoon ZEKUR Zorg?	
Omschrijving	Opgenomen in uw Gewoon ZEKUR Zorg?
Kraamzorg thuis	Maximaal 10 dagen. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,10 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis of in een geboortecentrum bij een bevalling zonder medische noodzaak	Maximaal 10 dagen. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 16,50 per dag voor moeder en kind. Naast deze eigen bijdrage, moet u voor de verblijfskosten het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief van het ziekenhuis of het gecontracteerde geboortecentrum, en de maximale vergoeding van € 116,50 per dag. Dit betekent dat u voor moeder en kind samen recht hebt op een vergoeding van maximaal € 200 per dag (€ 233 minus € 33 per dag). In het rekenvoorbeeld dat opgenomen is in dit artikel, vindt u hoe dit bedrag is opgebouwd.
Kraamzorg in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum bij een bevalling met medische noodzaak	Ja
<p>Medische noodzaak Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent zal in overleg met u nagaan of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.</p> <p>Let op Verblijfskosten worden alleen vergoed als u bevalt in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum. Het bedrag dat voor uw eigen rekening komt, krijgt u mogelijk wel vergoed als u de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van de aanvullende verzekering.</p>	

ARTIKEL 14. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al hebt besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten (klachten waar geen duidelijke oorzaak voor gevonden kan worden) met toepas-

sing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, als u deelneemt aan het onderzoek dat door Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw) wordt gefinancierd;

- behandeling van therapieresistente hypertensie (verhoogde bloeddruk) met toepassing van percutane renale denervatie als u deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie als u deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)';
- behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose als u deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn als u deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg.

U hebt recht op deze zorg als:

- alle zorg plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van uw medisch specialist, en/of;
- de medisch specialist de enige is die wijzigingen in de behandeling kan aanbrengen, en/of;
- het gaat om handelingen die tot het specifieke zorgarsenaal van de medisch specialist behoren en waarvoor de medisch specialist in de regel opdracht geeft.

Deze zorg omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg (zorg in de laatste levensfase);

- begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder worden eenmalige korte stopadviezen verstaan.

U hebt geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op circumcisie;
- e. behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- f. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatie-poging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar hebt bereikt.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Let op:

Wij sluiten voor medisch specialistische zorg met een beperkt aantal zorgaanbieders contracten. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op ZEKUR.nl/zorgvinder.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij specifiek voor Gewoon ZEKUR Zorg voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Als u wordt doorverwezen door een medisch specialist die voor Gewoon ZEKUR Zorg is gecontracteerd naar een andere medisch specialist die gecontracteerd is voor Univé, hebt u ook recht op zorg. Nadere uitleg vindt u op ZEKUR.nl/zorgvinder.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg hebt u voorafgaande toestemming nodig?

U hebt voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze voorafgaande toestemming nodig.

Om welke behandelingen gaat het?

Oogheelkunde: refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglidcorrecties.

KNO-heelkunde: oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.

Heelkunde: gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.

Dermatologie: Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming hebt.

Let op

Het recht op behandelingen van plastisch-chirurgische aard is geregeld in artikel 19, Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

Voor deze behandelingen moet u altijd vooraf toestemming aanvragen, met een toelichting van uw behandelend medisch specialist.

Bijzonderheden

1. De apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten vallen onder hulpmiddelen, zie artikel 33, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2. Meer informatie over thuisdialyse vindt u op onze website.
3. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
4. Voor het recht op:
 - medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg;
 - zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 24, Gespecialiseerde GGZ;
 - mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 29, Tandheelkundige zorg en kaakchirurgie.

ARTIKEL 15. REVALIDATIE

15.1. Revalidatie

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor u 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 die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- de quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatie-arts worden uitgevoerd.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

15.2. Geriatrische revalidatie

Omschrijving

Uw recht op geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

U hebt maximaal 6 maanden recht op geriatrische revalidatie. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

U hebt alleen recht op deze zorg als:

1. de zorg aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 34, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en;
2. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering.

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medisch-specialistische behandeling ondergaan. Bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte of botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstelmogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Doel is om hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie en maatschappelijk te blijven deelnemen.

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

ARTIKEL 16. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK**Omschrijving**

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook adviesing plaatsvinden.

Wie mag de zorg verlenen

Centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts of medisch specialist.

ARTIKEL 17. IN-VITROFERTILISATIE (IVF) EN OVERIGE FERTILITEITSBEVORDERENDE BEHANDELINGEN**17.1. In-vitrofertilisatie (IVF)****Omschrijving**

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als u 42 jaar of jonger bent. Als u bent gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden voor rekening van uw zorgverzekering. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan hebt u alleen recht op de eerste en tweede IVF-poging als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b. het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- d. het een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, behoort het terugplaatsen daarvan niet meer tot dezelfde poging.

Wanneer hebt u opnieuw recht op 3 IVF-pogingen?

Na een doorgaande (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet ontstaan met IVF, ontstaat opnieuw recht op 3 pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste infertiliteit (onvruchtbaarheid). Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op een IVF-behandeltraject van 3 pogingen, als er sprake is van gezamenlijke infertiliteit.

Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. U hebt geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie.

IVF in het buitenland

Of u in aanmerking komt voor IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden.

Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

17.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg wordt ook begrepen kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Bent u een vrouw van 43 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op fertiliteitsbevorderende behandelingen.

Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog of uroloog.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts of medisch specialist.

ARTIKEL 18. AUDIOLOGISCHE ZORG

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

Het recht op gehoorapparatuur is geregeld in artikel 33, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.

ARTIKEL 19. PLASTISCHE EN/OF RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

U hebt geen recht op:

- a. behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;

- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Informatie over behandelingen van plastisch-chirurgische aard.

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u meer informatie over deze zorg. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). U vindt deze werkwijzer op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen.

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

ARTIKEL 20. TRANSPLANTATIE VAN WEEFSELS EN ORGANEN

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat.

Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan hebt u alleen recht op deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten worden niet vergoed.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

ARTIKEL 21. DYSLEXIEZORG

Omschrijving

Het recht op dyslexiezorg in verband met ernstige dyslexie bestaat alleen voor kinderen van 7 jaar of ouder die basisonderwijs volgen. Onder deze zorg wordt verstaan het diagnosticeren en behandelen van deze kinderen met ernstige dyslexie volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol is een leidraad voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van cliënten met ernstige dyslexie met als doel het beschrijven van de optimale zorg voor cliënten met ernstige dyslexie, gebaseerd op de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten.

Wanneer is sprake van ernstige dyslexie?

Er is sprake van ernstige dyslexie als het gaat om een ernstige specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die erfelijk is bepaald. Dit is een stoornis in de hersenen, waarbij bepaalde zenuwprikkels onvoldoende worden doorgegeven. Deze stoornis is te onderscheiden van andere lees- en spellingsproblemen.

U hebt alleen recht op de diagnostiek als deze volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling plaatsvindt. Ook moet de school er alles aan hebben gedaan wat volgens het Protocol Leesproblemen en Dyslexie nodig is. Het onderzoek moet uitwijzen of er daadwerkelijk sprake is van ernstige dyslexie, een lichtere vorm van lees- en spellingsproblemen, of juist een meer complexe problematiek. Als vastgesteld wordt dat er géén sprake is van ernstige dyslexie, dan komen de kosten van de diagnostiek wel voor vergoeding in aanmerking, maar de kosten voor behandeling niet.

U vindt het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of gezondheidszorgpsycholoog. De zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. De eindverantwoordelijkheid van de dyslexiezorg is in handen van de gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist.

De gezondheidszorgpsycholoog moet zijn ingeschreven in het Register van het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) of moet het keurmerk Kwaliteitsregister Dyslexie hebben.

De kinder- en jeugdpsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Leerkracht, remedial teacher, logopedist of andere leesspecialist verbonden aan de basisschool van het kind, met daarbij een onderwijskundig rapport waarin staat dat het kind 3 tot 6 maanden schoolse hulp heeft gehad voor dyslexie. Bij dit rapport moet ook een toelichting worden opgenomen waarin aangegeven wordt dat op basis van het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is vastgesteld dat verdere diagnostiek noodzakelijk is.

Het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is een handreiking voor leerkrachten, remedial teachers, logopedisten en andere leesspecialisten van de groepen 1 tot en met 4. Doel van dit protocol is een zo goed mogelijke begeleiding van leerlingen met (dreigende) leesproblemen.

ARTIKEL 22. STOPPEN-MET-ROKENPROGRAMMA

Omschrijving

U hebt recht op zorg volgens het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma houdt in: de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg. Ook hebt u recht op geneesmiddelen als deze worden voorgeschreven als onderdeel van het programma, ter ondersteuning van gedragsverandering. U kunt het programma volgen in een groep of individueel.

Het doel van het programma is dat u stopt met roken. U kunt maximaal 1 keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

Wie mag de zorg verlenen

Zorgaanbieders die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

De geneesmiddelen mogen alleen worden geleverd door de Nationale Apotheek. Meer informatie over de Nationale Apotheek vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Of gaat u voor de geneesmiddelen naar een apotheker of apothekhoudend huisarts waarmee wij voor deze geneesmiddelen geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

ARTIKEL 23. GENERALISTISCHE BASIS GGZ

Omschrijving

U hebt recht op generalistische basis GGZ zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Op basis van de zwaarte van uw zorgvraag, stelt uw behandelaar vast op welke van de volgende integrale prestaties u recht hebt:

1. Basis GGZ Kort (BK);
2. Basis GGZ Middel (BM);
3. Basis GGZ Intensief (BI);
4. Basis GGZ Chronisch (BC).

Als uw behandeling al gestart is in 2013, is het mogelijk dat een transitieprestatie in rekening wordt gebracht.

U hebt geen recht op:

- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen.

Onder generalistische basis GGZ wordt ook niet verstaan:

- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen waaronder dyslexie. U hebt wel recht op behandeling van ernstige dyslexie, zie artikel 21, Dyslexiezorg;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- bepaalde interventies (psychoanalyse, neurofeedback, deep brain stimulation en transcranial magnetic stimulation);
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen;
- intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater, verpleegkundig specialist GGZ of gezondheidszorgpsycholoog. De verpleegkundig specialist GGZ mag deze zorg alleen verlenen als deze werkzaam is in een zorggroep die onder meer gespecialiseerd is voor chronische GGZ.

De generalistische basis GGZ zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.

Medebehandelaren onder de eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar moeten een beroep uitoefenen uit het CONO-beroepenschema. U vindt dit beroepenschema op onze website.

De kinder- en jeugdpsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

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

Bijzonderheden

Meer informatie over de onder omschrijving genoemde transitieprestatie vindt u op onze website.

ARTIKEL 24. GESPECIALISEERDE GGZ

Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters 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.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van uw behandelaar. Uw behandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. U kunt hierbij denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

U hebt geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen waaronder dyslexie. U hebt wel recht op behandeling van ernstige dyslexie, zie artikel 21, Dyslexiezorg;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- bepaalde interventies (psychoanalyse, neurofeedback, deep brain stimulation en transcranial magnetic stimulation);
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen.

Wie mag de zorg verlenen

Psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG of klinisch geriater. De zorg in de GGZ-instelling wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. De eindverantwoordelijkheid van deze zorg is in handen van de psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. Medebehandelaren onder de eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar moeten een beroep uitoefenen uit het CONO-beroepenschema. U vindt dit beroepenschema op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

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.

PARAMEDISCHE ZORG**ARTIKEL 25. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR/MENSENDIECK****Omschrijving**

U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Jonger dan 18 jaar:

- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst;
- hebt u een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan hebt u per kalenderjaar recht op maximaal 9 behandelingen per aandoening. Als u na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, hebt u nog recht op maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening. In totaal hebt u in dit geval dus recht op maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder:

- u hebt recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.

De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst worden vermeld. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het betreft in sommige gevallen ook de behandeling van een aandoening na bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.
Om het voor u overzichtelijk te maken, volgt hieronder een schema waarin u kunt terugvinden op hoeveel zorg u recht hebt:

Omschrijving	Jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen.	9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)
Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen Let op: voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt	volledig	vanaf 21e behandeling
Uw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen.	geen vergoeding

Wie mag de zorg verlenen

Fysiotherapeut, geriatisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut.

Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

De geriatisch fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

De kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U hebt een verklaring nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist waaruit blijkt dat u behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze Lijst.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of reïntegratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

ARTIKEL 26. LOGOPEDIE

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De Hanen Oudercursus valt ook onder deze zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Logopedist.

Voor de meeste logopedische behandelingen is geen aanvullende specialisatie vereist.

De zorg die alleen mag worden verleend door een gespecialiseerde logopedist is:

- een specifieke (individuele) zitting voor patiënten met de indicatie stotteren, de indicatie preverbale logopedie en/of de indicatie afasie;
- behandeling volgens het Hanen-Ouderprogramma, of;
- de Groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren (IZS).

Stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut die is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van de logopedist of stottertherapeut of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

ARTIKEL 27. ERGOTHERAPIE

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen, tot maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen

Ergotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis.

Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

ARTIKEL 28. DIEETADVISING

Omschrijving

Uw recht op dieetadvising omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, tot maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar.

Dieetadvising als onderdeel van een zorgprogramma

Wanneer u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte) of een verhoogd cardiovasculair risico hebt en u ontvangt hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12, dan wordt de dieetadvising voor deze of gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd.

Wie mag de zorg verlenen

Diëtist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

MONDZORG

ARTIKEL 29. TANDHEELKUNDIGE ZORG EN KAAKCHIRURGIE

29.1. Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op dit onderzoek;
2. incidenteel consult;
3. tandsteen verwijderen;
4. fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit; 2 keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op deze behandeling;
5. sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen);
6. behandeling van het tandvlees (parodontale hulp);
7. verdoving (anesthesie);
8. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
9. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
10. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
11. volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen);
12. kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken;
13. chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten. U hebt alleen recht op het aanbrengen van implantaten voor de zorg omschreven onder omschrijving, punt 12;
14. röntgenonderzoek. U hebt geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, kaakchirurg, instelling voor jeugdtandverzorging, tandprotheticus of mondhygiënist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als het gaat om kronen, bruggen en implantaten zoals omschreven onder punt 12. De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

29.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

U hebt recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt. U hebt ook recht op het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;
3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

U hebt alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is.

Let op

Het ontbreken van enkele blijvende tanden of kiezen door een aanlegstoornis komt regelmatig voor. U hebt recht op bijzondere tandheelkunde als bij u ten minste 6 tanden en kiezen in aanleg ontbreken (verstandskiezen tellen niet mee).

Gebitsprothese op implantaten

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Als u een niet-uitneembare of geschroefde brug of prothese wilt op implantaten in plaats van een uitneembaar kunstgebit, dan worden de kosten hiervan niet vergoed.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, orthodontist of kaakchirurg.

Een Centrum voor bijzondere tandheelkunde is een centrum verbonden aan een ziekenhuis of universiteit voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Voor een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) in het kader van de bijzondere tandheelkunde bent u een wettelijke bijdrage verschuldigd van € 125 per kaak. Deze eigen bijdrage geldt ook voor een gebitsprothese gemaakt voor implantaten.

Verwijsbrief

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig.

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

29.3. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder**Omschrijving**

U hebt recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden.

U hebt geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties.

Wie mag de zorg verlenen

Kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

ARTIKEL 30. PROTHETISCHE VOORZIENINGEN VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER**Omschrijving**

U hebt recht op een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) voor de boven- en/of onderkaak. U hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of tandprotheticus.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten. U bent geen eigen bijdrage verschuldigd voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Toestemming

1. U hebt voorafgaande toestemming nodig als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de gebitsprothese hoger zijn dan:
 - € 675 voor een boven- of onderkaak;
 - € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen.
2. U hebt voorafgaande toestemming nodig als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen.

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Eigen bijdrage gebitsprothese

U hebt recht op een gebitsprothese (kunstgebit) voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking maar worden wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering Extra ZEKUR Zorg hebt.

U hebt recht op een implantaat voor een kunstgebit als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Kijk hiervoor in artikel 29.2. U betaalt in dit geval een eigen bijdrage van € 125 per kaak in plaats van een eigen bijdrage van 25% van de kosten.

Let op: naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

FARMACEUTISCHE ZORG**ARTIKEL 31. GENEESMIDDELEN****Omschrijving**

Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;
- eerste terhandstellingsgesprek;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

Geregistreerde geneesmiddelen:

met uitzondering van de werkzame stoffen waarvoor wij preferente geneesmiddelen hebben aangewezen, hebt u recht op levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Preferente geneesmiddelen (voorkeursgeneesmiddelen):

wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als preferente geneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg ZEKUR. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen met specifieke toedieningsweg bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met specifieke werkzame stof en specifieke toedieningsweg niet, hebt u aanspraak op de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u toch gebruik van niet-preferente geneesmiddelen, dan worden deze in principe niet vergoed. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het preferente middel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel. Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

Preferentiebeleid

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursgeneesmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg ZEKUR. Het verplicht en vrijwillig eigen risico geldt niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen.

