

MODELOVEREENKOMST
Univé Zorg Vrij polis
(ingaaude 1 januari 2006)

Inhoudsopgave	Pagina
Artikel 1 Begripsomschrijving	1
Artikel 2 Algemene bepalingen	2
2.1. Toepassingsgebied modelovereenkomst Univé Zorg Vrij polis	2
2.2. Conformiteit Zorgverzekeringswet	2
2.3. Grondslag van de verzekering	2
2.4. Bedenkperiode	2
2.5. Prestatiewijze	2
2.6. Mededelingsplicht	3
2.7. Aanvang en duur zorgverzekering	3
2.8. No-claim	3
2.9. Eigen risico	4
2.10. Declaratie en betaling	4
2.11. Premie	4
2.12. Informatie- en meldingsplichten	5
2.13. Bijzondere verplichtingen van de verzekerde	5
2.14. Aansprakelijkheid van derden	5
2.15. Opzegging	5
2.16. Herziening premie of voorwaarden	5
2.17. Opzegging of ontbinding door Univé	6
2.18. Beëindiging van rechtswege	6
2.19. Geschilbeslechting	6
2.20. Bescherming persoonsgegevens	6
2.21. Fraude	6
2.22. Onterechte verzekering	6
2.23. Molest/ terrorisme	6
Artikel 3 De verzekerde zorg	6
Artikel 4 Buitenland	15

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

Hoe leest u de voorwaarden

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

Artikel 1 Begripsomschrijving

Univé

N.V. Univé Zorg of OVM Univé Zorgverzekeraar U.A..

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

(verder in alfabetische volgorde)

Bedrijfsarts

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

BurgerServiceNummer (BSN)

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

Collectief contract

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

Eigen bijdrage

Een vastgesteld bedrag/aandeel van de volgens de modelovereenkomst voor vergoeding in aanmerking komende kosten, welke de verzekerde zelf dient te dragen alvorens het resterende deel van die kosten voor vergoeding in aanmerking komt.

Eigen risico

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

EU- en EER-staat

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

Gespecialiseerd leverancier

Een op medisch gebied in een bepaald hulpmiddel gespecialiseerde leverancier.

Incidentele zorg

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

Kosten

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

Medisch adviseur

De arts die Univé in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch gespecialiseerd leverancier

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

<i>Medisch speciaalzaak</i>	Een op medisch gebied gerichte speciaalzaak met winkel of een op medisch gebied gericht postorderbedrijf.	<i>Lid 2</i>	Voor zover na het tijdstip waarop de tekst van deze modelovereenkomst in druk is gegaan, zou blijken dat de modelovereenkomst op enig onderdeel niet in overeenstemming is met het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, wordt de modelovereenkomst geacht te zijn gewijzigd zodanig dat zij wel in overeenstemming is met het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Bindend is uitsluitend de tekst van de modelovereenkomst, zoals deze luidt met inachtneming van de wijziging(en) als bedoeld in de vorige volzin. Univé zal de verzekerden zodra mogelijk schriftelijk informeren over de eventuele wijziging(en) van de tekst van de modelovereenkomst die uit dit artikelid voortvloeien. De eventueel aangepaste volledige tekst van de modelovereenkomsten kan worden geraadpleegd op www.unive.nl , ligt ter inzage ten kantore van Univé en wordt op verzoek toegezonden.	
<i>Modelovereenkomst</i>	Model van een zorgverzekering, waarin een overzicht wordt gegeven van de rechten en plichten die de verzekeringsnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar jegens elkaar zullen hebben indien een overeenkomst volgens het betreffende model is gesloten.			
<i>No-claim</i>	Regeling waarbij door de zorgverzekeraar een bedrag aan de verzekerde wordt teruggestort wanneer er in een kalenderjaar geen of minder dan een bij AMvB vastgesteld bedrag (€ 255,- voor het jaar 2006) aan medische kosten zijn gedeclareerd.			
<i>Spoedeisende zorg</i>	Onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.	<i>Lid 3</i>	Op deze verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.	
<i>Treeknormen</i>	Treeknormen zijn streefnormen van maximale wachttijden voor niet-(sub)spoedeisende zorg. Deze normen zijn door de overheid, in samenwerking met verzekeraars, ziekenhuizen en patiëntenbelangenverenigingen vastgelegd in het Treekoverleg van 19 januari 2000.	<i>Lid 4</i>	De Nederlandse zorgverzekeraars hebben regels opgesteld over de manier waarop zij hun taak opvatten en hoe zij zich willen gedragen. Deze regels zijn vastgelegd in de "Gedragscode van de zorgverzekeraar", waaraan Univé zich heeft verbonden. Een brochure over deze gedragscode is bij Univé op te vragen.	
<i>Verdragsland</i>	Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte of Zwitserland.	2.3.	Grondslag van de verzekering	
<i>Verzekerde</i>	De persoon die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.	<i>Lid 1</i>	De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van het ingevulde aanvraagformulier en de schriftelijke gegevens die daarbij afzonderlijk zijn verstrekt.	
<i>Verzekeringnemer</i>	De persoon die de verzekeringsovereenkomst met Univé is aangegaan.	<i>Lid 2</i>	De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd in de zorgpolis. Univé stuurt de verzekeringsnemer voor het begin van ieder kalenderjaar een zorgpolis. Indien verzekerde een ander is dan de verzekeringsnemer ontvangt ook de verzekerde een zorgpolis.	
<i>Verzekeringsovereenkomst</i>	De overeenkomst tussen verzekeringsnemer en Univé.	<i>Lid 3</i>	Naast de zorgpolis verstrekt Univé als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een bewijs van inschrijving op vertoon waarvan de verzekerde de zorg kan verkrijgen.	
<i>Verzekeringplichtige</i>	Degene die verplicht is zich krachtens een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet te verzekeren of te laten verzekeren.	<i>Lid 4</i>	Univé verstrekt de verzekeringsnemer een bewijs van het einde van de zorgverzekering overeenkomstig artikel 9, lid 2 van de Zorgverzekeringswet. Indien verzekerde een ander is dan de verzekeringsnemer ontvangt ook de verzekerde een bewijs van het einde van de zorgverzekering.	
<i>Wet BIG</i>	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgaanbieders omschreven. Telefoon (0900) 899 82 25, internetadres: www.bigregister.nl .	<i>Lid 5</i>	Onderliggende reglementen en schriftelijke gegevens verstrekt door de verzekerde/ verzekeringsnemer maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst. De onderliggende reglementen liggen ter inzage bij Univé, zijn raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via zorgvragen@unive.nl .	
<i>WTG</i>	De Wet Tarieven Gezondheidszorg regelt het wettelijke tarief dat door zorgaanbieders bij de ziektekostenverzekeraars mag worden gedeclareerd.	2.4.	Bedenkperiode	
<i>Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC)</i>	Een zelfstandig behandelcentrum is een kliniek, die voldoet aan de bij of krachtens wet gestelde regels, waarin minstens twee specialisten samenwerken. De functie van een zelfstandig behandelcentrum ligt vooral in de planbare (niet-spoedeisende) zorg waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen.	De verzekeringsnemer kan de verzekeringsovereenkomst binnen 10 werkdagen na dagtekening van de zorgpolis schriftelijk opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.		
<i>Ziekenhuis</i>	Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.	2.5.	Prestatiewijze (restitutie)	
<i>Zorgaanbieder</i>	Personen en instellingen in de gezondheidszorg die binnen het kader van deze overeenkomst zorg leveren.	<i>Lid 1</i>	De verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van de genoten zorg of overige diensten zoals omschreven in artikel 3 en 4 van deze modelovereenkomst alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.	
<i>Zorgpolis</i>	De akte waarin de tussen een verzekeringsnemer en Univé gesloten zorgverzekering is vastgelegd.	<p data-bbox="855 1704 1007 1727">Zorgbemiddeling</p> <p data-bbox="855 1727 1461 1883">De afdeling Zorgbemiddeling adviseert u in welke instelling (ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of extramuraal werkend specialist) of bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag het beste terecht kunt. Als u te maken hebt met onacceptabel lange wachttijden voor polikliniekbezoek of opname in een ziekenhuis kunt u ook contact opnemen met de afdeling Zorgbemiddeling. De afdeling Zorgbemiddeling kunt u bereiken via www.unive.nl/zorgservice of via 072-5277676.</p>		
Artikel 2	Algemene bepalingen			
2.1.	Toepassingsgebied modelovereenkomst Univé Zorg Vrij polis	<i>Lid 2</i>	Deze modelovereenkomst geeft de verzekerde, binnen de grenzen als omschreven in artikel 3, de keuze uit alle zorgaanbieders.	
De modelovereenkomst Univé Zorg Vrij polis is bestemd voor verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland en in het buitenland.	2.2.	Conformiteit Zorgverzekeringswet	<i>Lid 3</i>	Indien bij algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 12 lid 1 Zorgverzekeringswet bepaalde vormen van zorg zijn aangewezen, vergoedt Univé alleen de kosten van de zorg indien tussen Univé en de zorgaanbieder een overeenkomst over de te leveren zorg of dienst en de daarvoor
<i>Lid 1</i> De modelovereenkomst Univé Zorg Vrij polis moet worden uitgelegd en toegepast conform de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.	pag. 2 van 15	2055.10/05		