Zelfzorgmiddelen:

u hebt recht op zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op laxemiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen:

u hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheekhoudend huisarts

Let op:

Wij sluiten voor geneesmiddelen op herhalingsrecept en de anticonceptiepil met een beperkt aantal zorgaanbieders contracten. U vindt deze zorgaanbieder(s) op ZEKUR.nl/zorgvinder. Ook vindt u hier een lijst van geneesmiddelen die niet (kunnen) worden geleverd door een voor Gewoon ZEKUR Zorg gecontracteerde zorgaanbieder. Als het betreffende geneesmiddel niet door de voor Gewoon ZEKUR Zorg gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, kan het geneesmiddel door een andere apotheker of apotheekhoudend huisarts worden geleverd, met wie Univé een contract heeft gesloten. Kijk voor meer informatie op ZEKUR.nl/zorgvinder.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij specifiek voor Gewoon ZEKUR Zorg voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Als u moet bijbetalen voor een medicijn, telt deze eigen bijdrage niet mee voor uw eigen risicobedrag. Kijk voor meer informatie op onze website. U kunt voor informatie natuurlijk ook terecht bij uw apotheker.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal van de geneesmiddelen op bijlage 2 hebt u van ons voorafgaande toestemming nodig. De geneesmiddelen waarvoor u toestemming nodig hebt, kunt u vinden in het Reglement farmaceutische zorg ZEKUR. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie.

Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wil inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de artsenverklaring rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

Bijzonderheden

1. U hebt geen recht op:
 - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - farmaceutische zorg met betrekking tot een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
 - voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
 - advies farmaceutische zelfzorg;
 - advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
 - advies ziekterisico bij reizen;
 - preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
2. Geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 5 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.
3. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Anticonceptiemiddelen

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing. De anticonceptiepil moet geleverd worden door een specifiek voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder. De anticonceptiepil geleverd door een specifiek voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder is vrijgesteld van het verplicht eigen risico. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage komt wel voor uw rekening. Wordt de anticonceptiepil geleverd door een andere apotheker of apotheekhoudend huisarts? Dan ontvangt u een vergoeding volgens de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders ZEKUR 2014. Hebt u een aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg? Dan krijgt u ook de wettelijke eigen bijdrage voor uw anticonceptiepil vergoed, als deze wordt geleverd door een specifiek voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder.

Bent u 21 jaar of ouder? U hebt alleen recht op anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede).

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanostaafje door de huisarts of medisch specialist.

De aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg vergoedt anticonceptiemiddelen inclusief de wettelijke eigen bijdrage geleverd

U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg ZEKUR op onze website.

ARTIKEL 32. DIEETPREPARATEN

Omschrijving

U hebt recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

U hebt alleen recht op deze dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- b. lijdt aan een voedselallergie;

- c. lijdt aan een resorptiestoornis;
- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- e. daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Voorkeursdrinkvoeding (voorkeursproducten)

Wij kunnen voor enkele groepen drinkvoeding waarop u recht hebt op basis van dit artikel, voorkeursproducten selecteren. Het gaat om de volgende groepen drinkvoeding:

- energieverrijkt en laag eiwit;
- energieverrijkt middel eiwit;
- energie- en eiwitverrijkt;
- energieverrijkt met vezel.

Er is dan voorkeur voor lager geprijsde drinkvoeding (van bepaalde fabrikant en/of merk).

U vindt de door ons geselecteerde drinkvoeding in het Reglement farmaceutische zorg ZEKUR. Wij kunnen de lijst met geselecteerde drinkvoedingen (voorkeursproducten) op ieder moment wijzigen.

U ontvangt hierover van ons informatie. U hebt recht op de drinkvoeding zoals vermeld op het recept (voorschrift).

Uw voordeel

Gaat u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder en gebruikt u de door ons geselecteerde voorkeurs drinkvoeding, dan hebt u een voordeel. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden dan namelijk niet.

Wie mag de dieetpreparaten leveren

Apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kunt u alleen terecht bij Linde Homecare en Mediq Tefa.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op: gaat u voor sondevoeding naar een andere (zorg)aanbieder dan Linde Homecare of Mediq Tefa? Dan hebt u geen recht op vergoeding. Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.

Recept (voorschrift)

Diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan uw arts of diëtist een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts of diëtist ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw zorgaanbieder beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw zorgaanbieder wilt inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de artsenverklaring rechtstreeks naar ons te (laten) sturen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op dieetproducten.

Dieetproducten (geen vergoeding)

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten worden niet vergoed.

HULPMIDDELENZORG**ARTIKEL 33. HULPMIDDELEN EN VERBANDMIDDELEN****Omschrijving**

U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen ZEKUR hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. Sommige groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen ZEKUR opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen ZEKUR vindt u de volgende informatie:

- of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;
- of u voorafgaande toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten, kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren

Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden. In het Reglement hulpmiddelen ZEKUR vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

IncontinentieZorgService voor vrouwen

Met deze service kunt u, onder begeleiding van een continëntieverpleegkundige, eenvoudig en in korte tijd zelf een belangrijke stap zetten naar een mogelijke oplossing voor ongewild urineverlies.

Na het invullen van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een digitale vragenlijst, ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen. De digitale vragenlijst vindt u op: www.incontinentiezorgservice.nl. Vervolgens kunt u gebruikmaken van persoonlijke begeleiding door een continëntieverpleegkundige. De zorg wordt aan huis geleverd.

De kosten van de IncontinentieZorgService en de persoonlijke begeleiding komen ten laste van uw zorgverzekering. De kosten hiervan worden in mindering gebracht op het verplicht en/of vrijwillig eigen risico van de zorgverzekering.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een bruikleenhulpmiddel? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 80% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij zouden hebben betaald voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen ZEKUR voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Verwijsbrief

In het Reglement hulpmiddelen ZEKUR kunt u terugvinden voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig hebt. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

U hebt voor de eerste aanschaf van een hulpmiddel of verbandmiddel altijd voorafgaande toestemming nodig. Wij beoordelen of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Hierbij beoordelen wij of u bent aangewezen op het hulpmiddel of verbandmiddel. Ook bekijken wij of het hulpmiddel doelmatig is en niet onnodig kostbaar. U vindt in het Reglement hulpmiddelen ZEKUR per hulpmiddel of u voor vervanging of reparatie van het hulpmiddel ook voorafgaande toestemming nodig hebt.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Uw zorgaanbieder beoordeelt voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige hulpmiddelen is afgesproken dat wij de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder uw aanvraag naar ons door.

Als u om privacyoverwegingen niet wilt dat de zorgaanbieder uw aanvraag beoordeelt, kunt u ons de aanvraag ook rechtstreeks sturen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U moet ons dan zelf voorafgaande toestemming vragen. Wilt u bij de aanvraag de offerte van het hulpmiddel en de toelichting van de voorschrijver meesturen?

Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen.

Bijzonderheden

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen hebt ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen ZEKUR op onze website.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

ARTIKEL 34. VERBLIJF

Omschrijving

U hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, gespecialiseerde GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van maximaal 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Waar mag het verblijf plaatsvinden

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, in een GGZ-instelling, of in een revalidatie-instelling die voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) deze stelt aan een instelling.

Let op:

Wij sluiten voor verblijf met een beperkt aantal zorgaanbieders contracten. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op ZEKUR.nl/zorgvinder.

Gaat u naar een instelling waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Op voorschrift van

Verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Zij stellen de medische noodzaak vast.

Bijzonderheden

Onderbrekingen van maximaal 30 dagen worden niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen bedoeld in dit artikel onder omschrijving. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

ZIEKENVERVOER

ARTIKEL 35. AMBULANCEVERVOER EN ZITTEND ZIEKENVERVOER

Omschrijving

U hebt recht op:

1. medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Tijdelijke Wet ambulancezorg over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
 - a. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
 - b. naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ gaat verblijven;
 - c. vanuit een AWBZ-instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 1b, naar:
 - een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komt;
 - een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komt;

- d. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a, b of c;

Wat wordt verstaan onder ambulancevervoer?

Ambulancevervoer is vervoer van zieken en ongevals slachtoffers en hun begeleiders met ambulance-auto's.

2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

- a. u moet nierdialyses ondergaan;
- b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
- c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
- d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

Wanneer komt u in deze situatie in aanmerking voor zittend ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?

Uw visuele handicap moet dusdanig zijn, dat u niet in staat bent om met openbaar vervoer te reizen. Dit wordt onder andere bepaald door uw visus (gezichtsscherpte) en door uw gezichtsveld. U hebt recht op zittend ziekenvervoer, als uw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer u een gezichtsveldbeperking hebt van minder dan 20 graden.

Het kan ook voorkomen dat u een combinatie hebt van een slechte visus en een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. In dat geval is een individuele beoordeling nodig, om uw recht op vervoer te kunnen beoordelen.

- e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250.

Bijvoorbeeld: u moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer. Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Wie mag het ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer verzorgen

1. Ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Zittend ziekenvervoer:
 - taxivervoerder;
 - openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;
 - eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,31 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Maakt u gebruik van een ambulance- of taxivervoerder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 96 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. U hebt geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer.

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

U kunt met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer toestemming aanvragen. Dit formulier vindt u op onze website.

Bijzonderheden

1. Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.

ZORGBEMIDDELING**ARTIKEL 36. ZORGADVIES EN BEMIDDELING****Omschrijving**

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens Gewoon ZEKUR Zorg. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via onze website. U kunt ook contact met ons opnemen op telefoonnummer 088 - 131 16 17.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet-tijdig kan worden geleverd, mag u gebruikmaken van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

III. Begripsomschrijvingen

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

AWBZ-instelling: een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen ZEKUR van Univé en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden Gewoon ZEKUR Zorg en eventueel Extra ZEKUR Zorg te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Eigen bijdrage: een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op (vergoeding van de kosten van) zorg, welke u zelf dient te dragen alvorens recht bestaat op (vergoeding van de kosten van) het resterende deel van de zorg.

Eigen risico:

1. verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat voor uw rekening blijft;
2. vrijwillig eigen risico: een door u als verzekeringnemer met ZEKUR van Univé als onderdeel van Gewoon ZEKUR Zorg overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat u voor uw rekening zal nemen.

Europese Unie en EER-lidstaat: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fraude: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.

Geboortecentrum: eerstelijns geboortecentrum voor het faciliteren van natale zorg (zorg tijdens de bevalling) en post-natale zorg (zorg die gedurende de eerste 10 dagen na de bevalling wordt verleend), waarvan het beheer en de exploitatie wordt uitgevoerd door aanbieders van eerstelijns geboortezorg. Het beheer en exploitatie van het eerstelijns geboortecentrum kan ook worden uitgevoerd door zorgaanbieders anders dan eerstelijns verloskundigen, zoals kraamzorginstanties.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instelling: instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening en als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Schriftelijk: waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens ZEKUR van Univé voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Univé: N.V. Univé Zorg, statutair gevestigd in Zwolle, KvK-nummer: 37112407. N.V. Univé Zorg is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000665. N.V. Univé Zorg is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt N.V. Univé Zorg aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Gewoon ZEKUR Zorg : een tussen ZEKUR van Univé en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland: een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaap-Verdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verzekerde: degene voor wie het risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door ZEKUR van Univé, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met ZEKUR van Univé een zorgverzekering heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Verzekeringsplichtige: degene die op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Verzekeringsvoorwaarden Gewoon ZEKUR Zorg / verzekeringsvoorwaarden: de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet van ZEKUR van Univé, variant natura

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorg: zorg of overige diensten.

Zorgpolis: de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en ZEKUR van Univé gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

Verzekeringsvoorwaarden Extra ZEKUR Zorg ingaaude 1 januari 2014

Extra ZEKUR Zorg

Naast de verplichte basisverzekering – Gewoon ZEKUR Zorg – kunt u een aanvullende verzekering sluiten: Extra ZEKUR Zorg. Kijk voor een overzicht van de vergoedingen in de inhoudsopgave. Een voordeel is dat in Extra ZEKUR Zorg standaard een Doorlopende Reisverzekering is opgenomen.

Budgetten Extra ZEKUR Zorg

Een aantal zorgvormen is gebundeld, zoals hulpmiddelen, preventie en therapieën. Voor de vergoeding van deze zorgvormen is een budget opgenomen. Een budget is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in dat budget aangegeven zorg. U hebt vrije keuze van de in het budget genoemde zorg tot het maximum bedrag van het budget. U moet daarbij uiteraard wel aan de overige verzekeringsvoorwaarden voldoen.

ZEKUR.nl

van
UNIVÉ

Veel verzekering voor weinig

Inhoudsopgave

	Bladzijde
Artikel 1 Begripsomschrijving	4
Artikel 2 Algemene bepalingen	6
2.1. Grondslag van de verzekering	6
2.2. Bedenkperiode	6
2.3. Prestatiewijze aanvullende verzekering	6
2.4. Toetredingsleeftijd	8
2.5. Mededelingsplicht	8
2.6. Aanvang, duur en einde van de verzekering	8
2.7. Betaling en schorsing	10
2.8. Wijziging premie en/of verzekeringsvoorwaarden	11
2.9. Administratiekosten	11
2.10. Informatie- en meldingsplichten	11
2.11. Bijzondere verplichtingen en vergoeding van nota's	12
2.12. Aansprakelijkheid van derden	13
2.13. Vrijwaring van aansprakelijkheid	13
2.14. Schadevergoeding	13
2.15. Overige bepalingen	14
2.16. Collectieve contracten	14
2.17. Klachten en geschillen	14
2.18. Fraude	15
2.19. Molest	16
2.20. Recht op vergoeding bij terroristische handelingen	16
Vergoedingen Extra ZEKUR Zorg	17
Uitsluitingen	34

VERGOEDINGEN Extra ZEKUR Zorg

Omschrijving	Artikel	Bladzijde
Basiszorg	3	17
Second opinion	3.1.	17
Anticonceptie	4	17
Anticonceptiemiddelen	4.1	17
Eigen bijdrage anticonceptiemiddelen	4.2	18
Alternatieve geneeswijzen (budget)	5	18
Behandelingen en consulten	5.1.	18
Homeopathische geneesmiddelen	5.2.	19
Bevalling en kraamzorg	6	19
Eigen bijdrage poliklinische bevalling	6.1.	19
Eigen bijdrage kraamzorg	6.2.	19
Buitenland	7	20
Geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf	7.1.	20
Repatriëring	7.2.	21

Hulpmiddelen (budget)	8	21
Hulpmiddelen (eigen bijdrage)	8.1.	21
Krukken	8.2.	21
Steunpessarium	8.3.	22
Steunzolen	8.4.	22
Gezichtshulpmiddelen	9	22
Brillen en contactlenzen	9.1.	22
Mondzorg	10	23
Tandheelkundige zorg	10.1.	23
Orthodontische zorg voor verzekerden tot 18 jaar	10.2.	23
Preventie (budget)	11	24
Cursus thuiszorg/patiëntenvereniging	11.1.	24
EHBO-cursus	11.2.	24
Gewichtsconsulent	11.3.	24
Gezondheidstest	11.4.	24
Griepvaccinatie	11.5.	25
Preventieve inentingen/malariapillen	11.6.	25
Reanimatiecursus	11.7.	25
Sport medisch advies	11.8.	25
Lidmaatschap patiëntenvereniging	11.9.	25
Sport en spel hartpatiënten	11.10.	26
Therapieën (budget)	12	26
Acnebehandeling	12.1.	26
Camouflagetherapie	12.2.	26
Cogmed	12.3.	27
Dieetadvisering	12.4.	27
Elektrische epilatie/laserontharing	12.5.	28
Ergotherapie	12.6.	28
Flebologie en proctologie	12.7.	28
Fysiotherapie en oefentherapie	12.8.	28
Groepsbegeleiding	12.9.	29
Herstel en Balans	12.10.	29
Herstellingsoord en zorghotel	12.11.	30
Kuurbehandeling	12.12.	30
Oedeemtherapie/lymfdrainage	12.13.	30
Pedicure	12.14.	31
Podotherapie	12.15.	31
Stottertherapie of -coaching	12.16.	31
Neurofeedback	12.17.	31
Traumaopvang	12.18.	32
Thuiszorgverstrekkings (budget)	13	32
Mantelzorgmakelaar	13.1.	32
Ronald McDonaldhuis/familiehuis	13.2.	33
Hospicezorg	13.3.	33
Sterilisatie	14	33
Sterilisatie	14.1.	33

ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVING

Univé

Univé: N.V. Univé Zorg, statutair gevestigd in Zwolle, KvK-nummer: 37112407, N.V. Univé Zorg is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandse Bank (DNB), vergunningnummer: 12000665. N.V. Univé Zorg is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt ZEKUR van Univé aangeduid met 'wij' en 'ons'.

(verder in alfabetische volgorde)

Aanvullende verzekering

Aanvullende verzekering: Extra ZEKUR Zorg inclusief Extra ZEKUR Doorlopende Reisverzekering van ZEKUR van Univé.

Adviserend tandarts

De tandarts die ons is in tandheekkundige aangelegenheden adviseert.

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts

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

Collectief contract

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen ZEKUR van Univé en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering van ZEKUR van Univé en eventueel een aanvullende verzekering te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code, die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Sinds 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Eigen bijdrage

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

Hoofdverzekering

De zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Huisarts

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

Instelling:

- een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
- een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het betreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Mantelzorg

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

Mantelzorger

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

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Techniekkosten

Kosten die verband houden met tandtechnische werkzaamheden in opdracht van de tandarts of tandarts-specialist. Onder techniekkosten wordt ook verstaan materiaal- en laboratoriumkosten horende bij alle tandheelkundige behandelingen genoemd in deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

Een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens ZEKUR wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U

Verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verzekerde

Degene ten behoeve van wie de verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van inschrijving, afgegeven door ZEKUR, is vermeld.

Verblijf

Verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verzekeringsbewijs

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

Verzekeraar

Univé: N.V. Univé Zorg.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ZEKUR van Univé is aangegaan. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Internetadres www.bigregister.nl.

Wij/ons

Met wij/ons wordt in deze verzekeringsvoorwaarden ZEKUR van Univé bedoeld.

WVG

Tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De wet regelt onder andere het wettelijk tarief dat door zorgaanbieders bij de zorgverzekeraars mag worden gedeclareerd.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hier is verblijf langer dan 24 uur toegestaan.

Zorghotel(herstellingsoord)

Een door ons gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

ARTIKEL 2 ALGEMENE BEPALINGEN

2.1. Grondslag van de verzekering

- Lid 1* De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van het ingevulde aanvraagformulier en de gegevens die daarbij afzonderlijk schriftelijk zijn verstrekt.
- Lid 2* Op deze verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- Lid 3* Schriftelijke gegevens verstrekt door de verzekerde/verzekeringnemer en onderliggende reglementen maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst, voor zover van toepassing. Het gaat hierbij om de volgende documenten:
- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
 - Reglement Farmaceutische zorg ZEKUR;
 - Reglement Hulpmiddelen ZEKUR;
 - Regeling zorgverzekering;
 - het Clausuleblad terrorismedekking;
 - overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders.
- Onderliggende reglementen vindt u op ZEKUR.nl.
- Lid 4* Wij schrijven u in het kader van de Zorgverzekeringswet op uw verzoek in voor de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg en de Univé Extra ZEKUR Doorlopende Reisverzekering, behalve het bepaalde in de volgende leden van dit artikel. In door ons te bepalen omstandigheden kunnen ook anderen worden ingeschreven.
- Lid 5* Bij gelijktijdige inschrijving voor Gewoon ZEKUR Zorg en de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg geldt geen medische beoordeling. Als aanmelding voor de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg later plaatsvindt dan de aanmelding voor Gewoon ZEKUR Zorg, vindt inschrijving voor Extra ZEKUR Zorg plaats per 1 januari van het kalenderjaar volgend op de aanvraag. Inschrijving met terugwerkende kracht is niet mogelijk.
- Lid 6* Inschrijving op de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg is alleen mogelijk als u bij ons Gewoon ZEKUR Zorg hebt afgesloten.
- Lid 7* Voor zover zij bij of krachtens de Zorgverzekeringswet niet anders zijn of worden geregeld, worden uw en onze wederzijdse rechten en verplichtingen met betrekking tot de verzekering bij of krachtens deze verzekeringsvoorwaarden geregeld.
- Lid 8* Wijziging van de verzekeringsvorm naar een minder uitgebreide dekking moet worden aangevraagd. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op de datum van de aanvraag.
- Lid 9* Geen beroep kan worden gedaan op informatie die telefonisch en mondeling is verstrekt.

2.2. Bedenkperiode

De verzekeringnemer kan bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsovereenkomst binnen veertien dagen na het sluiten van de overeenkomst, of, als dit later is, veertien dagen na ontvangst van de verzekeringsovereenkomst schriftelijk of per e-mail opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.3. Prestatiewijze aanvullende verzekering

- Lid 1* U hebt aanspraak op vergoeding van de kosten van de genoten zorg, zoals omschreven in artikel 3 tot en met 14 van de verzekeringsovereenkomst, voor zover gemaakt tijdens de duur van de verzekering.

Lid 2 Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts en fysiotherapeut. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, vindt u in het betreffende zorgartikel aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Voor een aantal vormen van zorg is sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen een lagere vergoeding of geen vergoeding als u gebruik maakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet-erkende zorgaanbieders. Dit is in het zorgartikel vermeld. Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders vindt u op ZEKUR.nl/zorgvinder. De erkende zorgaanbieders vindt u in betreffende zorgartikel.

Lid 3 U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Als u gebruik maakt van zorg die door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

Gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit vindt u in het betreffende zorgartikel. De kosten per behandeling/zitting worden vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor 2014, zoals deze voor de zorgvorm door ons overeengekomen zijn met de betreffende zorgaanbieders. De maximale vergoedingen zijn vermeld in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders ZEKUR 2014. Deze lijst vindt u op ZEKUR.nl/documenten.

Is er voor de betreffende zorg sprake van een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget dat voor het betreffende zorgartikel is vermeld.

Lid 4 Uitsluitend als de kosten niet vanuit de hoofdverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg) worden vergoed, volgt vergoeding vanuit de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg. De kosten worden slechts vergoed als zij onder de dekking van de aanvullende zorgverzekering Extra ZEKUR Zorg vallen. Kosten die met het eigen risico van de hoofdverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg) zijn verrekend worden niet uit de aanvullende verzekering vergoed. Dit geldt ook voor kosten die onder de dekking van de Extra ZEKUR Zorg Doorlopende Reisverzekering vallen.

Lid 5 U hebt slechts recht op (vergoeding van de kosten van) zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en de omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden.' Ook wordt de inhoud en omvang bepaald aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Lid 6 Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel. Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of een voorschrift/verwijsbrief nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

U hebt in een aantal gevallen onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om

privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. Dat kan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voorin deze voorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben? Dan moet u zelf toestemming bij ons aanvragen.

- Lid 7* Recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat mits de zorg wordt verleend op een plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.
- Lid 8* De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten. Als een behandeling in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van Extra ZEKUR Zorg.
- Lid 9* De in deze voorwaarden genoemde maximale bedragen zijn maximale bedragen per verzekerde per kalenderjaar, tenzij in de artikelen anders staat vermeld. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is bepalend voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend, de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering. Een eventuele eigen bijdrage komt voor uw rekening
- Lid 10* De dekking omvat de in Nederland gemaakte kosten van medische behandelingen. Daarnaast gelden bij tijdelijk verblijf in het buitenland de in artikel 6 opgenomen bepalingen.

2.4. Toetredingsleeftijd

- Lid 1* De aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg kan worden afgesloten door of ten behoeve van personen van 18 jaar en ouder. U kunt een kind tot 18 jaar meeverzekeren. Voor meeverzekerde kinderen tot 18 jaar bent u premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg.

2.5. Mededelingsplicht

- Lid 1* U als verzekeringnemer bent verplicht voor het sluiten van de verzekeringsovereenkomst ons alle feiten mede te delen die u kent of behoort te kennen, en waarvan, naar u weet of behoort te begrijpen, onze beslissing of, en zo ja, op welke voorwaarden, wij de verzekering zullen willen sluiten, afhangt of kan afhangen.
- Lid 2* Als wij ontdekken dat u als verzekeringnemer en/of verzekerde hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de verzekeringsovereenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang worden opgezegd.
- Lid 3* Als niet aan de mededelingsplicht conform lid 1 voldaan is, vervalt iedere aanspraak op vergoeding van kosten, dit overeenkomstig titel 7.17 BW. Daarnaast kan aan u een schadevergoeding in rekening worden gebracht.

2.6. Aanvang, duur en einde van de verzekering

- Lid 1* De verzekering Extra ZEKUR Zorg wordt aangegaan voor een termijn van één kalenderjaar, met uitzondering van de verzekering die niet per 1 januari van een jaar is aangegaan. De laatstbedoelde verzekering wordt aangegaan voor het resterende kalenderjaar. Wanneer Gewoon ZEKUR Zorg eindigt, kan Extra ZEKUR Zorg ook worden beëindigd.
- Lid 2* Als u via onze website ZEKUR.nl Gewoon ZEKUR Zorg en Extra ZEKUR Zorg aanvraagt, zeggen wij altijd uw oude basisverzekering en aanvullende verzekering(en) bij uw Nederlandse zorgverzekeraar op via de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Als u wilt dat wij uw oude aanvullende verzekering(en) niet opzeggen, moet u gebruik maken van ons papieren aanmeldingsformulier.

- Lid 3** De verzekering wordt na verloop van de in het eerste lid bedoelde termijn, alsmede telkens na verloop van een overeenkomstig dit lid verlengde termijn, met één jaar verlengd, tenzij uiterlijk 31 december een schriftelijk verzoek voor beëindiging van de verzekering is ontvangen. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.
- Lid 4** Wij kunnen de inschrijving weigeren:
- als een eerdere verzekering op grond van lid 6 sub b van dit artikel is beëindigd, tenzij de verzekerde alsnog tegenover ons aan zijn verplichting voldoet;
 - als de verzekering is beëindigd op grond van artikel 2.5 lid 2 of artikel 2.18.
- Lid 5** Na aanmelding bij en acceptatie door ons ontvangt u een (zorg)polis c.q. een bewijs van inschrijving, in een door ons vast te stellen vorm. Dit geldt als bewijs van de tussen de verzekeringnemer en ons gesloten verzekeringsovereenkomst, zowel voor de verzekeringnemer als voor de medeverzekerden.
- Lid 6** Onverminderd het bepaalde in lid 3 eindigt de verzekering:
- met ingang van de dag waarop u niet meer verzekerd bent in de zin van de Zorgverzekeringswet, tenzij u bent ingeschreven op grond van hetgeen is bepaald in artikel 2.1 lid 4.
 - op de door ons te bepalen dag, als de verzekerde nalatig is met de betaling van de door hem verschuldigde premie;
 - ingevolge artikel 2.5 lid 2 of artikel 2.18;
 - door opzegging in verband met en-bloc wijzigen van premie of voorwaarden volgens artikel 2.8 lid 2;
 - door overlijden van de verzekerde.
- Lid 7** De medeverzekering voor kinderen als bedoeld in artikel 2.4. lid 1 eindigt voor kinderen op het moment dat zij 18 jaar worden. Zij hebben dan het recht zich zelfstandig te verzekeren volgens dezelfde voorwaarden en tegen de volgens artikel 2.8. lid 1 geldende premie voor volwassenen (zie artikel 2.7 lid 2).
- Lid 8** De Aanvullende Verzekering Extra ZEKUR Zorg inclusief Extra ZEKUR Zorg Doorlopende Reisverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop
- wij stoppen met het aanbieden en uitvoeren van de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg. Op grond van het hiervoor gestelde verplichten wij ons u als verzekeringnemer uiterlijk drie maanden voordat de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg eindigt, van dit einde op de hoogte te stellen;
 - wij door wijziging of het intrekken van de vergunning tot het uitoefenen van het schadeverzekeringsbedrijf geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk twee maanden van tevoren.
- Lid 9** De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg inclusief Extra ZEKUR Zorg Doorlopende Reisverzekering jaarlijks schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.
- Lid 10** De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg inclusief Extra ZEKUR Zorg Doorlopende Reisverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen bij premie- en of voorwaardenwijziging volgens artikel 2.8 lid 2 en tegelijk met het beëindigen van de basisverzekering Gewoon ZEKUR Zorg.
- U kunt per 1 januari van het volgende kalenderjaar Gewoon ZEKUR Zorg en Extra ZEKUR Zorg opzeggen, op voorwaarde dat wij uiterlijk 31 december uw opzegging hebben ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.
- Lid 11** Door het afsluiten van deze verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de zorgverzekeringen. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.7. Betaling en schorsing

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 termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

Betaling van de premie per maand is slechts mogelijk als u ons machtigt voor automatische incasso. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen. Ook verleent u toestemming aan uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig onze opdrachten. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een acceptgiro. Als wij er voor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen kosten verbonden.

Voor betaling van de premie per acceptgiro bent u € 1,50 per acceptgiro verschuldigd voor alle kosten die gemaakt worden voor het in stand houden, vervaardigen, aanbieden en verwerken van een acceptgiro. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd. Ook dan betaalt u € 1,50 per papieren acceptgiro.

Lid 2 Op de ingangsdatum van de verzekering is de leeftijd bepalend voor de hoogte van de premie. Per de eerste van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde de 18-jarige leeftijd of een volgende leeftijdscategorie bereikt, wordt verzekerde ingeschreven tegen de daarvoor geldende premie.

Als als hoofdverzekering niet Gewoon ZEKUR Zorg van ZEKUR is afgesloten geldt een toeslag op de premie voor Extra ZEKUR Zorg.

Lid 3 Als u als verzekeringnemer niet-tijdig voldoet aan uw verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen.

In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. De verzekeringnemer blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.

Ingeval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren, gaat de verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

Lid 4 Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

Lid 5 Als u als verzekeringnemer al bent aangemaand voor niet-tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of kosten, hoeven wij bij niet tijdig voldoen van een hierop volgende factuur de verzekeringnemer niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

Lid 6 Wij kunnen achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid 2.7 lid 4 verrekenen met schadekosten die u bij ons hebt gedeclareerd of met andere van ons te ontvangen bedragen.

Lid 7 Wij hebben het recht gedurende een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst te sluiten met u als verzekeringnemer als de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie wordt beëindigd.

Lid 8 De premie is verschuldigd vanaf de datum van ingang van de verzekering. De verplichting tot premiebetaling eindigt na overlijden van de verzekerde of na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 2.6.

Lid 9 Bij wijziging van de verzekering vindt per de datum van wijziging (her)berekening c.q. restitutie van de premie plaats.

2.8. Wijziging premie en/of verzekeringsvoorwaarden

Lid 1 De te berekenen premies en van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden - waaronder mede te begrijpen eigen bijdragen en gedeeltelijke vergoedingen - worden door ons vastgesteld en gelden met ingang van de in het vaststellingsbesluit genoemde datum mede voor alle reeds lopende verzekeringen en dus voor alle reeds gemachtigde verstrekkingen.

Lid 2 Wij hebben het recht deze verzekeringsvoorwaarden en de premies en bloc of groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door ons vast te stellen datum. Wij doen van de voorgenomen herziening mededeling voor de datum van ingang.

Als wij de voorwaarden en/of de premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U als verzekeringnemer kunt in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen.

Lid 3 U wordt geacht met de wijziging akkoord te gaan, als u niet binnen een maand na dagtekening van het bericht van verhoogde premie en/of gewijzigde verzekeringsvoorwaarden schriftelijk of per e-mail aan ons laat weten, dat u de verzekering wenst te beëindigen.

Lid 4 De in artikel 2.8. lid 3 genoemde mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij:

- herziening van de premie en/of de voorwaarden die voortvloeit uit (wijziging van) wettelijke maatregelen, regelingen en/of bepalingen;
- herziening van de premie die onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door u;
- verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking.

2.9. Administratiekosten

Wij kunnen administratiekosten vaststellen, die bij het aangaan en/of verlengen van de verzekeringsovereenkomst bij u in rekening kunnen worden gebracht. In het vaststellingsbesluit wordt de hoogte bepaald.

2.10. Informatie- en meldingsplichten

Lid 1 U als verzekeringnemer bent 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 ons te melden. Wijzigingen zijn onder meer verhuizing, wijziging e-mailadres of wijziging van uw rekeningnummer, begin en einde detentie, (echt)scheiding. Voor het nalaten van het hierboven bepaalde, dragen wij geen enkel risico. Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Lid 2 Kennisgevingen aan u als verzekeringnemer, gericht aan uw laatst bekende adres worden geacht u te hebben bereikt. Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt in deze situatie ook verstaan 'per e-mail'.
Onder adres wordt in die situatie ook verstaan 'e-mailadres'.

Lid 3 In geval van overlijden van de verzekerde of verzekeringnemer heeft de rechtsopvolger van de overledene de meldingsplicht als bedoeld in artikel 2.10. lid 1. Desgevraagd vindt verrekening of restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

2.11. Bijzondere verplichtingen en vergoeding van nota's

Lid 1 U bent verplicht:

- a. bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek u 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 of adviserend tandarts, als onze arts, medisch adviseur of adviserend tandarts daarom vraagt;
- c. aan ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts of medewerkers, die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- d. de originele nota's (geen kopie of aanmaning), die op zodanige manier gespecificeerd moeten zijn dat daaruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden, kunt u met een ingevuld declaratieformulier binnen drie jaar na het begin van de behandeling bij ons indienen. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de geboortedatum, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat;
- e. bij behandelingen waarvoor in de verzekeringsvoorwaarden een schriftelijke verwijzing vereist is, een verwijsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt, dat de geboden zorg en/of dienst medisch noodzakelijk is;
- f. als in deze verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat onze toestemming vereist is, dan moeten deze behandelingen vooraf worden aangevraagd en goedgekeurd zijn.

Lid 2 Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen hoeven wij geen kosten te vergoeden.

Lid 3 Wij hebben het recht om kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

Lid 4 Digitaal aangeleverde nota's komen alleen voor vergoeding in aanmerking als deze door de zorgaanbieder zijn gewaarmerkt en aangeleverd.

Lid 5 Alleen originele nota's, voorzien van een rekeningnummer van de zorgaanbieder, komen voor vergoeding in aanmerking.

Lid 6 U mag verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

Lid 7 Behalve het bepaalde in artikel 2.11. lid 2 en lid 3 vindt betaling plaats aan u.

Lid 8 Wij streven ernaar uw verzekerde kosten binnen drie weken na ontvangst van de originele nota's te vergoeden.