in rekening te brengen prijs is gesloten, dan wel indien de zorgaanbieder bij Univé in dienst is.

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

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

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

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

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

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

Lid 10 De verzekerde heeft tevens recht op vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan omschreven in artikel 3 van deze verzekeringsovereenkomst, mits Univé dit nader heeft bepaald, Univé daarvoor vooraf schriftelijk toestemming heeft verleend en de zorg binnen de aanspraken conform artikel 2.4 tot en met 2.16 van het Besluit zorgverzekering valt.

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

Univé maakt met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit en service, maar ook over de prijs van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. Wilt u weten met welke zorgaanbieders Univé een contract heeft gesloten? Kijkt u dan op www.unive.nl/zorgservice.

Treeknormen

Univé hanteert de zogenoemde Treeknormen als leidraad voor de zorg als omschreven in artikel 3. Indien de zorgaanbieder de zorg niet binnen de gestelde Treeknormen kan leveren, kan verzekerde een beroep doen op Univé Zorgbemiddeling. De Treeknormen zijn te vinden op www.unive.nl/zorgservice. De volgende normen worden momenteel gehanteerd als maximale, acceptabele wachttijden:

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

Als u bij het ziekenhuis van uw keuze langer moet wachten dan de hierboven genoemde wachttijden kan Univé Zorgbemiddeling u wellicht een alternatief aanbieden. Neem daarvoor contact op met Univé Zorgbemiddeling. De afdeling Zorgbemiddeling kunt u bereiken via www.unive.nl/zorgservice of via telefoonnummer 072-5277676.

2.6. Mededelingsplicht

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

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

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

2.7. Aanvang en duur zorgverzekering

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

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

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

Lid 4 Indien de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.

Lid 5 Bij het opleggen van een bestuurlijke boete, wegens het voorafgaand onverzekerd zijn, handelt Univé overeenkomstig de bepalingen van § 9.3 van de Zorgverzekeringwet.

Lid 6 De looptijd van deze verzekeringsovereenkomst is één kalenderjaar.

Lid 7 Indien de verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten in de loop van het kalenderjaar geldt, in afwijking van lid 6, een looptijd tot het einde van het volgende kalenderjaar.

Lid 8 De zorgverzekering wordt na verloop van de in lid 6 en lid 7 bedoelde termijn, telkens met één jaar verlengd, tenzij de verzekeringsnemer de verzekeringsovereenkomst voor 1 november heeft opgezegd.

No claim en eigen risico

2.8. No-claim

Lid 1 Indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan een bedrag van € 255,-, heeft de verzekerde jegens Univé recht op een bedrag, de no-claimteruggave, dat gelijk is aan het verschil tussen het bedrag van € 255,- en eerderbedoelde waarde.

Lid 2 Geen recht op een no-claimteruggave hebben verzekerden voor wie geen premie verschuldigd is.

Lid 3 Van de kosten van zorg genoemd in lid 1 worden de kosten van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed alsmede de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden buiten beschouwing gelaten.

Lid 4 Indien de verzekeringsovereenkomst niet op 1 januari van een kalenderjaar is ingegaan respectievelijk is geëindigd en de verzekeringsnemer niet direct voorafgaande aan de ingangsdatum respectievelijk direct volgende op de datum waarop de verzekering eindigde een zorgverzekering met Univé had gesloten, dan wel indien de verzekerde gedurende het kalenderjaar 18 jaar is geworden, wordt het in lid 1 bedoelde bedrag van € 255,- vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de verzekeringsovereenkomst liep dan wel, indien verzekerde 18 jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

Lid 5 Indien het vorige lid van toepassing is, wordt de no-claimteruggave berekend door van het ingevolge dat lid bepaalde

bedrag af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties, genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de verzekeringsovereenkomst inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop voor de verzekerde premie verschuldigd werd.

Lid 6 De no-claimteruggave waarop verzekerden aanspraak hebben, wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, uitgekeerd door overmaking op de bankrekening van de verzekerde.

Voorbeeld

Stel dat de huisarts u in een bepaald jaar een antibioticumkuur voorschrijft. De huisarts valt buiten de no-claimregeling. Deze kosten worden dus niet van de no-claim teruggave afgetrokken. De antibioticumkuur valt onder de definitie geneesmiddelen en wordt daarom wel van de no-claim afgetrokken. Voor 1 april van het jaar daarop krijgt u het volgende bedrag terug: € 255,- min de kosten van de antibioticumkuur.

2.9. Eigen risico

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

Lid 2 De kosten van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en de kosten van farmaceutische zorg vallen buiten het eigen risico.

Bijzonder bij Univé is dat de kosten van de huisarts en geneesmiddelen buiten het eigen risico vallen. Dit betekent dat, als u gekozen heeft voor een eigen risico van € 100,- en u bezoekt de huisarts, deze kosten volledig buiten het eigen risico vallen.

Lid 3 Verzekeringssnemer kan kiezen uit de mogelijkheden zonder eigen risico of een eigen risico van € 100,-, € 300,- of € 500,-. De bijbehorende korting op de grondslag van de premie is bij een eigen risico van € 100,- een bedrag van € 4,- op maandbasis, bij een eigen risico van € 300,- een bedrag van € 10,- op maandbasis en bij een eigen risico van € 500,- een bedrag van € 17,50 op maandbasis.

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

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

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

- ieder bedrag aan eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
- de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
- de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.

Lid 7 Verzekeringssnemer kan met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar kiezen voor een wijziging in de hoogte van het eigen risico of het vervallen van het eigen risico, mits Univé hiertoe twee maanden voor het einde van de verzekering van de verzekerde of verzekeringssnemer een schriftelijk of telefonisch verzoek heeft ontvangen.