Lid 9 Voor zover u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden geen aanspraak kunt maken op volledige vergoeding van kosten voor verleende zorg, onder andere vanwege maximale vergoedingsbedragen of eigen bijdragen, vorderen wij niet gedekte kosten bij u terug als wij de kosten aan de zorgaanbieder hebben voldaan. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

Lid 10 De verrekening van de kosten zoals bedoeld in het vorige lid vindt op dezelfde manier plaats als de premiebetaling voor de verzekering. Wanneer u een machtiging hebt verleend voor automatische incasso van de premie, wordt u geacht ons ook een machtiging te hebben verleend voor automatische incasso van eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen. Voor bedragen boven de € 220,- ontvangt u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro toe te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

Spaar uw nota's niet op, maar dien ze direct in. Dat scheelt u en ons in administratie. Voeg de originele nota's bij een ingevuld declaratieformulier. Kopieën, duplicaten en betalingsherinneringen nemen wij niet in behandeling. U ontvangt originele nota's niet terug. Wij raden u aan een (digitale) kopie te maken voor uw administratie.
Maak voor de verzending gebruik van de retourenvelop. Hebt u geen retourenvelop ontvangen? Stuur uw declaratie dan naar het adres dat u voorin deze voorwaarden vindt.

2.12. Aansprakelijkheid van derden

- Lid 1* Als een derde voor de kosten, voortvloeiende uit uw ziekte, ongeval of letsel aansprakelijk is, bent u verplicht ons 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, moet onmiddellijk door of namens u aangifte plaatsvinden bij ons.
- Lid 3* U bent verplicht, voordat met een derde of met degene die voor of namens de derde optreedt, waaronder begrepen de verzekerders van de derde, een regeling te treffen over de door hem geleden schade, zich hierover in verbinding te stellen met ons.
- Lid 4* In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van ons met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt enigerlei regelingen treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor wij in onze rechten kunnen worden benadeeld.
- Lid 5* Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de vorige leden bent u gehouden tot vergoeding van de schade die wij daardoor lijden.

2.13. Vrijwaring van aansprakelijkheid

Wij zijn tegenover u niet aansprakelijk voor schade door u geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling (niet zijnde Univé), tot wie of welke u zich heeft gewend om uw aanspraak op een verstrekking in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden geldend te maken.

2.14. Schadevergoeding

- Lid 1* Onverminderd het bepaalde in het tweede lid van dit artikel en onverminderd ons recht de verzekering te beëindigen, kunnen wij vergoeding vorderen van de schade die is geleden als gevolg van de omstandigheid dat u zich ten onrechte hebt doen inschrijven in de aanvullende verzekering. De schade wordt in beginsel gesteld op het bedrag van de premie die over de periode van de onrechtmatige inschrijving verschuldigd zou zijn geweest voor de verzekering van de desbetreffende personen.
- Lid 2* Voor degene die, zonder daartoe gerechtigd te zijn, opzettelijk aanspraken doet gelden als verzekerde, kunnen wij de in het vorige lid bedoelde schade vaststellen op het werkelijke bedrag daarvan, als de werkelijk geleden schade hoger is dan het bedrag waarop de schade bij de toepassing van het eerste lid zou zijn vastgesteld.
- Lid 3* Wij zijn bevoegd de door ons te maken kosten voor invordering van de in artikel 2.14. lid 1 en 2 bedoelde bedragen inclusief de (buiten)gerechtelijke inningskosten, ten laste te brengen van de schadeplichtige (ex-)verzekerde, die verplicht is deze kosten te betalen.

2.15. Overige bepalingen

Lid 1 In niet in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde gevallen, beslissen wij.

Lid 2 Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen. Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze persoonsregistratie. Deze gebruiken wij:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst;
- voor het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties;
- voor onderzoek onder verzekerden of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude).

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op ZEKUR.nl of telefonisch opvragen. Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist.

Lid 3 Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mogen wij:

- Aan derden (zoals zorgaanbieder en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de aanvullende verzekering te kunnen nakomen;
- Uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

Als ZEKUR uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt uw aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u daadwerkelijk behandelen.

Als het om dringende redenen noodzakelijk is dat de zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat ons dit dan weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

Lid 4 Met de vaststelling van deze voorwaarden vervallen alle eerder vastgestelde verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg.

2.16. Collectieve contracten

Lid 1 Als u bij ons bent ingeschreven via een collectief contract kunnen er naast of in tegenstelling tot de verzekeringsvoorwaarden afwijkende regelingen van toepassing zijn, die voorrang hebben boven de verzekeringsvoorwaarden. Deze regelingen zijn vastgelegd in het collectieve contract dat bij de werkgever of organisatie ter inzage ligt en kunnen onder andere betreffen:

- omvang van de dekking (artikel 3 tot en met 14);
- premieregeling;
- duur van de verzekering (artikel 2.6.).

Lid 2 Als in het collectieve contract is overeengekomen dat de collectief contractant zorgdraagt voor betaling van de premie, wordt hij geacht de premie namens u als verzekeringnemer te voldoen.

- Lid 3* Als dit in het collectief contract is overeengekomen geldt, onverminderd het bepaalde in artikel 2.6. lid 6, dat de verzekering ook eindigt:
- door beëindiging van het collectieve contract;
 - door beëindiging van het dienstverband van de verzekeringnemer bij de collectief contractant.

2.17. Klachten en geschillen

- Lid 1* U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht indienen via ZEKUR.nl. Het is ook mogelijk om een klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven. Vergeet niet uw persoonsgegevens te vermelden. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.
- Lid 2* Wij bepalen ons definitieve standpunt of heroverweging van onze oorspronkelijke beslissing binnen een termijn van 30 dagen. Als de uitkomst niet naar uw tevredenheid is of als wij niet binnen een termijn van 30 dagen reageren, kunt u de klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt uw klacht of het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.
- Lid 3* Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? Uw klacht hierover kunt u indienen via ZEKUR.nl. Het is ook mogelijk uw klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven.
- Lid 4* U ontvangt binnen 30 dagen een reactie. Als de uitkomst niet naar uw tevredenheid is of als wij niet binnen een termijn van 30 dagen reageren, kunt u de klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

2.18. Fraude

- Lid 1* Onder fraude verstaan wij het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

- Lid 2* Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de Stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Lid 3 Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw aanvullende verzekering(en) kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

2.19. Molest

Lid 1 Op grond van de Wet op het financieel toezicht mogen schadeverzekeraars geen schaden verzekeren veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij die zich in Nederland voordoen. 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 gedeponed.

Lid 2 Niet vergoed wordt schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

Lid 3 De uitsluiting onder lid 2 geldt niet voor schade veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).

Lid 4 Voorzover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt lid 3 geen toepassing.

2.20. Recht op vergoeding van kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Lid 1 Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een grootschalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald. Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Vergoedingen Extra ZEKUR Zorg

Omvang van de dekking:

Als u Extra ZEKUR Zorg hebt afgesloten, kunt u aanspraak maken op vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in artikel 3 tot en met 14. De vergoeding vindt u onderaan het artikel.

ARTIKEL 3 BASISZORG

3.1. Second opinion

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

Aanvullende voorwaarden

U hebt geen recht op vergoeding als aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding uit de hoofdverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg).

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Volledige vergoeding van het honorarium van de medisch specialist.

ARTIKEL 4 ANTICONCEPTIE

4.1. Anticonceptiemiddelen

Omschrijving Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg ZEKUR verstrekt mogen worden, zoals de anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Door De anticonceptiepil moet geleverd worden door een voor ZEKUR gecontracteerde apotheker. Overige middelen mogen ook geleverd worden door een apotheek met wie Univé een contract heeft gesloten. Kijk voor meer informatie op ZEKUR.nl.

Voorschrift Huisarts of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het preferentiebeleid zoals vastgelegd in het Reglement farmaceutische zorg ZEKUR voor 2014 is van toepassing.

Let op: als de anticonceptiepil wordt geleverd door een niet voor ZEKUR gecontracteerde apotheker, krijgt u de kosten niet vergoed.

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel, zoals bijvoorbeeld een spiraaltje, worden ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering. Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals de anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit Gewoon ZEKUR Zorg.

Preferentiebeleid

In het Reglement farmaceutische zorg ZEKUR wijzen wij voorkeursgeneesmiddelen aan (preferentiebeleid). Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke anticonceptiemiddelen (met dezelfde werkzame stoffen) een voorkeursmiddel aanwijzen. Dit betekent dat u in principe alleen recht hebt op dit voorkeursmiddel. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het preferent middel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel. U vindt de voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg ZEKUR.

4.2. Eigen bijdrage anticonceptiemiddelen

Omschrijving Vergoeding van de eigen bijdrage voor anticonceptiemiddelen, die volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem is verschuldigd.

Door De anticonceptiepil moet geleverd worden door een voor ZEKUR gecontracteerde apotheker. Kijk voor meer informatie op ZEKUR.nl.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Volledig

Let op: wordt de anticonceptiepil geleverd door een niet specifiek voor ZEKUR gecontracteerde apotheker? Dan krijgt u de eigen bijdrage niet vergoed.

ARTIKEL 5 ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN (BUDGET)**5.1. Behandelingen en consulten**

Omschrijving Behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:

- a. acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen
- b. antroposofische alternatieve geneeswijzen
- c. homeopathie
- d. natuurgeneeswijzen
- e. alternatieve beweegzorg
- f. psychosociale zorg

Door Voor de zorg onder a tot en met d: een door ons aangewezen zorgaanbieder of een arts die is ingeschreven in het register van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (het BIG-register);
Voor de zorg onder e en f: een door ons aangewezen zorgaanbieder.

De aangewezen zorgaanbieders zijn opgenomen in de zorgvinder. U kunt de zorgvinder raadplegen via ZEKUR.nl/zorgvinder. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aanvullende voorwaarden

1. Onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 11.3).
2. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

5.2. Homeopathische geneesmiddelen

Omschrijving Homeopathische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd.

Door Homeopathische geneesmiddelen moeten worden geleverd door een apotheker of een apothekhoudend huisarts.

Voorschrijfvereisten

De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Maximaal € 250,- per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen en consulten en homeopathische geneesmiddelen samen. De maximum vergoeding per consult of behandeling is € 25,- (ongeacht de tijdsduur).

ARTIKEL 6 BEVALLING EN KRAAMZORG**6.1. Verloskundige zorg**

Omschrijving Vergoeding van het verschil tussen het bedrag dat het ziekenhuis of een door ons gecontracteerd geboortecentrum in rekening brengt en de vergoeding die u vanuit Gewoon ZEKUR Zorg ontvangt. Als u in het ziekenhuis of een door ons gecontracteerd geboortecentrum bevalt zonder medische noodzaak, dan vergoedt de zorgverzekering niet alle kosten.

Extra ZEKUR Zorg Volledig

6.2. Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving Vergoeding van de eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit Gewoon ZEKUR Zorg. De eigen bijdrage krijgt u vergoed over hetzelfde aantal uren waarop u vanuit Gewoon ZEKUR Zorg aanspraak kunt maken.

Door Een specifiek voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder. Op ZEKUR.nl/zorggids vindt u hoe u zich kunt aanmelden voor kraamzorg. Maakt u geen gebruik van een specifiek voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Volledig**Let op:** wordt de kraamzorg geleverd door een niet specifiek voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder? Dan vergoeden wij de eigen bijdrage niet.

ARTIKEL 7 BUITENLAND

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

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

Omschrijving Aanvulling op de vergoeding voor spoedeisende zorg die u vanuit de hoofdverzekering Gewoon ZEKUR Zorg ontvangt. Het eigen risico van uw zorgverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg) vergoeden wij niet. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval. Het moet hierbij gaan om spoedeisende zorg; dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Wij betalen deze zorg als u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef en de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen uit uw zorgverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg).

Daarnaast vergoeden wij zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, bij tijdelijk verblijf in een ander land dan Nederland, gedurende een aaneengesloten periode van maximaal twaalf maanden.

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

Toestemmingsvereisten

Voor zorg, die gepaard met verblijf, of tandheelkundige behandelingen buiten Nederland voor zover de geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is onze voorafgaande schriftelijke toestemming vereist.

Aanvullende voorwaarden

1. U bent bij klinische opname in een ziekenhuis, in geval van repatriëring of in het geval van vervoer van een stoffelijk overschot verplicht zo spoedig mogelijk contact op te (laten) nemen met de ZEKUR Alarmcentrale, telefoon 0031 40 297 57 60 (internationaal toegangsnummer). U hebt alleen aanspraak op vergoeding van de gedekte kosten als u zich houdt aan de adviezen van de ZEKUR Alarmcentrale. De ZEKUR Alarmcentrale zal zorgen voor de afhandeling van declaraties.
2. De vergoeding van gedekte kosten vindt in Nederland in euro's plaats tegen de omrekeningskoers op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Om buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van XE.com.
3. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, moet u gespecificeerde rekeningen in het Engels, Frans, Duits, Spaans of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen, overleggen.
4. In overleg met ons of de ZEKUR Alarmcentrale kan, op verzoek van de zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd, in voorkomende gevallen direct aan de desbetreffende zorgaanbieder worden betaald.
5. Geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de kosten als u woonachtig bent in het buitenland.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg

Volledige vergoeding van kosten voor medisch spoedeisende zorg zoals omschreven met inachtneming van de daarin gestelde voorwaarden.

Wanneer de geneeskundige behandeling of verzorging in een ander land dan Nederland uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, vindt vergoeding plaats tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

7.2. Repatriëring

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

Aanvullende voorwaarden

Van medisch noodzakelijke repatriëring kan uitsluitend sprake zijn wanneer de ZEKUR Alarmcentrale, telefoon 0031 40 297 57 60 (internationaal toegangsnummer), hierin bemiddelt en vaststelt dat adequate medische behandeling in het land waar tijdelijk wordt verbleven niet mogelijk is. Maakt u geen gebruik van de ZEKUR Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Volledig

ARTIKEL 8 HULPMIDDELEN (BUDGET)**8.1. Hulpmiddelen (eigen bijdrage)**

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

Aanvullende voorwaarden

U hebt alleen recht op deze vergoeding als voor genoemde hulpmiddelen recht bestaat op vergoeding vanuit de hoofdverzekering Gewoon ZEKUR Zorg en het Reglement hulpmiddelen ZEKUR.

8.2. Krukken

Omschrijving Bruikleen of vergoeding van kosten van aanschaf van krukken. Er is sprake van bruikleen als de periode van gebruik korter is dan 26 weken.

Aanvullende voorwaarden

U hebt alleen recht op vergoeding als de krukken worden geleend of aangeschaft bij een door Univé gecontracteerde leverancier. De gecontracteerde leveranciers zijn vermeld op onze website. Als u de krukken huurt of leent bij een niet-gecontracteerde leverancier, krijgt u de kosten niet vergoed.

Aanschaf van krukken vergoeden wij als uw huisarts of medisch specialist hiervoor een verwijfsbrief schrijft.

8.3. Steunpessarium

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

Aanvullende voorwaarden

Het steunpessarium moet worden geplaatst door een huisarts.

8.4. Steunzolen

- Omschrijving Tegemoetkoming in de kosten van steunzolen: inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.

Door Steunzolen moeten zijn geleverd door een:

- podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten; of
- orthopedische instrument- of schoenmakerij die door ons is erkend; of
- register B podoloog of podoposturaal therapeut die is aangesloten bij Stichting LOOP.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Artikel 8.1. tot en met 8.4. samen maximaal € 250,- per kalenderjaar.
Binnen het Budget Hulpmiddelen hebt u vrije keuze voor de in het Budget genoemde zorg.

ARTIKEL 9 GEZICHTSHULPMIDDELEN

9.1. Brillen en contactlenzen

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

Aanvullende voorwaarden

1. Het tijdvak van drie kalenderjaren vangt aan per 1 januari van het kalenderjaar waarin voor het eerst kosten zijn gemaakt.
2. Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding als het gaat om gezichtshulpmiddelen op sterkte.
3. De kosten voor het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten maken onderdeel uit van de aanschaf.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Maximaal € 100,- per verzekerde per drie kalenderjaren

ARTIKEL 10 MONDZORG

10.1. Tandheelkundige zorg

Omschrijving Vergoeding van kosten voor tandheelkundige zorg, zoals tandartsen die plegen te bieden. Het gaat dan bijvoorbeeld om een (half)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese en de bijkomende techniek- en materiaalkosten.

Door Tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. De kaakchirurg mag een eenvoudige extractie verrichten (code 234032).

Bijzonderheid Niet vergoed worden de kosten van

- orthodontische behandelingen door een tandarts en/of orthodontist; zie hiervoor artikel 9.2 voor verzekerden tot 18 jaar;
- niet-nagekomen afspraken;
- algehele narcose.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg 75% van de kosten tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Voorbeeld

In de loop van het kalenderjaar breekt spontaan een kies af. U krijgt een kroon op de afgebroken kies. De kosten daarvan bedragen € 500,-. Van deze nota krijgt u 75% vergoed: € 375,-. Als in hetzelfde kalenderjaar nog een kroon geplaatst moet worden dan krijgt u daar nog maximaal € 125,- van vergoed, omdat u dan uw maximum van € 500,- hebt bereikt.

10.2. Orthodontische zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten deze plegen te bieden.

Door Tandartsen en orthodontisten.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg 75% van de kosten tot maximaal € 1.000,- voor de hele looptijd van de verzekering

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkundige zorg en orthodontische zorg. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven wordt voor 2014 vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

ARTIKEL 11 PREVENTIE (BUDGET*)

11.1. Cursussen thuiszorgorganisaties/patiëntenvereniging

Omschrijving (Preventieve) cursussen gegeven door thuiszorgorganisaties of een patiëntenvereniging.

Door De cursussen moeten worden gegeven door:

- een AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie;
- een patiëntenvereniging aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie;
- een door ons nader aan te wijzen zorgaanbieder.