Lid 8 Univé brengt de kosten van zorg slechts in mindering op een voor een bepaald kalenderjaar geldend eigen risico,

voor zover deze het relevante no-claimbedrag voor dat kalenderjaar heeft overschreden.

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

Toelichting

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

Verplichtingen van de verzekerde

2.10. Declaratie en Betaling

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

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

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

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

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

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

2.11. Premie

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

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

Voorbeeld

Iemand die op 15 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

Lid 3 De premiegrondslag is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 2.9 lid 3 of een in het collectief contract overeengekomen collectiviteitskorting geldt of zal gelden.

Lid 4 De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie verminderd met de premiekortingen als bedoeld in lid 1 en lid 3 van dit artikel. De aldus berekende premie wordt in voorkomend geval verminderd met de termijnbetalingkorting als bedoeld in lid 1 van dit artikel.

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

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

Lid 7 Indien de verzekeringssnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Univé de dekking van de verzekeringsovereenkomst opschorten of de verzekeringsovereenkomst beëindigen, nadat de verzekeringssnemer na de vervaldag onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn

van 30 dagen aanvangende de dag na aanmaning. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.

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

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

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

2.12. Informatie- en meldingsplichten

Lid 1 De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging die invloed heeft op de rechten en plichten uit de verzekeringsovereenkomst zo spoedig mogelijk, uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Univé te melden. Wijzigingen zijn onder meer verhuizing, huwelijk, samenwoning, (echt)scheiding, geboorte of wijziging bank-/gironummer. Voor het nalaten van het hierboven bepaalde, draagt Univé geen enkel risico. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Lid 2 In geval van overlijden van de verzekerde of verzekeringnemer heeft de rechtsopvolger van de overledene de meldingsplicht als bedoeld in lid 1. Desgevraagd vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

Lid 3 Indien Univé op grond van de feiten en omstandigheden genoemd in lid 1 en 2 tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, zal Univé dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld mededelen aan de verzekeringnemer.

Lid 4 Voor een wettelijke vertegenwoordiger geldt een termijn van 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht om een pasgeboren kind te verzekeren.

Lid 5 De verzekeringnemer is verplicht bij opzegging van de verzekeringsovereenkomst aan Univé mee te delen wie de nieuwe verzekeraar is.

2.13. Bijzondere verplichtingen van de verzekerde

Lid 1 De verzekerde is verplicht:

- Bij het intropen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart.
- De behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de arts of de medisch adviseur daarom vraagt.
- Aan Univé, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.
- Binnen redelijke termijn aan Univé te melden dat verzekerde gedetineerd is.
- De originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat daaruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Univé is gehouden, binnen 24 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij Univé in te dienen.
- Bij behandelingen waarvoor in de modelovereenkomst een schriftelijk voorschrift vereist is, een verwijfsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt, dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is (is geweest).
- Indien uit de modelovereenkomst blijkt dat (voorafgaande) schriftelijke toestemming van Univé vereist is, dan dienen deze behandelingen vooraf bij Univé te worden aangevraagd en door Univé te zijn goedgekeurd.

Lid 2 Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft Univé geen kosten te vergoeden.

2.14. Aansprakelijkheid van derden

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

van de geleden schade, een en ander onverminderd het bepaalde in artikel 284 van het Wetboek van Koophandel.

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

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

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

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

Einde zorgverzekering

2.15. Opzegging

Lid 1 De verzekeringnemer kan de verzekeringsovereenkomst voor 1 november van ieder jaar met ingang van het volgende kalenderjaar opzeggen.

Lid 2 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt.

2.16. Herziening van premie of voorwaarden

Lid 1 Univé is bevoegd om eenzijdig wijzigingen aan te brengen in deze verzekeringsovereenkomst, de lijst van zorgaanbieders en andere onderliggende reglementen.

Lid 2 Een herziening van de voorwaarden in deze verzekeringsovereenkomst geschiedt op een door Univé vast te stellen datum. Univé doet van de voorgenomen herziening mededeling, in ieder geval voor de datum van ingang van de wijziging.

Lid 3 Indien Univé de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst ten nadele van de verzekeringnemer wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.

Lid 4 Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de maand waarin deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

Lid 5 De verzekeringnemer kan de verzekeringsovereenkomst opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop Univé hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van premie heeft medegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.

Lid 6 De verzekeringnemer kan niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de Zorgverzekeringswet gestelde regels.

U mag jaarlijks per 1 januari uw Univé zorgverzekering opzeggen, mits u dit vóór 1 november aan Univé laat weten. Als Univé besluit de premies of de voorwaarden van uw verzekering aan te passen, mag u ook op een later tijdstip uw verzekering opzeggen.

Stel dat u op 6 november 2006 een brief ontvangt waarin Univé u vertelt dat de premie per 1 januari 2007 omhoog gaat. U hebt dan tot 1 januari 2007 de tijd uw verzekering op te zeggen. Op 15 december 2006 stuurt u ons een brief waarin u inderdaad uw verzekering opzegt. Uw verzekering eindigt dan op 1 februari 2007.

- 2.17. Opzegging of ontbinding door Univé**
- Lid 1* Univé kan in een situatie als genoemd in artikel 2.6. lid 2 en artikel 2.11. lid 7 de verzekeringsovereenkomst opzeggen of ontbinden.
- Lid 2* Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend, noch wordt daaraan een verplichting verbonden tot ongedaanmaking of vergoeding van hetgeen partijen reeds ter nakoming van de zorgverzekering jegens elkaar hebben verricht.

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

Werkgebied

Univé is een landelijk werkende verzekeraar. Zo lang u woont in Nederland, valt onder de rechten van de AWBZ of loonbelasting betaalt aan de Nederlandse staat, kunt u deze verzekering behouden.

Geschillen

- 2.19. Geschilbeslechting**
- Lid 1* Indien de verzekerde zich niet met een beslissing kan verenigen, kan hij binnen zes weken nadat de beslissing hem is meegedeeld, zijn bezwaren schriftelijk kenbaar maken aan Univé t.a.v. klachtbehandeling. Univé zal hierop binnen 6 weken haar definitieve standpunt kenbaar maken.
- Lid 2* Nadat Univé in heroverweging een besluit heeft genomen, kan het geschil worden voorgelegd aan de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekeringswet. Deze instantie brengt een bindend advies uit.
- Lid 3* Het gestelde in lid 1 en lid 2 doet niet af aan het recht van de verzekerde een geschil voor te leggen aan de burgerlijke rechter. Indien de verzekerde een geschil in een bodemprocedure aan de burgerlijke rechter heeft voorgelegd, blijft lid 2 buiten toepassing.

Klachtenprocedure

Bent u het niet eens met een beslissing van Univé? Stuur dan een brief naar Univé Verzekeringen t.a.v. klachtbehandeling, postbus 276, 1800 BJ Alkmaar. Binnen 6 weken beoordelen wij uw vraag opnieuw en informeren wij u over onze beslissing.

Als u het er dan nog steeds niet mee eens bent, kunt u uw vraag schriftelijk voorleggen aan de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekeringswet.

Overige bepalingen

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

- 2.21. Fraude**
- Omschrijving Het plegen of trachten te plegen en het doen of plegen van:
- valsheid in geschrifte;
 - oplichting/bedrog;
 - benadeling van schuldeisers of rechthebbenden;
 - verduistering.
- Door Organisaties en (rechts)personen die bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken zijn met als doel het onder valse voorwendsels/oneigenlijke gronden verkrijgen van een verzekeringsdekking, uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat.
- Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat:
- uw persoonsgegevens worden opgenomen in het Incidentenregister van Univé Verzekeringen;
 - in het geheel geen verzekeringsuitkering plaatsvindt;
 - de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
 - ook alle andere binnen de Univé-organisatie lopende verzekeringen zullen worden beëindigd;
 - er een registratie plaatsvindt in het tussen verzekeraars gangbare signaleringssysteem (e.e.a. conform het incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen);
 - eventueel uitgekeerde schade wordt teruggevorderd en onderzoekskosten in rekening worden gebracht;
 - er in principe aangifte wordt gedaan bij de politie/justitie/ECD.

2.22. Onterechte verzekering

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

2.23. Molest/ terrorisme

- Lid 1* Op grond van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 mogen schadeverzekeraars geen schaden verzekeren veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. 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 gedeponneerd.
- Lid 2* Indien de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij (NHT) voor Terrorismeschaden N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op prestaties tot een door die maatschappij te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Een omschrijving van de definities en het clauseblad terrorismedekking is bij Univé verkrijgbaar.
- Lid 3* Indien na een terroristische handeling op grond van artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in het vorige lid, recht op prestaties van een bij ministeriële regeling te bepalen omvang.

Artikel 3 De verzekerde zorg

- 3.1. Geneeskundige zorg**
- Omschrijving Geneeskundige zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden. Geneeskundige zorg omvat geen vergoeding van de kosten voor het vaccineren ten behoeve van grieppreventie.
- Lid 1 Huisartsenzorg*
- Omschrijving Huisartsenzorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden dient te worden verleend door:
- een huisarts die als zodanig is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie

- van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG);
- 2. een verpleeghuisarts die als zodanig is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG;
- 3. een bedrijfsarts die als zodanig is ingeschreven in het register van de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG;
- 4. een arts voor verstandelijk gehandicapten die als zodanig is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG.

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

Aanvullende voorwaarden

Verzekerde dient op naam van een huisarts of arts die verzekerde voorziet van zorg zoals huisartsen die plegen te verlenen ingeschreven te worden. Deze inschrijving op naam vindt plaats of wordt gewijzigd op daartoe strekkend verzoek van de verzekerde aan Univé.

Door

Medisch-specialistische zorg dient te worden verleend door een medisch-specialist, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst of na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder.

Vergoeding

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

Waar

Medisch-specialistische zorg dient plaats te vinden in een ziekenhuis, de praktijk van de medisch-specialist, zelfstandig behandelcentrum (ZBC), een revalidatie-instelling of na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen instelling.

Voorschrijvereisten

Voor medisch-specialistische zorg is een voorschrift van de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, de bedrijfsarts of de medisch-specialist noodzakelijk. Indien het verloskundige zorg betreft mag ook worden verwezen door de verloskundige. Indien medisch-specialistische zorg plaatsvindt op voorschrift van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden, een overeenkomst heeft gesloten.

Geen eigen risico!

Bijzonder bij Univé is dat de kosten van de huisarts en geneesmiddelen buiten het eigen risico vallen. Dit betekent dat, als u gekozen heeft voor een eigen risico van € 100,- en u bezoekt de huisarts, deze kosten volledig buiten het eigen risico vallen.

Voorbeelden vergoeding

Passantentariaf

Wanneer u als verzekerde gebruik maakt van een andere huisarts dan de huisarts op wiens naam u bent ingeschreven, en deze huisarts is gevestigd buiten de gemeentegrenzen van uw woonplaats, dan zal de huisarts voor de door u genoten zorg een passantentariaf in rekening brengen. Dit is een hoger tarief dan het tarief dat uw eigen huisarts of diens formele waarnemer in rekening brengt. Wanneer het passantentariaf in rekening wordt gebracht, komt dit alleen voor vergoeding in aanmerking wanneer het gaat om spoedeisende of incidentele zorg.

Spoedeisende zorg/incidentele zorg

U bent op vakantie op Texel en verwondt zich op een dusdanige manier dat u vermoedt dat de wond gehecht moet worden. In deze situatie kunt u gebruik maken van huisartsenzorg en wordt deze zorg door Univé vergoed. Dit omdat het medische zorg is die niet uitgesteld kan worden tot u weer terug bent van vakantie en u uw eigen huisarts kunt raadplegen en dit incidentele zorg betreft.

Op naam ingeschreven van een huisarts buiten Nederland

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

Zorgbemiddeling

Indien u door een verhuizing geen huisarts meer heeft, kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgbemiddeling. Deze afdeling bemiddelt u naar een huisarts die nog patiënten aanneemt. De afdeling Zorgbemiddeling kunt u bereiken via www.unive.nl/zorgservice of via telefoonnummer 072-5277676.

Toestemmingsvereisten

Voorafgaande schriftelijk toestemming van Univé is vereist voor medisch-specialistische behandelingen zoals omschreven in het Reglement medisch-specialistische zorg.

Aanvullende voorwaarden

1. Op de behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg indien die strekt tot correctie van:
 - afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemteltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.
2. Het door Univé opgestelde Reglement medisch-specialistische zorg maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement medisch-specialistische zorg is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via zorgvragen@unive.nl.

Vergoeding

Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.

Lid 2

Medisch-specialistische zorg

Omschrijving

Medisch-specialistische zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden als bedoeld in artikel 3.6., alsmede de bij de behandeling horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

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

Uitgesloten van vergoeding is:

- Preventieve geneeskunde waarvoor geen medisch indicatie bestaat, bijvoorbeeld Total Bodycheck;
- Aanstellingskeuringen en andere keuringen, bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet, attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
- Declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- Experimentele geneeskunde

Zorgbemiddeling

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

Acceptabele wachttijden (treeknormen)

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

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

Als u bij het ziekenhuis van uw keuze langer moet wachten dan de hierboven genoemde wachttijden kan Univé Zorgbemiddeling u wellicht een alternatief aanbieden.

Lid 3	Verblijf
Omschrijving	Verblijf omvat vergoeding van de kosten voor verblijf, op basis van de laagste klasse, gedurende het etmaal tot ten hoogste een periode van 365 dagen, dat naar objectieve maatstaven gemeten medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 3.1. lid 2, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.
Waar	Verblijf dient plaats te vinden in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of na schriftelijke toestemming van Univé een door Univé nader aan te wijzen instelling.
Toestemmingsvereisten	Voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé is vereist voor verblijf in verband met medisch-specialistische behandelingen, zoals omschreven in het Reglement medisch-specialistische zorg. Het door Univé opgestelde Reglement medisch-specialistische zorg maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via zorgvragen@Unive.nl .
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none">1. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.2. In afwijking van het eerste onderdeel tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
Vergoeding	Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.

Lid 4 Verpleging

Omschrijving	Verpleging omvat, naast de in artikel 3.1 lid 3 bedoelde verpleging, tevens vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.
Door	Verpleging dient te worden verleend door een verpleegkundige die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG.
Waar	Verpleging dient plaats te vinden in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of na schriftelijke toestemming van Univé een door Univé nader aan te wijzen instelling.
Aanvullende voorwaarden	Verpleging die wordt geleverd in het kader van het verblijf in een AWBZ-instelling en die kan worden geacht deel uit te maken van de opname en het verdere verblijf in een dergelijke instelling valt niet onder de aanspraak.
Vergoeding	Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.