Aanvullende voorwaarden

1. Stuur ons een ingevuld declaratieformulier met een kopie van een bewijs van deelname (certificaat) en een kopie van de nota van de cursus of een kopie van uw rekeningafschrift waarop het cursusbedrag vermeld staat.
2. Per gevolgde cursus wordt maximaal € 25,- per kalenderjaar vergoed.
3. Dezelfde cursus komt slechts éénmaal per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking.

11.2. EHBO-cursus

Omschrijving Vergoeding van een EHBO-cursus.

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

Aanvullende voorwaarden

Stuur ons een ingevuld declaratieformulier met een kopie van een bewijs van deelname (certificaat) en een kopie van de nota van de cursus of een kopie van een bankafschrift waarop het cursusbedrag vermeld staat.

11.3. Gewichtconsulent

Omschrijving Voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist (zie artikel 12.4).

Door Een gewichtconsulent aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN) of een nader door ons aan te wijzen zorgaanbieder. Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.

11.4. Gezondheidstest

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

Door De gezondheidstest moet worden uitgevoerd door een medisch zorgverlener.

Aanvullende voorwaarden

1. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van de nota waaruit blijkt dat het gaat om een gezondheidstest.
2. Binnen het budget wordt per gezondheidstest maximaal € 100,- vergoed.

11.5. Griepvaccinatie

Omschrijving Vaccinatie ter voorkoming van griep als u niet tot de risicogroepen behoort die via het Nationaal Programma Grieppreventie in aanmerking komen voor een griepvaccin.

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

Aanvullende voorwaarden

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

11.6. Preventieve inenting en malariapillen bij reis naar buitenland

Omschrijving Preventieve inenting en preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera (meningococcon)meningitis, rabiës en malaria in verband met een te maken buitenlandse reis.

Door Preventieve inenting moeten worden verleend door vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een huisarts of arts die een LCR-accreditatie en gele koorts registratie heeft. Voor adressen zie de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (www.lcr.nl). Malariapillen moeten worden geleverd door een gecontracteerde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

11.7. Reanimatiecursus

Omschrijving Vergoeding van een reanimatiecursus.

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

11.8. Sport Medisch Advies

Omschrijving Vergoeding van de kosten van een consult of keuring.

Door Het consult of de keuring door een sportarts moet plaatsvinden in een Sport Medisch Centrum aangesloten bij de Federatie van Sport Medische instellingen. Op www.sportgeneeskunde.com vindt u de lijst met aangesloten instellingen.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Artikel 11.1. tot en met 11.8. maximaal € 200,- per kalenderjaar.
Binnen het budget Preventie heeft u vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

11.9. Lidmaatschap patiëntenvereniging

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

Aanvullende voorwaarden

1. Stuur ons een ingevuld declaratieformulier met een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.
2. Per kalenderjaar komt het lidmaatschap van één patiëntenvereniging voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Eenmalig maximaal € 25,-

11.10. Sport en spel voor hartpatiënten

Omschrijving Vergoeding van deelname aan activiteiten voor hartpatiënten.

Door Sportorganisaties voor hartpatiënten.

Aanvullende voorwaarden

1. Er is sprake van een hartaandoening, bijvoorbeeld na een doorgemaakt hartinfarct, dotterprocedure of open hartoperatie.
2. De activiteiten vinden plaats onder deskundige begeleiding met schriftelijke goedkeuring van de behandelend arts of medisch specialist.
3. De nota is vergezeld van deze schriftelijke goedkeuring.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Maximaal € 25,- per twee kalenderjaren

ARTIKEL 12 THERAPIEËN (BUDGET)**12.1. Acnebehandeling**

Omschrijving Behandeling bij ernstige vorm van acne.

Door Een door ons voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op ZEKUR.nl/zorgvinder. Gaat u naar zorgaanbieder die niet door ons voor deze zorg is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijzingsvereisten

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

Aanvullende voorwaarden

Onder een ernstige vorm van acne wordt verstaan: een ontsierende en psychologisch belastende tijdelijke huidaandoening waarbij een reëel gevaar bestaat dat uitgebreide littekenvorming optreedt die grotendeels onherstelbaar is.

12.2. Camouflagetherapie

Omschrijving Kosten van te volgen lessen en te gebruiken producten gericht op het minder opvallend maken van littekens en andere huidaandoeningen met kleurafwijkingen.

Door Een door ons voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op ZEKUR.nl/zorgvinder. Gaat u naar zorgaanbieder die niet door ons voor deze zorg is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

12.3. Cogmed

Omschrijving Een tegemoetkoming in de kosten van Cogmed voor verzekerden tot 18 jaar. Cogmed is een trainingsprogramma dat helpt het concentratievermogen te verbeteren en het vergroot het zogenaamde 'werkgeheugen.' Het is een intensieve training (5 dagen in de week) die thuis op de computer wordt gespeeld onder begeleiding van een coach. De vergoeding van de methode betreft behandeling en licentiekosten.

Door Een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op ZEKUR.nl/zorgvinder. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor deze zorg geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij deze kosten niet.

Verwijzingsvereisten

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

Indicatie Werkgeheugen/leerproblemen veroorzaakt door ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder).

12.4. Dieetadvisering

Omschrijving Vergoeding van de kosten van voorlichting, met een medisch doel, over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden. Vanuit Gewoon ZEKUR Zorg hebt u aanspraak op drie behandelingen dieetadvisering. De vergoeding van Extra ZEKUR Zorg vormt een aanvulling hierop. Hebt u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte) of een verhoogd cardiovasculair risico en ontvangt u hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12 van Gewoon ZEKUR Zorg? Dan wordt de dieetadvisering voor deze en gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd en hebt u geen recht op vergoeding uit dit artikel.

Door Diëtist. Een overzicht van de door ons gecontracteerde diëtisten vindt u op onze website. Gaat u naar een diëtist waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een maximale vergoeding per behandeling overeenkomstig de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders ZEKUR 2014. U vindt deze lijst op ZEKUR.nl/documenten.

Waar Dieetadvisering moet plaatsvinden in de praktijk van de diëtist, thuiszorginstelling, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

Voorschrijvereisten

Voor dieetadvisering is een voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of tandarts vereist.

Aanvullende voorwaarden

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

12.5. Elektrische epilatie en laserontharing

Omschrijving	Elektrische epilatie en laserontharing in geval van abnormale, ernstig ontsierende haargroei in het gelaat.
Door	Een door ons voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar zorgaanbieder die niet door ons voor deze zorg is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

12.6. Ergotherapie

Omschrijving	Behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of herstellen.
Door	Ergotherapeut. Een overzicht van door ons gecontracteerde ergotherapeuten vindt u op onze website. Gaat u naar een ergotherapeut waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een maximale vergoeding per behandeling overeenkomstig de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders ZEKUR 2014. U vindt deze lijst op ZEKUR.nl/documenten .
Waar	Ergotherapie moet plaatsvinden in de praktijkruimte van de ergotherapeut, ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

12.7. Flebologie en proctologie

Omschrijving	Behandeling van aandoeningen van de bloedvaten en/of aambeien inclusief de kosten van de door de arts gegeven injecties.
Door	Een arts die zich in de behandelingen heeft gespecialiseerd, maar niet als medisch specialist is erkend.

12.8. Fysiotherapie en oefentherapie

Omschrijving	Fysiotherapie en oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten deze plegen te bieden.
Door	<ol style="list-style-type: none">1. Fysiotherapie: door een fysiotherapeut of een heilgymnast-masseur die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.2. Manuele therapie, bekkenfysiotherapie, kinderfysiotherapie, psychosomatische en geriatrische fysiotherapie: door een specialistisch fysiotherapeut die ook als manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut is geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.3. Oefentherapie: door een (kinder)oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck of psychosomatisch oefentherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)4. Oedeemtherapie door een oedeemtherapeut die is ingeschreven in Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op ZEKUR.nl/zorgvinder. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een maximale vergoeding per behandeling overeenkomstig de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders ZEKUR 2014. U vindt deze lijst op ZEKUR.nl/documenten.

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

Verwijzingsvereisten

Voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie is een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist vereist. Als u naar een gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat is geen verwijzing vereist.

Aanvullende voorwaarden

1. Verzekerden met een aandoening zoals opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie kunnen vanaf de 21e behandeling aanspraak maken op zorg uit de hoofdverzekering. Het eigen risico is van toepassing op deze zorg. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze voorafgaande schriftelijke toestemming. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering vindt u op ZEKUR.nl/documenten. Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de hoofdverzekering Gewoon ZEKUR Zorg.
2. Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
 - zwangerschapsgymnastiek en kraamvrouwengymnastiek;
 - sportmassage;
 - arbeids- en bezigheidstherapie;
 - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
 - niet curatieve behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van de conditie zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.
3. Onder behandelingen wordt niet verstaan de toeslagen buiten de reguliere werktijden, de niet-curatieve groepszittingen, instructies aan derden, kosten (als gevolg) van niet nagekomen afspraken en het opstellen van rapportages.
4. Behandeling door twee fysiotherapeuten/oefentherapeuten voor dezelfde indicatie is niet toegestaan.
5. Individuele behandelingen en groepsbehandeling voor dezelfde indicatie is niet toegestaan.

12.9. Groepsbegeleiding

Omschrijving Groepsbegeleiding voor kinderen tot en met 18 jaar van ouders met een psychische aandoening of verslaving.

Door Een door ons gecontracteerde GGZ-instelling. U vindt de gecontracteerde zorgaanbieders op ZEKUR.nl/zorgvinder. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijzingsvereisten

Voor groepsbegeleiding is een verwijsbrief van de huisarts noodzakelijk.

12.10. Herstel en Balans

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

Door Het revalidatieprogramma Herstel en Balans moet worden verleend door een instelling die is gecertificeerd door de Stichting Herstel en Balans. De instellingen kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.

Voorschrijfvereisten

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

12.11. Herstellingsoord en zorghotel

Omschrijving	Vergoeding van de verblijfskosten in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk: <ol style="list-style-type: none">1. aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;2. als uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;3. als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of 'burn-out'.
Waar	Verblijf moet plaatsvinden in een door ons gecontracteerd zorghotel of herstellingsoord. De door ons gecontracteerde zorghotels en herstellingsoorden vindt u op ZEKUR.nl/zorgvinder . Gaat u naar een niet door ons gecontracteerd zorghotel of herstellingsoord? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aanvullende voorwaarden

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

12.12. Kuurbehandeling

Omschrijving	Een in groepsverband georganiseerde kuurreis met verblijf en behandeling in een kuuroord voor verzekerden met een ernstige vorm van reumatoïde artritis, artritis psoriatica of de ziekte van Bechterew.
Door	De reis moet geboekt worden via DH-reizen (www.dh-reizen.nl).

Verwijzingsvereisten

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

Aanvullende voorwaarden

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

12.13. Oedeemtherapie en lymfdrainage

Omschrijving	Vergoeding van de kosten van oedeemtherapie en lymfdrainage.
Door	Oedeemtherapie moet worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een huidtherapeut met wie wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een maximale vergoeding overeenkomstig de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders ZEKUR 2014. U vindt deze lijst op ZEKUR.nl/documenten.

Verwijzingsvereisten

Voor oedeemtherapie is een verwijzing van de behandelend medisch specialist vereist.

Aanvullende voorwaarden

1. Voor oedeemtherapie door een fysiotherapeut zie artikel 12.8
2. Als uw behandelaar het medisch noodzakelijk acht, vergoeden wij ook de toeslag voor behandeling bij de verzekerde thuis.

12.14. Pedicure voor reumapatiënten

Omschrijving Vergoeding van de kosten van consulten en behandelingen voor voetverzorging voor verzekerden met reumatoïde artritis.

Door Een pedicure met aantekening 'reumatische voet' of medisch pedicure, die is geregistreerd in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

Verwijzingsvereisten

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

12.15. Podotherapie

Omschrijving Vergoeding van consulten en behandelingen voor podotherapie.

Door Podotherapie moet worden verleend door een podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten en staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

12.16. Stottertherapie of -coaching

Omschrijving Vergoeding van de kosten van stottertherapie of coaching.

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

Verwijzingsvereisten

Voor stottertherapie of -coaching is een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist vereist.

Aanvullende voorwaarden

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

12.17. Neurofeedback

Omschrijving Een tegemoetkoming in de kosten van neurofeedback voor verzekerden tot 18 jaar. Neurofeedback is een behandelmethode bij ADHD en ADD. Door middel van training functioneren de hersenen beter. U kunt zich daardoor beter concentreren, waardoor (psychische) problemen kunnen worden verminderd.

Indicatie ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder)

Door Psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater en gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven als neurofeedbackbehandelaar in het neurofeedbackregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Verwijzingsvereisten

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

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Artikel 12.1. tot en met 12.17. maximaal € 500,- per kalenderjaar.
Binnen het budget therapieën heeft u vrije keuze van de in het budget genoemde zorg

12.18. Traumaopvang

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

Onder schokkende gebeurtenis wordt verstaan:

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

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Eenmalig € 25,- voor de totale duur van de verzekering

ARTIKEL 13 THUISZORGVERSTREKKINGEN**13.1 Mantelzorgmakelaar**

Omschrijving Vergoeding van de kosten van een mantelzorgmakelaar. Een mantelzorgmakelaar zorgt voor tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorger door het overnemen van regeltaken op het gebied van zorg, welzijn en financiën. Hierdoor kan de mantelzorger de zorgtaken beter combineren met werk en privéleven.

Door Voor vragen over mantelzorg kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met Zorgadvies en bemiddeling op telefoonnummer 088 131 16 17. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een gecontracteerde mantelzorgmakelaar. Gaat u zonder verwijzing van Zorgadvies en bemiddeling naar een mantelzorgmakelaar? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aanvullende voorwaarden

1. De door ons gecontracteerde mantelzorgmakelaar bepaalt het aantal uren dat wordt toegekend.
2. Er bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding als:
 - de verzekerde degene is die de mantelzorg ontvangt of;
 - de verzekerde degene is die de mantelzorg verleent.
3. Verleende zorg door een mantelzorgmakelaar komt slechts éénmaal voor vergoeding in aanmerking en kan niet zowel door de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt worden gedeclareerd.

13.2. Verblijfskosten logeer-, gasthuizen, Ronald McDonaldhuizen en familiehuizen

Omschrijving

Overnachting in:

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

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Artikel 13.1. en 13.2. samen maximaal € 250,- per kalenderjaar.**13.3. Hospicezorg**

Omschrijving

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

Waar

Hospicezorg moet plaatsvinden in een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Op www.agora.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend is? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aanvullende voorwaarden

De vergoeding geldt niet voor eigen bijdragen bij opvang in een verpleeghuis, verzorgingshuis of ziekenhuis.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Tegemoetkoming in de eigen bijdrage tot maximaal € 25,- per dag

ARTIKEL 14 STERILISATIE

14.1. Sterilisatie

Omschrijving

Methode van definitieve anticonceptie door middel van een operatieve ingreep bij een man of vrouw.

Door

Sterilisatie moet worden verricht door een medisch specialist of huisarts.

Voorschrijfvereisten

Voor sterilisatie is een voorschrift van de huisarts vereist.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Eenmalig volledige vergoeding voor de totale duur van de verzekering

ARTIKEL 15 UITSLUITINGEN

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- Lid 1* Als verzekerde - als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade, respectievelijk kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, is de verzekering op basis van de Extra ZEKUR Zorg pas in de laatste plaats geldig.
- In een dergelijk geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het Convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website.
- Lid 2* Voor zorg die een verstrekking vormt van de AWBZ of de Zorgverzekeringswet, als u verzekeringsplichtige in de zin van deze was.
- Lid 3* Voor het niet verschijnen op een afspraak met een zorgaanbieder.
- Lid 4* Als de verzekerde naar ons oordeel heeft gehandeld in strijd met de verzekeringsvoorwaarden of heeft nagelaten de voorschriften van de behandelend arts op te volgen.
- Lid 5* Vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders.
- Lid 6* Voor verpleging op grond van sociale redenen.
- Lid 7* Voor de behandeling van ziekten of ongevallen waarvan eerdere behandeling door de verzekerde tegen het advies van de behandelend arts in is afgebroken.
- Lid 8* Vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- Lid 9* Vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder, of inwonend (ander familielid), tenzij door ons vooraf toestemming is verleend.
- Lid 10* (Vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.
- Lid 11* Veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- Lid 12* Eigen bijdragen en eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald.

ZEKUR.nl

van
UNIVÉ

Veel verzekering voor weinig

Algemeen Reglement

Uitsluitend behorend bij het Speciaal Reglement Univé Extra ZEKUR
Doorlopende Reisverzekering ZDR-3

ALGEMEEN REGLEMENT ALG-5

In dit Algemeen Reglement zijn afspraken vastgelegd die voor schade- en sommenverzekeringen van Univé gelden. In de speciale reglementen staan de afspraken tussen u en Univé die meer betrekking hebben op de soort verzekering. Per verzekering vormen het Algemeen Reglement en speciale reglementen die van toepassing zijn, één geheel.

Inhoudsopgave	artikel
– Betekenis van begrippen	1
– Algemene bepalingen	2, 3 en 4
– Ingang, duur en einde van de verzekering	5, 6, 7 en 8
– Premie	9, 10 en 11
– Verplichtingen bij schade	12 en 13
– Uitsluitingen	14, 15, 16 en 17
– Verjaring	18
– Terrorismedekking	19
– Wijziging van premie en/of voorwaarden	20
– Geschillen en klachten	21 en 22
– Overige	23 en 24

BETEKENIS VAN DE BEGRIPPEN

Artikel 1 Begrippen

In het Algemeen Reglement en de speciale reglementen hebben de onderstaande begrippen de volgende betekenis.