Lid 5 Verloskundige zorg en Kraamzorg

Omschrijving	De verloskundige zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg, inclusief voor- en nazorg, voor de vrouwelijke verzekerde zoals verloskundigen of huisartsen die plegen te bieden al dan niet in combinatie met behandeling, verblijf en verpleging in het ziekenhuis.
--------------	--

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

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

- Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak**
Indien naar het oordeel van de verloskundige, huisarts of gynaecoloog voor de bevalling poliklinische opname of verblijf in het ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat er voor moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis, zoals bedoeld in artikel 3.1 lid 2, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.
- Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak**
Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
- Bevalling en kraambed thuis**
Indien de bevalling en/of het kraambed thuis plaatsvinden, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten voor:
 1. verloskundige zorg;
 2. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal 3 uur na de bevalling;
 3. kraamzorg, van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling.
- Bevalling in het ziekenhuis en kraamzorg thuis**
Indien na de bevalling in het ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en kind aanspraak op vergoeding van de kosten van kraamzorg zoals omschreven in c sub 3 en gelden de aanvullende voorwaarden 5 en 6 onder het kopje Kraamzorg, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaats gevonden, het aantal dagen dat in het ziekenhuis is doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in c sub 3 genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

Verloskundige zorg

Door	Verloskundige zorg dient te worden verleend door een verloskundige of huisarts.
Waar	Verloskundige zorg dient plaats te vinden in een ziekenhuis, bij de verzekerde thuis of bij een door Univé nader aan te wijzen instelling.
Vergoeding	Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.

Er bestaat onder meer geen aanspraak op:
Kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg.

Kraamzorg

Door	De kraamzorg dient te worden verleend door een kraamverzorgende of verpleegkundige, verbonden aan een kraamzorgaanbieder of ziekenhuis die, indien van toepassing, beschikken over de wettelijk vereiste toelating of erkenning.
Waar	Kraamzorg dient plaats te vinden bij de verzekerde thuis, in het ziekenhuis of een door Univé nader aan te wijzen instelling.
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none">1. De kraamzorgaanbieder bepaalt het recht op het aantal kraamuren op basis van een indicatie protocol. Het toegekende aantal uren is afhankelijk van de noodzakelijke zorg voor moeder en kind, maar bedraagt minimaal 24 uur en maximaal 80 uur verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het indicatieprotocol kan worden opgevraagd bij de kraamzorgaanbieder.2. In de Regeling zorgverzekering is bepaald dat op de vergoeding van de kosten onder omschrijving onderdeel b. voor kraamzorg een eigen bijdrage geldt voor zowel de moeder als het kind van € 14,00 per dag, in totaal dus € 28,00 per dag. Dit bedrag wordt vermeer-

- derd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis de € 100,50 per dag te boven gaat.
- Conform de Regeling zorgverzekering blijft van de vergoeding van de kosten onder omschrijving onderdeel c. sub 3 en d. een bedrag van € 3,50 per uur kraamzorg voor rekening van de verzekerde.
 - Op het geïndiceerde aantal kraamuren wordt per opnamedag in het ziekenhuis 1/8ste deel in mindering gebracht, met uitzondering van de dag van ontslag.
 - De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door de kraamzorgaanbieder, die betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Vergoeding Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.

Zwanger?

Univé Kraamzorg helpt u graag bij het regelen van de kraamzorg. Bel uiterlijk vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum telefoonnummer 0800-8998099. Dit nummer is gratis.

3.2. Overige geneeskundige zorg

Lid 1 Niet-klinische dialyse

- Omschrijving Niet-klinische dialyse omvat vergoeding van de kosten voor:
- onderzoek, behandeling, verpleging en psychosociale begeleiding;
 - opleiding aan degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
 - chemicaliën en vloeistoffen die benodigd zijn voor het verrichten van de dialyse bij de verzekerde thuis;
 - redelijkerwijze te verrichten aanpassingen in en van de woning;
 - herstel van de woning in de oorspronkelijke staat;
 - de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg;
 - vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen.

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

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

Aanvullende voorwaarden 1. De voor de niet-klinische dialyse benodigde apparatuur valt onder de vergoeding van de kosten voor op hulpmiddelenzorg zoals omschreven in artikel 3.4.

Vergoeding Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.

Lid 2 Transplantaties

- Omschrijving Transplantatie omvat vergoeding van de kosten voor:
- transplantatie van weefsels en organen slechts tot de zorg behoort indien het betreft:
 - beenmergtransplantatie;
 - bottransplantatie;
 - hoornvliestransplantatie;
 - huidweefseltransplantatie;
 - niertransplantatie;
 - harttransplantatie;
 - levertransplantatie, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger;
 - longtransplantatie;
 - hartlongtransplantatie;
 - nierpancreastransplantatie.
 - specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor, operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal;
 - het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van postmortaal transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
 - zorg waarop ingevolge artikel 3 aanspraak bestaat aan de donor, gedurende ten hoogste 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
 - het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel 4;

- het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoed met de transplantatie die verband houden met het wonen van de verzekerde in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten.

Door Transplantatie dient te worden verricht door medisch-specialisten.

Waar Transplantatie dient plaats te vinden in een ziekenhuis.

Vergoeding Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.

Lid 3 Chronisch intermitterende beademing

Omschrijving Chronisch intermitterende beademing omvat vergoeding van de kosten voor noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging.

In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

- het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg.

Door Chronisch intermitterende beademing dient te worden verricht door medisch-specialisten.

Waar Chronisch intermitterende beademing dient plaats te vinden in een beademingscentrum, ziekenhuis of bij de verzekerde thuis.

Vergoeding Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.

Lid 4 Revalidatie

Omschrijving Revalidatiezorg van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard omvat vergoeding van de kosten voor onderzoek, behandeling en advisering, doch uitsluitend indien en voor zover:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en,
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Door Revalidatie dient te worden verleend door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een medisch-specialist.

Waar Revalidatie dient plaats te vinden in een revalidatie-instelling of ziekenhuis.

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

Toestemmingsvereisten Voor revalidatie is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.

Aanvullende voorwaarden Indien de revalidatiezorg wordt verleend in een revalidatie-instelling gaat deze gepaard met meerdaagse dagbehandeling van enkele uren per dag of met meerdaagse opname met verzorging en verpleging.

Vergoeding Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.

Lid 5 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Omschrijving Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmaterialen.

Door Diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmaterialen dient te worden verricht door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Vergoeding	Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.		den afgeleverd, indien het rationele farmacotherapie betreft.
Lid 6	<i>Trombosedienst</i>		
Omschrijving	Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg verleend door de trombosedienst. De zorg omvat: a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde; b. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde; c. het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de apparatuur waarmee hij de stollingstijd kan meten, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen; d. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.	Door	Farmaceutische zorg omvat geen: – farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen; – geneesmiddelen ingeval van ziekerisico bij reizen; – geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op 150.000 personen; – geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig door de Minister niet aangewezene, geregistreerd geneesmiddel.
Door	De zorg dient te worden verleend door de trombosedienst.		Geneesmiddelen dienen door een apotheker of apotheekhoudende huisarts te worden geleverd met uitzondering van de draagbare, uitwendige infuuspomp, gevuld met fysiologisch zout. De draagbare, uitwendige infuuspomp, gevuld met fysiologisch zout dient te worden geleverd door een medisch gespecialiseerde leverancier.
Aanvullende voorwaarden	De apparatuur en toebehoren waarmee de verzekerde de stollingstijd van zijn bloed kan meten valt onder de hulpmiddelenzorg als omschreven in artikel 3.4.	Voorschrijfvereisten	1. Geneesmiddelen dienen te zijn voorgeschreven door een (huis)arts, dan wel een arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG. 2. Aan de verzekerde worden, de kosten van de geneesmiddelen per voorschrift, vergoed voor een periode van maximaal: – 15 dagen, indien het voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft (onder nieuwe medicatie verstaat Univé medicatie die de afgelopen 12 maanden niet door een apotheek of apotheekhoudende huisarts aan de verzekerde is afgeleverd); – 15 dagen indien het een geneesmiddel betreft ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica; – 3 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica; – 1 jaar indien het orale anticonceptiva betreft; – 1 maand in overige gevallen.
Vergoeding	Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.		
Lid 7	<i>Erfelijkheidsonderzoek</i>		
Omschrijving	Erfelijkheidsonderzoek omvat vergoeding van de kosten voor onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, het geven van erfelijkheidsadviezen en daarmee verband houdende psycho-sociale begeleiding,		
Door	Erfelijkheidsonderzoek dient te worden verleend door een instelling met een vergunning, op grond van artikel 2 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen, voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.		
Waar	Erfelijkheidsonderzoek dient plaats te vinden in een centrum voor erfelijkheidsadvies of een ziekenhuis.		
Vergoeding	Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.	Toestemmingsvereisten	Daar waar het in het door Univé opgestelde Reglement Geneesmiddelen is aangegeven is voor bepaalde geneesmiddelen voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.
Lid 8	<i>Audiologische zorg</i>		
Omschrijving	Audiologische zorg omvat vergoeding van de kosten voor onderzoek naar de gehoorfunctie, spraak-/taaldiagnostiek voor kinderen tot 7 jaar, advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.	Aanvullende voorwaarden	1. Bij de Regeling zorgverzekering, bedoeld in onderdeel 1 van de omschrijving, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Tevens wordt voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen een vergoedingslimiet vastgesteld. 2. De verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoop-prijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij Regeling zorgverzekering wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend. Univé brengt dit bedrag in mindering. 3. De aanwijzing van geneesmiddelen door Univé, zoals bedoeld in onderdeel 1, geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen, er ten minste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Deze geneesmiddelen zijn terug te vinden in de Lijst preferente Geneesmiddelen die deel uitmaakt van het door Univé opgestelde Reglement Geneesmiddelen. 4. Het door Univé opgestelde Reglement Geneesmiddelen maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via zorgvragen@unive.nl .
Door	Audiologische zorg dient te worden verleend door een medisch-specialist of na schriftelijke toestemming van Univé een nader door Univé aan te wijzen zorgaanbieder.		
Waar	Audiologische zorg dient plaats te vinden in een audiologisch centrum dat door de Nederlandse overheid is erkend of ziekenhuis.		
Vergoeding	Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.		
3.3.	Farmaceutische zorg		
Lid 1	<i>Geneesmiddelen</i>		
Omschrijving	De aanspraak op vergoeding van de kosten voor geneesmiddelen omvat aflevering van: 1. de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door Univé in het Reglement Geneesmiddelen; 2. een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel dan het door Univé aangewezen geneesmiddel, voor zover: a. behandeling met het door Univé aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is, of; b. de verzekerde het geneesmiddel betreft van een apotheker/apotheekhoudende huisarts met wie Univé een voorkeursovereenkomst heeft gesloten. De lijst met apothekers/apotheekhoudende huisartsen met wie Univé een voorkeursovereenkomst heeft gesloten, kan worden geraadpleegd op www.unive.nl/zorgservice . 3. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen wor-	Vergoeding	Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4 of indien van toepassing volledige vergoeding conform het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS).
Er bestaat onder meer geen aanspraak op: Geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland.			

<i>Lid 2</i>	<i>Dieetpreparaten</i>			In het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen is opgenomen welke leverancier het door u benodigde hulpmiddel mag leveren.
Omschrijving	De aanspraak op vergoeding van de kosten voor dieetpreparaten omvat aflevering van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.	Waar		Hulpmiddelen dienen te worden verstrekt en/of aangemeten in de praktijkruimte van de leverancier, of de plaats waar de verzekerde verblijft of woont.
Door	Dieetpreparaten dienen te worden verstrekt door een apotheker of apotheekhoudende huisarts, medisch gespecialiseerd leverancier, of een door Univé nader aan te wijzen leverancier.	Voorschrijfvereisten		Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen, is aangegeven, is voor verstrekking of vervanging, wijziging of herstel van het betreffende hulpmiddel een voorschrift noodzakelijk.
Voorschrijfvereisten	Voor dieetpreparaten is een voorschrift noodzakelijk van een (huis)arts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG of diëtiste die voldoet aan de opleidingseisen in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".	Toestemmingsvereisten		Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen, is aangegeven, is voor verstrekking of vervanging, wijziging of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
Toestemmingsvereisten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voor dieetpreparaten is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. Het verzoek om toestemming voor vergoeding van dieetpreparaten dient altijd tijdig en vooraf door de verzekerde te worden ingediend, vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelende arts. De toestemming voor vergoeding geldt minimaal voor de aangevraagde duur tot maximaal één jaar. 2. Voor dieetpreparaten voor zuigelingen met koemelkeiwitallergie is voorafgaande toestemming van Univé vereist. De diagnose moet worden gesteld via een lege artis uitgevoerde eliminatie/provocatietest. De aanvraagprocedure om toestemming is als volgt: <ul style="list-style-type: none"> – Voor kinderen jonger dan 12 maanden: Machtiging vanaf datum positieve test tot aan de leeftijd van 12 maanden – Voor kinderen tussen de 12 en 18 maanden: Machtiging vanaf datum 2e positieve test tot aan de leeftijd van 18 maanden – Voor kinderen tussen de 18 en 24 maanden: Machtiging vanaf datum 3e positieve test tot aan de leeftijd van 24 maanden – Voor kinderen ouder dan 24 maanden: Op de aanvraag dient vermeld te worden: <ul style="list-style-type: none"> – de datum en uitslag van de laatste eliminatie/provocatie test; – de datum van Rast; – rapportage diëtiste met daarin vermelding van de allergie en een motivatie waarom er gebruik gemaakt dient te worden van speciale dieetvoeding. 	Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Univé. 2. Bij Regeling zorgverzekering en in het door Univé nader vastgestelde Reglement hulpmiddelen, kan worden bepaald dat hulpmiddelen in eigendom dan wel in bruikleen of huur worden verschaft en kunnen regels worden gesteld met betrekking tot wijziging of herstel van hulpmiddelen, het verstrekken van reserve-hulpmiddelen en de voorwaarden voor het verkrijgen van hulpmiddelen. 3. Hulpmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de vergoeding van kosten. 4. Evenmin vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor hulpmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ. 5. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij bij Regeling zorgverzekering en/of het Reglement hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen. 6. Bij Regeling zorgverzekering kan worden bepaald dat de verzekerde voor een hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt ter grootte van: <ul style="list-style-type: none"> – het verschil tussen de aanschafkosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort; – een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten. – Univé brengt deze bedragen in mindering op de vergoeding. 7. Het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via zorgvragen@Unive.nl. 	
Aanvullende voorwaarden	Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden met een dreigende ernstige ondervoeding, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.			
Vergoeding	Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.	Vergoeding		Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.

Wat zijn polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten?