1.1. Verzekering

De overeenkomst in de zin van artikel 7:925 BW waarbij een in de polis omschreven belang wordt verzekerd tegen een risico zoals aangegeven in het speciaal reglement dat in de polis van toepassing is verklaard. Deze overeenkomst biedt slechts dekking voor schade voorzover deze het gevolg is van een gebeurtenis waarvan voor de partijen, de verzekerde en/of de tot uitkering gerechtigde ten tijde van het sluiten van de verzekering onzeker was dat daaruit voor verzekerde, of de derde die jegens verzekeraar of verzekerde aanspraak maakt op vergoeding, schade was ontstaan, danwel naar de normale loop van de omstandigheden nog zou ontstaan. Deze overeenkomst biedt geen dekking voor schade als gevolg van een gebeurtenis die heeft plaatsgevonden vóór het sluiten van de verzekering.

1.2. Verzekeringspakket

De afzonderlijke verzekeringen zoals vermeld op het pakketoverzicht.

1.3. Pakketoverzicht

Het bij het verzekeringspakket behorende overzicht van afzonderlijke verzekeringen. Overal waar het woord pakketoverzicht staat kan tevens gelezen worden, premienota.

1.4. Pakketvervaldatum

De vastgestelde datum waarop de voor het verzekeringspakket jaarlijks te betalen premie, kosten en assurantiebepaling verschuldigd zijn. Overal waar het woord pakketvervaldatum staat kan tevens gelezen worden premievervaldatum.

1.5. Contractvervaldatum

De in de polis aangegeven datum waarop de verzekering eindigt en alle volgende data welke liggen aan het einde van de termijn waarmee de verzekering daarna stilzwijgend is verlengd.

1.6. Verzekeraar

De verzekeraar genoemd op het polisblad.

1.7. Verzekeringnemer

Degene die bij de verzekeraar een verzekering heeft gesloten.

1.8. Verzekerde

Voor schadeverzekering is een verzekerde degene die in geval van door hem geleden schade op grond van de verzekering recht heeft op vergoeding of door aanvaarding van de aanwijzing recht op vergoeding kan krijgen. Voor sommenverzekering is een verzekerde degene op wiens leven of gezondheid de verzekering betrekking heeft.

1.9. Tot uitkering gerechtigde

Degene die in geval van verwezenlijking van het risico op grond van de verzekering recht heeft op uitkering of door aanvaarding van de aanwijzing recht op uitkering kan krijgen.

1.10. Bemiddelaar

De rechtspersoon die aan de totstandkoming en/of instandhouding van het verzekeringspakket meewerkt.

1.11. Brand

Een door verbranding veroorzaakt en met vlammen gepaard gaand vuur buiten een haard, dat in staat is zich op eigen kracht voort te planten. Daarom is onder andere geen brand:

- zegen, schroeien, smelten, verkolen, broeien;
- doorbranden van elektrische apparaten en motoren;
- oververhitten, doorbranden, doorbreken van ovens en ketels.

1.12. Ontploffing

Een plotseling verloopende hevige krachtsuiting van gassen of dampen, zulks met inachtneming van het hierna bepaalde. Is de ontploffing ontstaan binnen een - al dan niet gesloten - vat, dan is aan het vereiste van een plotseling verloopende krachtsuiting voldaan, indien de wand van het vat onder de druk van de zich daarin bevindende gassen of dampen (onverschillig hoe deze gassen of dampen zijn ontstaan en onverschillig of zij reeds voor de ontploffing aanwezig waren dan wel eerst tijdens deze ontwikkeld werden) een zodanige scheiding heeft ondergaan dat door het uitstromen van gas, damp, of vloeistof uit de door de scheiding gevormde opening, de druk binnen en buiten het vat plotseling aan elkaar gelijk zijn geworden. Is dit niet het geval of is de ontploffing buiten een vat ontstaan, dan moet de plotseling verloopende hevige krachtsuiting de onmiddellijke werking zijn geweest van gassen of dampen, welke door een scheikundige reactie van vaste, vloeibare, gas- of dampvormige stoffen of een mengsel daarvan, zijn ontwikkeld of tot uitzetting gebracht. De bij deze nadere omschrijving behorende toelichting is door de Vereniging van Brandassuradeuren in Nederland ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te Utrecht op 5 mei 1982 onder nummer 275/82 gedeponneerd.

1.13. Storm

Een wind met een snelheid van tenminste veertien meter per seconde (windkracht 7 of hoger).

1.14. Neervallen van luchtvaartuigen

Het getroffen worden door een vertrekkend, vliegend, landend of vallend lucht- of ruimtevaartuig, dan wel een daarvan verbonden, daarvan losgeraakt, daaruit geworpen of daaruit gevallen projectiel, ontploffingsmiddel of ander voorwerp, alsmede enig ander voorwerp dat getroffen is door enig hier genoemd voorwerp.

1.15. Molest

- gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de één de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen, bestrijden. Onder gewapend conflict wordt ook verstaan het gewapend optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
- burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van een zelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van de staat betrokken is;
- opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
- binnenlandse onlusten: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
- oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;

- mouterij: een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn. Deze nadere omschrijving vormt een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponneerd.

1.16. *Atoomkernreacties*

Iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

1.17. *Overstroming*

Overstroming als gevolg van het bezwijken of overlopen van dijken, kaden, sluisen, oevers of andere waterkeringen.

1.18. *Fraude*

Het opzettelijk misleiden en/of trachten te misleiden van de verzekeraar ten einde een uitkering te verkrijgen onder de polis, dan wel anderszins voordeel te verkrijgen, zonder dat er rechtens een recht op de uitkering of dat voordeel bestaat (bijvoorbeeld het overleggen van valse of vervalste nota's, het opgeven van een onjuiste of onvolledige schadeoorzaak of -omvang, gebruik van een valse naam of identiteit).

ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

De verzekering is aangegaan op grond van de door of namens de verzekeringsnemer en/of verzekerde en/of tot uitkering gerechtigde ingediende aanvraag. Tot de aanvraag worden gerekend alle door of namens de verzekeringsnemer en/of verzekerde en/of tot uitkering gerechtigde verstreekte gegevens. De verzekeringsnemer is ook gehouden feiten die verzekerde kent of behoort te kennen mede te delen.

Artikel 3 Rechten en verplichtingen

- 3.1. De rechten en verplichtingen van de verzekeringsnemer, de verzekerden, de tot uitkering gerechtigde en de verzekeraar worden bepaald door de statuten van de verzekeraar (ingeval de verzekeraar een onderlinge waarborg maatschappij of een N.V. Brandverzekeraar is), de inhoud van de polis en de in deze polis van toepassing verklaarde Algemeen Reglement en speciale reglementen en clausules. Bij strijdigheid tussen clausules en een bepaling van de reglementen gaan de clausules voor. Bij strijdigheid tussen bepalingen van het algemeen reglement en bepalingen uit het speciaal reglement dan gaan de bepalingen van het speciaal reglement voor.
- 3.2. Indien de inhoud van de polis niet in overeenstemming is met hetgeen werd overeengekomen, dient de verzekeringsnemer binnen vier weken na ontvangst van de polis de verzekeraar schriftelijk te verzoeken om verbetering.
- 3.3. Het pakketoverzicht geeft uitsluitend de betalingsverplichtingen van de verzekeringsnemer weer, de met hem getroffen betalingsregeling en het van toepassing zijn van een voordeelregeling. Aan het pakketoverzicht kunnen geen rechten worden ontleend.
- 3.4. Alle op een polis vermelde verzekeringsnemers zijn hoofdelijk verplicht tot nakoming van alle verplichtingen op grond van de verzekering.
- 3.5. De verzekeringsnemer is verplicht gewijzigde omstandigheden zo spoedig mogelijk schriftelijk mede te delen aan de verzekeraar. Een verzwaring van het gezondheidsrisico bij persoonsverzekeringen is geen gewijzigde omstandigheid.

Artikel 4 Adres

Schriftelijke stukken van de verzekeraar, verzonden aan de verzekeringsnemer op zijn laatst bij de verzekeraar bekende adres, worden geacht de verzekeringsnemer te hebben bereikt.

INGANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

Artikel 5 Ingang en duur van de verzekering

5.1. *Ingang*

De verzekering gaat in om 0.00 uur op de dag welke onder "ingangsdatum" in de polis is aangegeven, maar nooit eerder dan op het moment waarop door of namens de verzekeraar dekking is verleend.

5.2. *Duur*

De verzekering heeft een op het polisblad vermelde geldigheidsduur en wordt telkens stilzwijgend met een zelfde termijn verlengd.

Artikel 6 Einde van de verzekering door opzegging door verzekeraar of van rechtswege

- 6.1. De verzekering eindigt te 0.00 uur in de volgende situaties door een schriftelijke opzegging door verzekeraar:
 - a. tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur of, indien de geldigheidsduur meer dan vijf jaar belooft, telkens tegen het einde van het vijfde verzekeringsjaar, met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;
 - b. binnen één maand nadat een gebeurtenis die voor verzekeraar tot een uitkeringsverplichting kan leiden, door verzekeringsnemer en/of verzekerde aan verzekeraar is gemeld of nadat verzekeraar een uitkering krachtens de verzekering heeft gedaan dan wel heeft afgewezen. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief. Hiervan kan worden afgeweken in het geval dat de opzegging verband houdt met fraude van een verzekerde en/of verzekeringsnemer;
 - c. tegen het begin van een nieuw verzekeringsjaar volgend op een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mits de opzegging geschiedt binnen één maand na het verstrijken van laatstgenoemd verzekeringsjaar;
 - d. indien verzekeringsnemer de premie verschuldigd op de eerste premievervaldag niet tijdig betaalt of weigert te betalen alsmede indien verzekeringsnemer de vervolgpremie niet tijdig betaalt of weigert te betalen, in het laatste geval echter uitsluitend indien verzekeraar verzekeringsnemer na het verstrijken van de premievervaldag vruchteloos tot betaling van de vervolgpremie heeft aangemaand. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het in geval van niet-tijdige betaling niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;
 - e. binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringsnemer de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringsnemer daarbij heeft gehandeld met het opzet verzekeraar te misleiden dan wel verzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum;
 - f. nadat verzekeringsnemer aan verzekeraar gewijzigde omstandigheden heeft meegedeeld en verzekeraar op grond van deze omstandigheden de verzekering niet wenst voort te zetten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;
 - g. nadat de verzekeraar aan de verzekeringsnemer schriftelijk heeft medegedeeld de verzekering niet of niet ongewijzigd te willen voortzetten op grond dat verzekeringsnemer verzuimd heeft gewijzigde omstandigheden te melden aan verzekeraar. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.
- 6.2. De verzekering eindigt direct:
 - a. zodra het belang van de verzekeringsnemer en/of verzekerde of van hun erfgenamen bij de verzekering eindigt of de verzekeringsnemer en/of verzekerde de feitelijke macht over het verzekerd object verliezen. Zij zijn verplicht dit binnen acht dagen aan de verzekeraar te melden;
 - b. nadat de verzekeringsnemer en/of verzekerde in staat van faillissement is geraakt of surseance van betaling dan wel een wettelijke schuldsaneringsregeling heeft verkregen. Zij zijn verplicht dit binnen acht dagen aan de verzekeraar te melden. De curator respectievelijk de bewindvoerder kan binnen veertien dagen na genoemde feiten aan de verzekeraar verzoeken de verzekering tegen zekerheidsstelling voor reeds vervallen en nog te betalen premie tegen al dan niet gewijzigde voorwaarden en premie ten behoeve van de boedel voort te zetten. Indien de verzekeraar dit verzoek inwilligt wordt de verzekering geacht nimmer te zijn geëindigd;

Artikel 7 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringsnemer:

- a. tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur of, indien de geldigheidsduur meer dan vijf jaar belooft,

- telkens tegen het einde van het vijfde verzekeringsjaar, met inachtneming van een opzeggingstermijn van een maand;
- b. binnen één maand nadat een gebeurtenis die voor verzekeraar tot een uitkeringsverplichting kan leiden, door verzekerde aan verzekeraar is gemeld of nadat verzekeraar een uitkering krachtens de verzekering heeft gedaan dan wel heeft afgewezen. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, doch niet eerder dan de datum waarop verzekeraar de opzeggingsbrief heeft ontvangen;
 - c. binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling van verzekeraar, houdende een wijziging van de premie en/of voorwaarden ten nadele van de verzekeringsnemer en/of verzekerde op grond van artikel 20.1 of 20.2. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van verzekeraar ingaat (zij het niet eerder dan dertig dagen na de datum van dagtekening van bedoelde mededeling). De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door verzekeringsnemer geldt niet indien:
 - de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regeling of bepalingen;
 - de wijziging een verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking inhoudt;
 - de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het berekenen van een leeftijdsgrens voor de verzekerde waaraan de premie is gekoppeld.
 - d. tegen het begin van een nieuw verzekeringsjaar volgend op een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mits de opzegging geschiedt binnen één maand na het verstrijken van laatstgenoemd verzekeringsjaar;
 - e. binnen twee maanden nadat verzekeraar tegenover verzekeringsnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;
 - f. binnen twee maanden nadat verzekeraar aan verzekeringsnemer schriftelijk heeft medegedeeld op grond van gewijzigde omstandigheden de verzekering niet te willen voortzetten.

Artikel 8 Misbruik van vertrouwen, fraude

- 8.1. *Einde van de verzekering(-en)*
De verzekering eindigt direct nadat de verzekeraar aan de verzekeringsnemer schriftelijk heeft meegedeeld dat op voortzetting van de verzekering geen prijs meer wordt gesteld naar aanleiding van een gebeurtenis waarbij de verzekeringsnemer en/of verzekerde(n) en/of tot uitkering gerechtigde fraude heeft gepleegd jegens de verzekeraar of een ander tot de Univé-groep behorende rechtspersoon. Bovendien behouden de verzekeraar en de andere tot de Univé-groep behorende rechtspersonen zich in deze gevallen het recht voor ook andere bij hen gesloten verzekeringen tussentijds te beëindigen. De tot de Univé-groep behorende rechtspersonen zijn gedefinieerd in bijlage 1 van de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens Univé genoemd in artikel 23 van dit reglement.
- 8.2. *Gevolgen*
De verzekeraar kan de voor zijn rekening gemaakte kosten (bijvoorbeeld onderzoekskosten naar de toedracht van de schade) verhalen op de verzekeringsnemer en/of verzekerde en/of de tot uitkering gerechtigde of andere betrokkenen die een onjuiste voorstelling van zaken heeft (hebben) gegeven. De persoonsgegevens van betrokkenen kunnen ter voorkoming en bestrijding van fraude worden opgenomen in de daarvoor bestemde registers met in achtneming van het bepaalde in artikel 23 van dit algemeen reglement.

PREMIE

Artikel 9 Premiebetaling

- 9.1. De verzekeringsnemer is verplicht de premie bij vooruitbetaling te voldoen, uiterlijk op de dag/binnen de termijn genoemd in het pakketoverzicht (premienota).
- 9.2. Indien de verzekeringsnemer de aanvangspremie niet uiterlijk op de dertigste dag na ontvangst van het betalingsverzoek betaalt of weigert te betalen, wordt zonder dat een nadere ingebrekestelling door de verzekeraar is vereist geen dekking verleend ten aanzien van alle gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden.
- 9.3. Onder aanvangspremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringsnemer in verband met een tussentijdse wijziging van de verzekering verschuldigd wordt.

- 9.4. Indien de verzekeringsnemer de vervolgpremie weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden.
- 9.5. Indien de verzekeringsnemer de vervolgpremie niet tijdig betaalt, wordt geen dekking verleend ten aanzien van gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden vanaf de vijftiende dag nadat de verzekeraar de verzekeringsnemer na de vervalddag schriftelijk, onder vermelding van de gevolgen van niet betaling, heeft aangemaand en betaling is uitgebleven.
- 9.6. Onder vervolgpremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringsnemer bij stilzwijgende verlenging van de verzekering verschuldigd wordt.
- 9.7. De verzekeringsnemer blijft gehouden de premie te voldoen.
- 9.8. De dekking wordt weer van kracht voor gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden na de dag waarop hetgeen de verzekeringsnemer verschuldigd is, voor het geheel door de verzekeraar is ontvangen. In geval van overeengekomen termijnbetalingen geldt dat de dekking eerst in kracht wordt hersteld nadat alle onbetaald gebleven termijnen zijn voldaan.
- 9.9. Bij te late betaling is de verzekeringsnemer verplicht de buitengerechtigde kosten en wettelijke rente te betalen.

Artikel 10 Betaling in termijnen

Indien op een verzoek om automatische afschrijving geen betaling wordt ontvangen, zal het verzoek om betaling eenmalig op een nader te bepalen wijze worden herhaald. Indien binnen tien dagen na dit herhaalde verzoek geen betaling is ontvangen, vervalt de betalingsregeling en zijn alle premies, kosten en belastingen voor het gehele pakket voor de nog resterende verzekeringstermijn stond volledig verschuldigd.

Artikel 11 Premierestitutie

- 11.1. Bij beëindiging van de verzekering tussen twee pakketvervaldata is slechts premie verschuldigd tot het tijdstip van de tussentijdse beëindiging. De verzekeraar zal de reeds ontvangen premie over de resterende termijn tot de eerstvolgende vervaldatum restitueren onder inhouding van een billijke vergoeding.
- 11.2. Bij opzegging wegens fraude bestaat geen recht op premierestitutie.