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

3.4. Hulpmiddelenzorg

<i>Lid 1</i>	<i>Hulpmiddelen</i>			
Omschrijving	De aanspraak op hulpmiddelen omvat vergoeding van de kosten voor de middelen welke bij de Regeling zorgverzekering als zodanig zijn aangewezen, waarbij kan worden gerekend in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg. Conform het Reglement hulpmiddelen omvat de aanspraak, in afwijking van artikel 2.5 lid 1 en bovenstaande, in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen.	Door		Verbandmiddelen dienen te worden verstrekt door de apotheker, de apotheekhoudende huisartsen, een medisch gespecialiseerde leveranciers of na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen leverancier.
Door	Hulpmiddelen dienen te worden verstrekt door apothekers, apotheekhoudende huisartsen, (medisch) gespecialiseerde leveranciers, medisch speciaalzaak, orthopedisch instrumentmakers of, na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen leverancier.	Voorschrijfvereisten		Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen, is aangegeven is voor verstrekking van het verbandmiddel een voorschrift van een arts, tandarts, verloskundige of van een persoon of instelling die zorg verleent als bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ noodzakelijk.

Toestemmingsvereisten	Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen, is aangegeven is voor verstrekking van het betreffende verbandmiddel voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.	met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst met Univé heeft gesloten.
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> De te verstrekken verbandmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Univé. Indien bij Regeling zorgverzekering regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden voor het verkrijgen van verbandmiddelen zal Univé deze regels toepassen. Verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de vergoeding van kosten. Evenmin vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ. Indien bij Regeling zorgverzekering wordt bepaald dat de verzekerde voor een verbandmiddel een eigen bijdrage verschuldigd is, brengt Univé dit bedrag in mindering op de vergoeding. Het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via zorgvragen@Unive.nl. 	<p>Toestemmingsvereisten</p> <p>Voor behandelingen i.v.m. aandoeningen, zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.</p> <p>Vergoeding</p> <p>Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Er bestaat onder meer geen aanspraak op: Alternatieve geneeswijzen; Declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken.</p> </div>
Vergoeding	Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.	
3.5. Paramedische zorg		
Omschrijving	Paramedische zorg omvat vergoeding van de kosten voor fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadviesing.	
<i>Lid 1</i>	<i>Fysiotherapie en oefentherapie</i>	
Omschrijving	<p>Fysiotherapie of oefentherapie omvat vergoeding van de kosten voor:</p> <ol style="list-style-type: none"> zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van 18 jaar en ouder niet de eerste 9 behandelingen. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het lid 1 tevens uit ten hoogste 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste 9 behandelingen. <p>Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via zorgvragen@Unive.nl.</p>	<p>Door</p> <p>Logopedie dient te worden verleend door een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". Specifieke stottertherapie mag tevens worden verleend door een stottertherapeut.</p> <p>Waar</p> <p>Logopedie dient te worden verleend in de praktijkruimte van de logopedist of stottertherapeut, ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.</p> <p>Voorschrijfvereisten</p> <p>Voor logopedie is een voorschrift van een huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of tandarts-specialist noodzakelijk. Voor specifieke stottertherapie is een gericht voorschrift van voornoemde zorgaanbieders noodzakelijk. Indien de zorg plaatsvindt op voorschrift van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst heeft gesloten.</p> <p>Vergoeding</p> <p>Volledige vergoeding conform artikel 2.5.4.</p> <p><i>Lid 3</i></p> <p><i>Ergotherapie</i></p> <p>Omschrijving</p> <p>Ergotherapie omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van 10 behandelingen.</p> <p>Door</p> <p>Ergotherapie dient te worden verleend door een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".</p> <p>Waar</p> <p>Ergotherapie dient plaats te vinden in de praktijkruimte van de ergotherapeut, ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.</p> <p>Voorschrijfvereisten</p> <p>Voor ergotherapie is een voorschrift van een huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of verpleeghuisarts noodzakelijk. Indien de zorg plaatsvindt op voorschrift van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst heeft gesloten.</p>
Door	<ol style="list-style-type: none"> Fysiotherapie dient te worden verleend door een fysiotherapeut of een heilgymnast-masseur die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG. Bekkenfysiotherapie, kinderfysiotherapie, oedeemtherapie en manuele therapie dienen te worden verleend door een fysiotherapeut die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG, en tevens is geregistreerd in het in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten. Oedeemtherapie mag tevens worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. Oefentherapie dient te worden verleend door een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". 	
Waar	Fysiotherapie en oefentherapie dient plaats te vinden in de praktijkruimte van de in dit artikel genoemde zorgaanbieder, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.	
Voorschrijfvereisten	Voor fysiotherapie en oefentherapie is een voorschrift van een huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, verpleeghuisarts of medisch-specialist noodzakelijk. Indien de zorg plaatsvindt op voorschrift van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien Univé	
		<p>Vergoeding</p> <p>Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.</p> <p><i>Lid 4</i></p> <p><i>Dieetadviesing</i></p> <p>Omschrijving</p> <p>Dieetadviesing omvat vergoeding van de kosten voor voorlichting, met een medisch doel, over voeding en eetgewoonten zoals diëten die plegen te bieden tot een maximum van 4 behandelingen per jaar.</p>

Door	Dieetadvisering dient te worden verleend door een diëtist die voldoet aan de opleidingseisen in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".	Lid 5	In andere gevallen dan de zorg zoals omschreven in lid 1 van de omschrijving van dit artikel, omvat vergoeding van de kosten voor mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder:
Waar	Dieetadvisering dient plaats te vinden in de praktijk van de diëtist, thuiszorginstelling, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.		a. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat;
Voorschrijfvereisten	Voor dieetadvisering is een voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of tandarts noodzakelijk. Indien de zorg plaatsvindt op voorschrift van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst heeft gesloten.		b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak. Hieronder wordt verstaan een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Op de vergoeding is de verzekerde een eigen bijdrage van 25% verschuldigd. Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige, boven- en/of onderprothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.
Vergoeding	Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.	Door	Mondzorg, als omschreven in lid 1, 2 en 3 in de omschrijving van dit artikel, dient te worden verleend door:
3.6. Mondzorg			– een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG, voor zover het zorg, zoals omschreven in lid 1 en 2 betreft;
Omschrijving			– een instelling voor bijzondere tandheelkunde (CBT)
Lid 1	Mondzorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten die plegen te bieden met dien verstande dat het slechts noodzakelijke tandheelkundige zorg betreft, indien:		– een orthodontist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde voor zover het orthodontische zorg, zoals omschreven in lid 3, betreft.
	a. de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;		– een kaakchirurg die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde voor zover het bijzondere implantologie, zoals omschreven in lid 2, betreft.
	b. de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of		– een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder.
	c. een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.		Mondzorg, als omschreven in lid 4 in de omschrijving van dit artikel, dient te worden verleend door:
Lid 2	Onder de vergoeding van de kosten van zorg, bedoeld onder lid 1 sub a van de omschrijving van dit artikel, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.		– een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG;
Lid 3	Vergoeding van de kosten voor orthodontische zorg, bedoeld onder lid 1 van de omschrijving van dit artikel, is slechts begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.		– een instelling voor jeugd- en tandverzorging;
Lid 4	In andere gevallen dan de zorg zoals omschreven in lid 1 van de omschrijving van dit artikel omvat vergoeding van de kosten voor mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar:	Waar	– een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder.
	a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;		Mondzorg, als omschreven in lid 5 sub a in de omschrijving van dit artikel, dient te worden verleend door een kaakchirurg die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
	b. incidenteel tandheelkundig consult;		Mondzorg, als omschreven in lid 5 sub b in de omschrijving van dit artikel, dient te worden verleend door een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG of door een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
	c. het verwijderen van tandsteen;		1. Mondzorg, als omschreven in lid 1, 2 en 3 in de omschrijving van dit artikel, wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, een ziekenhuis, in de instelling voor bijzondere tandheelkunde of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.
	d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van 6 jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;		2. Mondzorg, als omschreven in lid 4 in de omschrijving van dit artikel, wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, een dental car, instelling voor jeugd- en tandverzorging of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.
	e. sealing;		3. Mondzorg, als omschreven in lid 5 sub a in de omschrijving van dit artikel, wordt verleend in een ziekenhuis, de praktijk van de medisch-specialist of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).
	f. parodontale zorg;		4. Mondzorg, als omschreven in lid 5 sub b in de omschrijving van dit artikel, wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, ziekenhuis, instelling voor bijzondere tandheelkunde of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.
	g. anesthesie;	Verwijzingsvereisten	1. Voor mondzorg, als omschreven in lid 1 in de omschrijving van dit artikel, is een verwijzing van de tandarts noodzakelijk.
	h. endodontische zorg;		2. Voor mondzorg bij de verzekerde thuis is een verwijzing van de huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet of medisch-specialist noodzakelijk.
	i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;		
	j. gnathologische zorg;	Toestemmingsvereisten	Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten voor mondzorg is voor de volgende verstrekkingen voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist:
	k. uitneembare prothetische voorzieningen;		1. Voor mondzorg, als omschreven in lid 1, 2 en 3.
	l. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;		2. Voor tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, als omschreven in lid 4.
	m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundige implantaat;		
	n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.		