VERPLICHTINGEN BIJ SCHADE

Artikel 12 Verplichtingen en sancties

- 12.1. *Schademeldingsplicht*
Zodra verzekeringsnemer of verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van de verwezenlijking van het verzekerde risico die voor verzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan verzekeraar te melden.
- 12.2. *Aangifteplicht*
Wanneer sprake is van een misdrijf of van een vermoeden van een misdrijf dient de verzekeringsnemer of verzekerde van de schadegebeurtenis aangifte te doen bij de politie en hierbij de naam van de verzekeraar en polisnummer te vermelden (bijvoorbeeld in geval van inbraak, diefstal, al dan niet met geweld, beroving, vermissing en verduistering, dan wel opzettelijk door derden toegebrachte schade).
- 12.3. *Schade-informatieplicht*
De verzekeringsnemer, de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar en door verzekeraar ingeschakelde derden alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht of zijn verhaalsplicht te beoordelen.
- 12.4. *Plicht tot melding andere verzekeringen*
De verzekerde en/of verzekeringsnemer is in geval van schade verplicht aan de verzekeraar alle overige hem bekende verzekeringen, die op dat moment op hetzelfde belang van kracht zijn, op te geven.
- 12.5. *Medewerkingsplicht*
Verzekeringsnemer, de verzekerde en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van verzekeraar zou kunnen benadelen.
- 12.6. *Sanctie bij niet nakomen verplichtingen*
De schade-uitkering kan worden vermindert met de door de verzekeraar geleden schade indien de hierboven genoemde verplichtingen niet zijn nagekomen. Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekerings-

nemer of de tot uitkering gerechtigde de onder 12.1 en/of 12.3 genoemde verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de redelijke belangen van verzekeraar heeft benadeeld. Bij schending van de verplichtingen onder 12.2, 12.4 en 12.5 kan de verzekeraar zich beroepen op tekortkoming van de nakoming van de verzekering.

Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringsnemer, de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor onder 12.1 en/of 12.3 genoemde verplichtingen niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

Artikel 13 Bereddingsplicht en bereddingskosten

- 13.1. De verzekeringsnemer of verzekerde of tot uitkering gerechtigde is binnen redelijke grenzen verplicht alle mogelijke maatregelen te nemen om verdere schade te voorkomen of te beperken en alle aanwijzingen van de verzekeraar stipt op te volgen.
- 13.2. De verzekeraar vergoedt de kosten die aan de onder 13.1 genoemde maatregelen zijn verbonden en de schade aan zaken die bij de onder 13.1 genoemde maatregel zijn ingezet tot maximaal het bedrag van de verzekerde som, tenzij in het speciaal reglement of in de polis een ander maximum is bepaald. Wanneer de waarde van het verzekerde object niet volledig bij de verzekeraar verzekerd is zal de verzekeraar deze kosten slechts naar evenredigheid van hetgeen dat bedrag lager dan de waarde is vergoeden.
- 13.3. Indien de verzekeringsnemer, verzekerde of tot uitkering gerechtigde de onder 13.1 genoemde verplichting niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.

UITSLUITINGEN

Artikel 14 Opschorting

Van de verzekering zijn uitgesloten alle schade, kosten of rechten op uitkering veroorzaakt of ontstaan in de periode dat de verzekering is opgeschort.

Artikel 15 Molest, atoomkernreactie en natuurgeweld.

Van de verzekering zijn uitgesloten alle schade, kosten of rechten op uitkering:

- 15.1. veroorzaakt door molest;
- 15.2.1. veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties.
- 15.2.2. De uitsluiting onder 15.2.1 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zo ver vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.
- 15.2.3. Voor zover krachtens enige wet of enig verdrag een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt lid 2 geen toepassing.
- 15.3. die een gevolg zijn van aardbeving, overstroming of vulkanische uitbarsting.

Artikel 16 Opzet

Van de verzekering zijn uitgesloten alle schade, kosten of rechten op uitkering:

- 16.1. veroorzaakt door en/of voortvloeiende uit het opzettelijk en tegen een persoon of zaak gericht wederrechtelijk handelen of nalaten door de verzekeringsnemer, een verzekerde of een tot uitkering gerechtigde. Deze bepaling geldt uitsluitend ten aanzien van de verzekeringsnemer, verzekerde of tot uitkering gerechtigde aan wiens wederrechtelijk handelen of nalaten de schade is toe te schrijven.
- 16.2. veroorzaakt door gedragingen die onder de eerste volzin van 16.1 vallen, gepleegd in groepsverband, ook ingeval niet de verzekeringsnemer, de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde zelf zodanig heeft gehandeld of nagelaten, maar daarvoor wel wegens deelname aan het groepsverband aansprakelijk is.
- 16.3. Aan het opzettelijk karakter van het wederrechtelijk handelen of nalaten in de situatie 16.1 en/of 16.2 doet niet af, dat

de verzekeringsnemer, de verzekerde en/of de tot uitkering gerechtigde dan wel een tot de groep behorend persoon zodanig onder invloed van alcohol of andere stoffen verkeert, dat hij niet in staat is zijn wil te bepalen.

Artikel 17 Niet-nakomen

Van de verzekering zijn uitgesloten alle schade, kosten of rechten op uitkering die verband houden met het niet nakomen door verzekeringsnemer of een verzekerde of een tot uitkering gerechtigde van een uit artikel 3 voortvloeiende verplichting en/of aanwijzing of voorschrift door of namens de verzekeraar gegeven (bijvoorbeeld het niet nemen van door de verzekeraar opgelegde preventiemaatregelen).

VERJARING

Artikel 18 Verjaring

- 18.1. Nadat de verzekeraar een definitief standpunt heeft ingenomen over het afwijzen van het recht op uitkering en dit standpunt schriftelijk heeft medegedeeld aan verzekeringsnemer en/of verzekerde en/of tot uitkering gerechtigde, verjaart de rechtsvordering tot het doen van een uitkering door verloop van zes maanden. De verzekeraar dient verzekeringsnemer en/of verzekerde en/of tot uitkering gerechtigde uitdrukkelijk te wijzen op deze vervaltermijn.
- 18.2. Een rechtsvordering tot het doen van een uitkering dient binnen drie jaren na de dag waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden tegen de verzekeraar te worden ingesteld. Niettemin verjaart de rechtsvordering bij verzekering tegen aansprakelijkheid niet voordat zes maanden zijn verstreken nadat de vordering waartegen de verzekering dekking verleent, binnen de voor deze vordering geldende verjarings- of vervaltermijn is ingesteld.

TERRORISMEDEKKING

Artikel 19 Terrorismedekking

Voor schade ten gevolge van terrorisme, kwaadwillige besmetting en/of preventieve maatregelen en handelingen of gedragingen ter voorbereiding daarvan, hierna, zowel gezamenlijk als afzonderlijk te noemen het "terrorisme risico" is de vergoeding / uitkering beperkt tot de uitkering zoals deze omschreven in het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT).

De afwikkeling van een schademelding op grond van het terrorismerisico geschiedt overeenkomstig het Protocol afwikkeling claims van het NHT.

Het clausuleblad terrorismedekking en het Protocol afwikkeling claims zijn op 12 juni 2003 gedeponneerd ter griffie van rechtbank te Amsterdam onder nummer: 78/2003 resp 79/2003. Deze teksten zijn in te zien c.q. te downloaden via de www.terrorismeverzekerd.nl en op de site www.unive.nl.

WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

Artikel 20 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 20.1. De verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en-bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is de verzekeraar gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door hem te bepalen datum. De verzekeringsnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd.
- 20.2. Naar aanleiding van een melding van verzekeringsnemer over gewijzigde omstandigheden als bedoeld in artikel 3.5 van dit reglement zal de dekking worden voortgezet, tenzij de verzekeraar binnen twee maanden te kennen geeft de verzekering niet te willen voortzetten of met verzekeringsnemer ten aanzien van premie en/of voorwaarden tot nadere overeenstemming te willen komen en/of met onmiddellijk ingang nadere premies en voorwaarden (bijvoorbeeld (gedeeltelijke) opschorting van de dekking) vaststelt.
- 20.3. Indien de verzekeraar op grond van artikel 20.1 en 20.2 van dit reglement de verzekeringsnemer heeft meegedeeld dat hij de voorwaarden van de overeenkomst, waaronder mede begrepen de hoogte van de premie, wijzigt, is de verzekeringsnemer gerechtigd de overeenkomst te beëindigen op de wijze als omschreven in artikel 7, letter c van dit reglement.

20.4. Indien de verzekeraar de verzekeringnemer heeft meegedeeld dat hij de overeenkomst op grond van artikel 20.2 van dit reglement niet wenst voor te zetten, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst te beëindigen op de wijze als omschreven in artikel 7, letter f van dit reglement.

GESCHILLEN EN KLACHTEN

Artikel 21 Geschillen

- 21.1. In alle gevallen waarin de reglementen niet voorzien, beslist de verzekeraar.
- 21.2. Alle geschillen welke betrekking hebben op de omvang van de schade dan wel geschillen van medische aard worden beslist overeenkomstig de regels in het op de verzekering van toepassing zijnde speciaal reglement.
- 21.3. In alle overige gevallen beslist, wanneer een minnelijke regeling niet mogelijk blijkt te zijn, de burgerlijke rechter, tenzij een wettelijke regeling anders bepaalt.

Artikel 22 Klachten

- 22.1. Klachten die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunt u voorleggen aan de directeur van de op het polisblad genoemde verzekeraar.
- 22.2. Wanneer het oordeel van de verzekeraar voor u niet bevredigend is, kunt u zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, telefoon 0900-3552248, website: www.kifid.nl.

22.3. Wanneer u geen gebruik wilt maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden binnen de bedrijfstak, of de behandeling door het klachteninstituut niet bevredigend vindt, kunt u het geschil voorleggen aan de rechter.

OVERIGE

Artikel 23 Persoonsregistratie

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering of een financiële overeenkomst verstrekte persoonsgegevens worden door de verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en of financiële diensten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op deze verwerking van persoonsgegevens zijn de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens Univé van toepassing. In deze Gedragsregels worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de Gedragsregels kunt u opvragen bij N.V. Univé Schade, Postbus 15, 9400 AA Assen, of via www.unive.nl.

Artikel 24 Toepasselijk recht

Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

Addendum Algemeen Reglement (ALG-5)

Addendum geldig met ingang van 1 januari 2010

In afwijking van het Algemeen Reglement (ALG-5) gelden de onderstaande bepalingen en wijzigingen op bepalingen.

Artikel 1.5 Contractvervaldatum

De tekst van dit artikel wordt als volgt gewijzigd:

De in de polis aangegeven datum waarop de verzekering eindigt en alle volgende data welke liggen aan het einde van de termijn waarmee de verzekering daarna automatisch is verlengd.

Artikel 5.2 Duur

De tekst van dit artikel wordt als volgt gewijzigd:

- a. Bij aanvang van de verzekering is de looptijd maximaal twaalf maanden. Vanaf de eerste contractvervaldatum wordt de verzekering ieder jaar automatisch met een periode van twaalf maanden verlengd.
- b. Tegen het einde van de eerste contractvervaldatum informeert de verzekeraar de verzekeringnemer over de periode waarmee de verzekering wordt verlengd en over het recht van de verzekeringnemer om de verzekering te kunnen opzeggen.

Artikel 7 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer

De tekst van dit artikel vervalt en wordt vervangen door de volgende tekst:

Artikel 7 Opzeggingsrechten voor de verzekeringnemer

- 7.1 Voor de eerste contractvervaldatum
De verzekering kan voor de eerste contractvervaldatum schriftelijk opgezegd worden door de verzekeringnemer:
- a. tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur met inachtneming van een opzeggingstermijn van één maand;
- b. binnen één maand nadat een schade of gebeurtenis die voor verzekeraar tot een uitkeringsverplichting kan leiden, door verzekerde aan verzekeraar is gemeld of nadat verzekeraar een uitkering op grond van de verzekering heeft gedaan dan wel heeft afgewezen. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, maar niet eerder dan de datum waarop verzekeraar de opzeggingsbrief heeft ontvangen;
- c. binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling van verzekeraar, houdende een wijziging van de premie en/of voorwaarden ten nadele van de verzekeringnemer en/of verzekerde op grond van artikel 20.1 of 20.2. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijzi-

ging volgens de schriftelijke mededeling van verzekeraar ingaat (zij het niet eerder dan dertig dagen na de datum van dagtekening van bedoelde mededeling). De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door verzekeringnemer geldt niet wanneer:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden het gevolg is van een wettelijke regeling of bepalingen;
 - de wijziging een verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking inhoudt;
 - de wijziging van de premie direct het gevolg is van het bereiken van een leeftijdsgrens voor de verzekerde waarvan de premie is gekoppeld.
- d. tegen het begin van een nieuw verzekeringsjaar volgend op een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mits de verzekering wordt opgezegd binnen één maand na het verstrijken van laatstgenoemd verzekeringsjaar;
- e. binnen één maand nadat verzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;
- f. binnen één maand nadat verzekeraar aan verzekeringnemer schriftelijk heeft medegedeeld op grond van gewijzigde omstandigheden de verzekering niet te willen voortzetten.

7.2 Vanaf de eerste contractvervaldatum
De verzekering kan op elk gewenst moment schriftelijk worden opgezegd met een inachtneming van een opzegtermijn van één maand. De opzegtermijn gaat in op de datum van ontvangst van de schriftelijke opzegging.

7.3 Overgangsregeling
Indien de verzekering voor 01-01-2010 is gesloten en een geldigheidsduur heeft van meer dan een jaar, kan de verzekeringnemer de verzekering schriftelijk opzeggen per eerstvolgende contractvervaldatum, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Na deze contractvervaldatum geldt het bepaalde in artikel 7.2.

Artikel 9.6 Vervolgpremie

Dit artikel wordt als volgt gewijzigd.

Artikel 9.6

Onder vervolgpremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringnemer bij automatische verlenging van de verzekering verschuldigd wordt.

Voorwaarden Extra ZEKUR Doorlopende Reisverzekering

We leggen de onderstreepte woorden achter in de voorwaarden uit, bij "Wat bedoelen wij met..."

Deze voorwaarden gelden samen met ons Algemeen Reglement.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Algemeen	2
Artikel 1	Wat moet u doen bij schade?	2
1.1	U heeft hulp nodig tijdens uw vakantie	2
1.2	U wilt een schade melden of u heeft vragen	2
Artikel 2	Wie zijn verzekerd?	2
Artikel 3	Wanneer geldt uw reisverzekering?	2
Artikel 4	Waar bent u verzekerd?	2
Artikel 5	Wat is verzekerd?	3
5.1	Studie/stage/au-pair	3
5.2	Natuurrampen	3
Artikel 6	Wat is niet verzekerd?	3
Hoofdstuk 2	Hulp en vervoer	4
Artikel 7	Wat is verzekerd?	4
7.1	Ziekte of een ongeluk	4
7.2	Vervoer bij overlijden	5
7.3	Uw reisgenoot is overleden	5
7.4	U moet eerder naar huis	5
7.5	U heeft schade aan het vakantieverblijf dat van u is	5
7.6	U heeft vertraging op de geplande dag van terugreis	5
7.7	Problemen met uw fiets tijdens een fietsvakantie	5
7.8	Wat betalen we ook in de verzekerde situaties genoemd in artikel 7.1 t/m 7.7?	6
Hoofdstuk 3	Bagage	6
Artikel 8	Wat is verzekerd?	6
8.1	Elektronische apparaten	7
8.2	Mobiele telefoons, smartphones en niet ingebouwde navigatiesystemen	7
8.3	Brillen en contactlenzen	7
8.4	Waardevolle spullen	7
8.5	Medische hulpmiddelen	7
8.6	Onderdelen van en gereedschappen voor motorrijtuigen	7
8.7	Fietsen, boten en vliegtuigen	7
8.8	Vertraging van bagage	7
8.9	Geld	7
8.10	Schade aan uw verblijf	7
Artikel 9	Wat is niet verzekerd?	8
Artikel 10	Wanneer betalen wij niet?	8
Artikel 11	Wat betalen wij?	8
11.1	Uw bagage kan gerepareerd worden	8
11.2	Uw bagage kan niet gerepareerd worden	8
Hoofdstuk 4	Wintersportdekking	9
Artikel 12	Wat is verzekerd?	9
12.1	Wintersportuitrusting	9
12.2	Passen, skihuurlen en skilessen	9
	Wat bedoelen wij met...	9

Hoofdstuk 1 Algemeen

Artikel 1 Wat moet u doen bij schade?

1.1 U heeft hulp nodig tijdens uw vakantie

Bel dan met de Univé Alarmcentrale. Het telefoonnummer is +31 (0)592 - 348 112. Dit nummer is dag en nacht bereikbaar.

Maakt u extra kosten doordat:

- u pech onderweg heeft?
- u eerder naar huis moet?
- u in het ziekenhuis wordt opgenomen?
- u overlijdt?

Dan betalen wij de kosten alleen als vooraf contact opgenomen is met de Univé Alarmcentrale.

1.2 U wilt een schade melden of u heeft vragen

Heeft u vragen over uw schade of over de dekking? Neem dan contact op met het Service Centrum Schade 0592 - 37 27 77 of met uw Univé-kantoor.