3. Voor mondzorg in een instelling voor bijzondere tandheelkunde of ter plaatse waar de verzekerde verblijft.
4. Voor mondzorg, als omschreven in lid 5 sub a, indien de zorg parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.
5. Voor mondzorg, als omschreven in lid 5 sub b, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 525,- per onder- c.q. bovenkaak bedragen, dan wel € 1000,- voor boven- en onderkaak gelijktijdig.
6. Voor mondzorg, als omschreven in lid 5 sub b, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 450,- per onder- c.q. bovenkaak bedragen, dan wel € 850,- voor boven- en onderkaak gelijktijdig.
7. Voor mondzorg, als omschreven in lid 5 sub b, is indien de volledige vervangingsprothese binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

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

Op de vergoeding voor zittend ziekenvervoer is de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd van € 83,- per twaalf maanden.

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

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

Toestemmingsvereisten Uit een verklaring van de huisarts dan wel de arts die verzekerde van huisartsenzorg voorziet of de medisch-specialist moet blijken waarom medisch vervoer noodzakelijk is en of betreffende verzekerde valt onder één van de vijf patiëntengroepen. Deze verklaring moet naar Univé worden gestuurd. Univé bepaalt vervolgens of gebruik mag worden gemaakt van (rolstoel)taxi, eigen vervoer of een openbaar middel van vervoer.

Aanvullende voorwaarden

1. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. goedgekeurde tarief in aanmerking.
2. De toestemming voor mondzorg, als omschreven in lid 1 en lid 4 sub l, kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
3. De verzekerde van 18 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge lid 1 sub a, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge lid 1 sub b tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale zorg, endodontische zorg, restauratie van gebitselémenten met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.
4. De verzekerde die zijn aanspraak op basis van lid 1 sub a tot en met c tot gelding brengt, is voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, een bijdrage in de kosten verschuldigd van € 90,-.
5. De jeugdige verzekerde heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.

Vergoeding Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.

3.7. Vervoer

Lid 1 *Zittend Ziekenvervoer*

Omschrijving Zittend ziekenvervoer omvat vergoeding van de kosten voor ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1, van de Wet ambulancevervoer, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als omschreven in artikel 2.13 lid 1 van het Besluit zorgverzekering, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:

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

Buiten de gevallen als genoemd onder 1 tot en met 4: in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard. Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden 16 jaar.

Aanvullende voorwaarden

1. Indien het vervoer, bedoeld in de omschrijving, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding € 0,24 per kilometer.
2. Indien in de loop van een tijdvak van 12 maanden een herziening plaatsvindt van de eigen bijdrage van € 83,- geldt het laagste bedrag.
3. Een bijdrage is niet verschuldigd:
 - a. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
 - b. voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de ziekenfondsverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
 - c. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.
4. Indien Univé schriftelijk toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
5. In gevallen waarin ziekenvervoer per auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan Univé toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door Univé aan te geven vervoermiddel.
6. In bijzondere gevallen kan Univé vervoer van twee begeleiders toestaan.

Vergoeding Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.

Lid 2 *Ambulancevervoer*

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

1. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
2. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
3. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel 2, naar:
 - een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt.

	4. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen 1, 2 of 3.
Door	Ambulancevervoerder met vergunning als geregeld in de Wet Ambulancevervoer of door Univé nader aangewezen personen of partijen.
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er bestaat uitsluitend recht op ambulancevervoer indien en voor zover ander vervoer (openbaar vervoer, taxi of auto) om medische redenen niet verantwoord is. 2. Ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling is een AWBZ-verstrekking. 3. Indien Univé schriftelijk toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
Vergoeding	Volledige vergoeding conform artikel 2.5. lid 4.

Artikel 4 Buitenland

Omschrijving	Vergoeding van de kosten voor zorg, zoals omschreven in artikel 3, genoten in het buitenland.
Toestemmingsvereisten	Voor intramurale zorg buiten het land van vestiging voorzover deze geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verzekerden zijn bij tijdelijk verblijf in een land anders dan het woonland bij klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Univé Alarmservice, telefoon 0031206515111. De Univé Alarmservice zal zorgdragen voor de afhandeling van declaraties. 2. De vergoeding van de gedekte kosten vindt in Nederland in euro's plaats tegen de omrekeningskoers op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. 3. In overleg met Univé of de Univé Alarmservice kan, op verzoek van de zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd, in voorkomende gevallen direct aan de desbetreffende zorgaanbieder worden betaald.

Vergoeding	<ol style="list-style-type: none"> 1. De verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg van een zorgaanbieder of instelling in het buitenland conform artikel 2.5.4 tot maximaal het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is. 2. De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze aanspraak op: <ol style="list-style-type: none"> a. de vergoeding van de kosten conform onderdeel 1 onder Vergoeding; of b. de vergoeding van de kosten van zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag. 3. Het tweede onderdeel is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in Nederland. 4. Om voor vergoeding conform onderdeel 1 en 2a in aanmerking te komen, dient de verzekerde gespecificeerde rekeningen, in het Engels, Frans, Duits of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen te overleggen. 5. Om voor vergoeding conform onderdeel 2b in aanmerking te komen, is verzekerde verplicht zich bij de zorgaanbieder of bevoegde instantie te legitimeren met de vooraf bij Univé aan te vragen verzekeringsverklaring.
------------	---

Verduidelijking verzekerde woonachtig in EU/EER of Verdragsland anders dan Nederland

Verzekerde dient de bij Univé aangevraagde verzekeringsverklaring in bij het in dat land bevoegde instantie (bijvoorbeeld de Krankenkasse in Duitsland) waardoor hij aanspraak maakt op vergoeding conform 2b.

Verduidelijking verzekerde woonachtig in Nederland en op vakantie in EU/EER of Verdragsland

Verzekerde vraagt vooraf de EU kaart aan waarmee hij bij medisch noodzakelijke zorg, na contact te hebben gehad met de Univé Alarmservice, zich kan legitimeren en vergoeding ontvangt conform 2b.

Verduidelijking verzekerde woonachtig in Nederland en op vakantie buiten EU/EER of verdragsland

Verzekerde neemt bij medisch noodzakelijke zorg (intramuraal) contact op met de Univé Alarmservice die zorg draagt voor vergoeding van de kosten of betaalt de kosten zelf (extramuraal) en dient de nota in. Vergoeding vindt plaats conform 2a.