U kunt een schade melden:

- via internet: www.unive.nl/schade
- door het invullen van een schadeformulier. Dit kunt u:
 - opvragen per telefoon: 0592 - 37 27 77 en sturen naar:
Univé Verzekeringen
Antwoordnummer 45
9400 VB Assen
Een postzegel is niet nodig.
 - invullen bij het Univé-kantoor bij u in de buurt

Wij betalen alleen als u kosten of schade kunt aantonen. Bewaar daarom:

- nota's
- bankafschriften
- beschadigde spullen

Bij diefstal of verlies van:

- reisbagage, met een aankoopwaarde hoger dan € 250
- geld, als dit meer is dan € 50

betalen wij alleen als u zo snel mogelijk aangifte doet bij de politie in de plaats waar dit gebeurd is. Bewaar het proces-verbaal van uw aangifte.

Artikel 2 Wie zijn verzekerd?

De verzekerde die op de polis staat.

Artikel 3 Wanneer geldt uw reisverzekering?

Er zijn 3 voorwaarden. Uw verzekering is geldig:

- vanaf dat u uit huis vertrekt om uw reis te beginnen, totdat u weer thuis bent
- zolang u een woonadres in Nederland heeft
- voor maximaal 180 vakantiedagen achter elkaar

Artikel 4 Waar bent u verzekerd?

U bent verzekerd in:

- Nederland. U moet dan minimaal één overnachting hebben geboekt bij een bedrijf
- de hele wereld

Artikel 5 Wat is verzekerd?

Schade tijdens:

- uw vakantie
- vrijwilligerswerk
- een dagje weg in het buitenland

5.1 Studie/stage/au-pair

U bent verzekerd tijdens studie of stage in het buitenland. U bent verzekerd als au-pair als dit op uw polis staat.

5.2 Natuurrampen

U bent verzekerd voor schade door natuurrampen.

Artikel 6 Wat is niet verzekerd?

Schade die ontstaat:

- in Nederland op een vaste stand- of seizoensplaats
- doordat u een misdrijf heeft gepleegd
- tijdens een reis die u maakt voor een medische behandeling
- doordat u alcohol, medicijnen of drugs heeft gebruikt
- doordat u met een motorrijtuig of motorvoertuig meedoet aan activiteiten waarbij snelheid belangrijk is

Schade:

- die u kon verwachten door de omstandigheden vlak voordat u op vakantie ging
- die u kon verwachten omdat u iets doet of juist niet doet. Bijvoorbeeld:
 - u moet zorgen dat schade niet groter wordt
 - u mag niet expres schade veroorzaken
- als u fraudeert. Kijk voor alle gevolgen van fraude in ons Algemeen Reglement
- die, als deze verzekering nooit zou hebben bestaan, verzekerd is onder een andere verzekering of wordt vergoed op basis van een wet. We betalen de schade boven het maximum van die verzekering of die vergoeding op basis van een wet. Dit doen wij tot het maximum genoemd in deze voorwaarden.

Hoofdstuk 2 Hulp en vervoer

Artikel 7 Wat is verzekerd?

De Univé Alarmcentrale helpt u tijdens uw vakantie bij noodgevallen. Wij betalen noodzakelijke extra kosten die u hierdoor moet maken. Hieronder staan de kosten die we betalen.

7.1 Ziekte of een ongeluk

7.1.1 U wordt ziek of krijgt een ongeluk

Dan betalen wij:

- vervoer naar dichtstbijzijnde arts of ziekenhuis
- vervoer terug naar uw vakantieverblijf
- extra verblijfkosten tot maximaal € 80 per dag

Wij betalen ook extra reiskosten naar huis per:

- ambulance
- taxi
- openbaar vervoer

De kosten hierboven betalen we als dit:

- medisch noodzakelijk is, en
- het directe gevolg is van de ziekte of het ongeluk

Wij betalen dit ook als een reisgenoot:

- ziek wordt
- een ongeluk krijgt
- overlijdt

7.1.2 U ligt in het ziekenhuis

Wij betalen voor ziekenbezoek de reiskosten voor één andere reisgenoot.

Wij betalen maximaal € 100 per keer dat u in het ziekenhuis ligt.

Wij betalen ook ziekenbezoek vanuit Nederland als u:

- in het buitenland in het ziekenhuis ligt, en
- volgens de artsen in levensgevaar bent

Wij betalen dan voor maximaal 2 personen:

- de reiskosten voor de heen- en terugreis
- verblijfkosten tot maximaal € 80 per persoon per dag. Dit doen wij maximaal 10 dagen

7.1.3 U gaat terug naar Nederland per ambulancevliegtuig

Wij betalen het vervoer en de medische begeleiding:

- van het buitenlandse ziekenhuis naar het vliegveld
- naar Nederland per ambulancevliegtuig
- van het Nederlandse vliegveld naar het ziekenhuis

Dit doen wij als dit medisch noodzakelijk is.

7.1.4 U heeft een vervangende chauffeur nodig

Wij zorgen voor een vervangende chauffeur als:

- uw motorrijtuig nog goed rijdt, en
- de bestuurder te ziek is om te rijden of overleden is, en
- de andere inzittenden het motorrijtuig niet kunnen besturen

De chauffeur brengt u naar:

- één adres in Nederland, of
- uw reisbestemming

Wij betalen voor verblijfkosten maximaal € 80 per persoon per dag.

7.1.5 U moet opgespoord of gered worden

Wij betalen alle kosten die volgens de plaatselijke overheid nodig zijn.

7.2 Vervoer bij overlijden

Wij betalen de kosten van:

- vervoer van uw lichaam naar uw woonplaats
- de papieren die nodig zijn voor het vervoer
- de kist die nodig is voor het vervoer

7.3 Uw reisgenoot is overleden

Wij betalen als u alleen verder moet reizen voor één persoon die u kan bijstaan:

- de heenreis naar uw vakantiebestemming per openbaar vervoer
- de terugreis naar Nederland per openbaar vervoer
- de verblijfkosten tot maximaal € 80 per dag. Dit doen wij maximaal 10 dagen

7.4 U moet eerder naar huis

7.4.1 Gezondheid van uw familie

Wij betalen uw reiskosten om naar huis te gaan. Dit doen wij als een familielid in de 1e of 2e graad of zaakwaarnemer:

- overlijdt
- levensgevaarlijk ziek is
- levensgevaarlijk gewond is

Wij betalen ook reiskosten terug naar uw reisbestemming. Dit doen wij als u binnen 3 weken teruggaat.

7.4.2 Ernstige schade aan uw spullen en huis in Nederland

Wij betalen uw reiskosten om naar huis te gaan. Dit doen wij als de schade komt door:

- brand
- diefstal
- storm
- natuurgeweld
- vandalisme

Wij betalen ook reiskosten terug naar uw reisbestemming. Dit doen wij als u binnen 3 weken teruggaat.

7.5 U heeft schade aan het vakantieverblijf dat van u is

Wij betalen de huur van een ander vakantieverblijf als u uw eigen vakantieverblijf niet meer kunt gebruiken.

Dit geldt alleen als:

- het verblijf uw eigendom is, en
- de schade tijdens uw reis of binnen 7 dagen voor vertrek is ontstaan, en
- deze verzekering dan al is gesloten of is ingegaan, en
- het verblijf goed onderhouden is

Wij betalen maximaal € 35 per dag. Dit doen wij maximaal 3 weken.

7.6 U heeft vertraging op de geplande dag van terugreis

Bij vertraging betalen wij uw extra reis- en verblijfkosten. Dit doen wij tot u weer terug kunt. Wij betalen geen extra kosten voor de terugreis naar huis.

Wij betalen dit alleen als dit komt door:

- natuurgeweld
- staking bij het openbaar vervoer
- staking door luchthavenpersoneel

Wij betalen voor verblijfkosten maximaal € 80 per dag.

7.7 Problemen met uw fiets tijdens een fietsvakantie

Wij betalen:

- openbaar vervoer naar huis, of
- huur van een andere fiets
- extra verblijfkosten in de plaats waar de fiets gerepareerd wordt

Dit doen wij als:

- u op de fiets op vakantie bent, en
- u geen motorrijtuig bij u heeft, en
- de fiets niet binnen 2 dagen gerepareerd kan worden

Wij betalen per dag:

- voor huur van een andere fiets maximaal € 25. Dit doen wij maximaal 3 weken
- voor verblijfskosten maximaal € 80. Dit doen wij maximaal 3 dagen

7.8 Wat betalen we ook in de verzekerde situaties genoemd in artikel 7.1 t/m 7.7?

7.8.1 Telefoonkosten

Wij betalen telefoonkosten die u moet maken. We betalen maximaal € 250 per verzekerde gebeurtenis.

7.8.2 Reiskosten eigen voertuig

Wij betalen extra reiskosten die u moet maken met uw eigen voertuig. We betalen € 0,20 per kilometer bij een verzekerde gebeurtenis.

7.8.3 Als uw reisgenoot dit overkomt

Wij betalen extra kosten die u voor uzelf moet maken.

7.8.4 Reiskosten voor uw huisdier

Wij betalen extra reiskosten. Dit doen wij als u zelf uw huisdier niet meer kunt meenemen. Wij betalen maximaal € 250 per huisdier per reis. Maar niet meer dan € 500 per jaar voor alle huisdieren samen.

Hoofdstuk 3 Bagage

Artikel 8 Wat is verzekerd?

Bagage is verzekerd voor schade door:

- diefstal
- verlies
- beschadiging

Wij betalen maximaal € 2.500 per persoon per reis.

Het eigen risico is € 50 per reis. Dit geldt niet voor reispapieren.

Voor bepaalde bagage geldt een maximum. Ook voor geld. De bedragen staan hieronder.

	Maximale vergoeding per reis (tenzij anders vermeld)
8.1 Elektronische apparaten Bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • camera • laptop • koelkast • spelcomputer • iPad Met onderdelen zoals: <ul style="list-style-type: none"> • cd's • software • usb-stick 	€ 1.500
8.2 Mobiele telefoons, smartphones en niet ingebouwde navigatiesystemen	€ 250
8.3 Brillen en contactlenzen	€ 250
8.4 Waardevolle spullen <ul style="list-style-type: none"> • sieraden • horloges • bont • zilver en goud • edelstenen • parels • kijkers, zoals verrekijkers • muziekinstrumenten met onderdelen die erbij horen	€ 400
8.5 Medische hulpmiddelen <ul style="list-style-type: none"> • gehoorapparaten • prothesen • beugels voor tanden 	€ 400
8.6 Onderdelen van en gereedschappen voor motorrijtuigen <ul style="list-style-type: none"> • gereedschappen • ingebouwde apparaten • sleutels • reserve-onderdelen • dakdrager • dakkoffer • sneeuwkettingen • caravanspiegels • fietsendrager 	€ 250
8.7 Fietsen, boten en vliegers <ul style="list-style-type: none"> • fietsen • vliegers met onderdelen die erbij horen En de volgende vaartuigen: <ul style="list-style-type: none"> • zeil- en surfplanken • kano's • opblaasbare boten met onderdelen die erbij horen	€ 400
8.8 Vertraging van bagage Komt <u>uw</u> bagage niet of later dan bedoeld aan op <u>uw</u> vakantiebestemming? Of is <u>uw</u> kleding op de heenreis uit <u>uw</u> motorrijtuig gestolen? Dan betalen <u>wij</u> voor de eerste dagen de kosten van kleding en toiletspullen. Dit geldt niet als <u>u</u> terug naar huis gaat.	€ 250 (geen eigen risico)
8.9 Geld	€ 250 maar niet meer dan € 750 per jaar.
8.10 Schade aan <u>uw</u> verblijf <u>Wij</u> betalen schade die <u>u</u> veroorzaakt aan een gehuurd verblijf. Ook de inboedel in het verblijf is verzekerd. <u>U</u> moet dan wel aansprakelijk zijn voor de schade. Hieronder valt ook schade die is ontstaan doordat <u>u</u> de sleutel bent verloren van de kluis in het verblijf.	€ 400 (alleen als de schade hoger is dan € 25)

Artikel 9 Wat is niet verzekerd?

- waardepapieren die u niet gebruikt op vakantie
- pasjes
- spullen die u aan het verhuizen bent
- kunst
- spullen uit verzamelingen
- spullen die voor zakelijk gebruik bedoeld zijn
- voer- en vaartuigen die u huurt
- motorrijtuigen
- aanhangers, ook vouwwagens en caravans
- luchtvaartuigen
- niet opblaasbare vaartuigen

Artikel 10 Wanneer betalen wij niet

Wij betalen niet voor:

- schade of diefstal omdat u niet voorzichtig genoeg bent. U bent niet voorzichtig genoeg als u bijvoorbeeld:
 - betere maatregelen had kunnen treffen om schade te voorkomen
 - geld en cheques achterlaat in een motorrijtuig
 - kostbare spullen zichtbaar achterlaat
 - kostbare spullen bij openbaar vervoer niet meeneemt in uw handbagage
 - kostbare spullen zonder toezicht achterlaat in een ruimte die niet op slot zit
- schade door:
 - warmte, vocht en vorst
 - ongedierte
 - slijtage, eigen gebrek en eigen bederf
- gevolgschade. Bijvoorbeeld misbruik door anderen van gestolen betaalpassen of creditcards
- schade als u de spullen nog kunt gebruiken. Bijvoorbeeld bij:
 - krassen
 - deuken
 - vlekken
- breuk van breekbare bagage. Dit is wel verzekerd bij breuk door:
 - inbraak
 - beroving
 - brand
 - een ongeluk met een vervoermiddel

Artikel 11 Wat betalen wij?

11.1 Uw bagage kan gerepareerd worden

Wij betalen de kosten van reparatie tot maximaal de dagwaarde. Of maximaal de nieuwwaarde als spullen niet ouder zijn dan één jaar.

11.2 Uw bagage kan niet gerepareerd worden

Door:

- diefstal
- verlies
- schade die niet meer te repareren is

Wij betalen de dagwaarde als de spullen ouder zijn dan één jaar.

Wij betalen de nieuwwaarde als de spullen niet ouder zijn dan één jaar.

Bij diefstal of verlies betalen wij in sommige gevallen alleen als u ons het eigendom van de spullen geeft. U krijgt hier een formulier voor.

Hoofdstuk 4 Wintersportdekking

U bent verzekerd tijdens wintersporten.

Artikel 12 Wat is verzekerd?

12.1 Wintersportuitrusting

Wij betalen maximaal € 2.500 per reis.

Ook voor wintersportuitrusting geldt het eigen risico van € 50 per reis. Artikel 10 en 11 gelden hier.

Wij betalen de huurkosten van vervangende spullen als:

- uw wintersportuitrusting is gestolen
- u uw wintersportuitrusting verliest
- uw wintersportuitrusting is beschadigd

12.2 Passen, skihuur en skilessen

Wij betalen niet gebruikte dagen van:

- passen
- skihuur
- skilessen

als u:

- door een ongeval niet kunt wintersporten
- in het ziekenhuis bent opgenomen

Wij betalen ook niet gebruikte dagen van:

- passen
- skihuur
- skilessen

als u eerder naar huis moet.

Wij betalen dit ook voor één reisgenoot die mee teruggaat.

Dit doen wij als de reden van uw vertrek in artikel 7 van deze voorwaarden staat.

Wat bedoelen wij met...

Dagwaarde

De nieuwwaarde min een bedrag voor veroudering en slijtage.

Familieid in de 1^e en 2^e graad

- partner
- ouders, schoonouders, pleegouders, stiefouders
- kinderen, schoonzonen, schoondochters, pleegkinderen, stiefkinderen
- broers, zwagers, pleegbroers, stiefbroers
- zussen, schoonzussen, pleegzussen, stiefzussen
- opa's, oma's
- kleinkinderen

Frauderen

U fraudeert als u met opzet van ons, of via ons:

- een betaling
- een dienst
- hulp

probeert te krijgen waarop u geen recht heeft. Het maakt niet uit hoe u dit probeert. U fraudeert ook als u fraude door een ander mogelijk maakt.

Nieuwwaarde

Het bedrag waarmee u op het moment van ontstaan van de schade dezelfde of vergelijkbare spullen nieuw kunt kopen.

Kostbare spullen

Alle spullen die genoemd staan in artikel 8.1 tot en met 8.4. Bij artikel 8.3 bedoelen we alleen zonnebrillen.

Polis

Het bewijs van verzekering.

Reispapieren

Dit zijn:

- rij- en kentekenbewijzen
- kentekenplaten
- biljetten voor vervoer
- identiteitsbewijzen
- toeristenkaarten
- paspoorten
- skipassen

U, uw

De verzekeringnemer. Dit is de persoon die de verzekering heeft afgesloten. De naam van de verzekeringnemer staat op de polis.

Verzekerde

- u

Vrijwilligerswerk

Werk:

- waar u geen geld voor krijgt
- dat niet verplicht is
- dat u doet voor andere mensen of de samenleving
- dat is geregeld door een organisatie

Wij, we, ons, onze

N.V. Univé Schade
Jan Bommerstraat 4
9402 NR Assen
Nederland
KvK-nummer: 04073729
DNB-nummer: 12000664

Wintersport(en)

Sport waar sneeuw of ijs voor nodig is. Zoals skiën en schaatsen.

Zaakwaarnemer

Iemand die u als ondernemer heeft aangewezen om uw belangen te behartigen.

Univé Verzekeringen
Rogier van de Weijdestraat 1
1817 MJ Alkmaar
www.zekur.nl
Telefoonnummer 0900-ALZEKUR

D8500-201310

ZEKUR.nl

van
UNIVÉ

Veel verzekering voor weinig