

**ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN
ZIEKTEKOSTENVERZEKERING
PARTICULIER ZNS
EN AANVULLENDE MODULES**

(ingaaude 1 januari 2003)

Inhoudsopgave	biz	OVERZICHT INHOUD ARTIKELEN	ZNS	Module 1	Module 2	Module 3
Artikel 1 Begripsomschrijving	2	Acne-behandeling				8.19.
Artikel 2 Omvang dekking Ziektekostenverzekering Particulier ZNS	2	Alternatieve geneeswijzen		6.6.	7.6.	8.6.
Artikel 3 Dekking hoofdverzekering Ziektekostenverzekering Particulier ZNS	2	Antroposofische geneeskunde				8.20.
Artikel 4 Aanspraken in het buitenland	6	Audiologische zorg	3.15.			
Artikel 5 Aanvullende klasseverzekering	7	Bevalling en kraamzorg	3.11.		7.10.	8.10.
Artikel 6 Aanvullende Verzekering Module 1	7	Brilmonturen voor kinderen			7.19.	7.19.
Artikel 7 Aanvullende Verzekering Module 2	9	Buitenlanddekking	4.			
Artikel 8 Aanvullende Verzekering Module 3	10	Camouflagetherapie			7.13.	8.13.
Artikel 9 Wat Univé niet vergoedt	12	Chronisch intermitterende beademing	3.4.			
Artikel 10 Algemene voorwaarden	12	Cursussen kruiswerk-/ thuiszorgorganisatie				8.21.
10.1. Grondslag van de verzekering		Elektrische epilatie			7.12.	8.12.
10.2. Kinderen		Erfelijkheidsonderzoek	3.14.			
10.3. Vrije keus		Ergotherapie	3.21.		7.11.	8.11.
10.4. Opname in een hogere dan de verzekerde klasse		Familiehuis		6.15.	6.15.	6.15.
10.5. Begin en einde van de dekking		Farmaceutische zorg	3.6.			
10.6. Telefonische en mondelinge informatie		Flebologische behandeling	3.18.			
10.7. Wijziging persoonlijke omstandigheden		Fysiotherapie en oefentherapie	3.8.	6.12.	6.12.	8.22.
10.8. Duur en einde van de verzekering		Gezichtshulpmiddelen			7.19.	7.19.
10.9. Leeftijdsgrenzen		Herstellingsoord				8.18.
10.10. Bescherming persoonsgegevens		Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	3.17.			
Artikel 11 Bijzondere voorwaarden Aanvullende Verzekering Module 1, 2 en 3	13	Hoortoestellen			7.15.	7.15.
Artikel 12 Schade en eigen risico	14	Hospicezorg		6.16.	6.16.	6.16.
12.1. Bijzondere verplichtingen van de verzekerde		Huisarts	3.10.			
12.2. Vergoeding van nota's		Hulpmiddelen	3.7.			
12.3. Bepaling eigen risico		In Vitro Fertilisatie (IVF)	3.20.			
12.4. Verrekening van het eigen risico		Klasseverzekering	5.		7.10.3.	7.10.3.
Artikel 13 Premie en schorsing	14	Kraampakket				
13.1. Premiebetaling		Leukemie bij kinderen	3.16.			
13.2. Premiereregeling		Logopedie	3.9.			
13.3. Schorsing		Mamma-prothesen			7.16.	7.16.
13.4. Teruggave van premie		Mondhygiënist		6.9.1.		
13.5. Herziening van premie of voorwaarden		Nierdialyse	3.2.			
Artikel 14 Collectieve contracten	15	Oedeemtherapie		6.3.	7.3.	8.3.
Artikel 15 Vestiging in het buitenland	15	Opname en medisch-specialistische zorg	3.1.			
Artikel 16 Geschillen en klachten	15	Orthodontie	3.12.3.	6.8.	7.9.	8.9.
		Plastische chirurgie				8.16.
		Plaswekkers			7.18.	7.18.
		Podo(posturale) therapie		6.11.	7.8.	8.8.
		Preventieve inenting				8.23.
		Preventieve geneeskunde		6.14.	6.14.	6.14.
		Pruiken			7.17.	7.17.
		Psoriasisbehandeling		6.2.	7.2.	8.2.
		Psychologische hulp		6.7.	7.7.	8.7.
		Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen		6.5.	7.5.	8.5.
		Revalidatie	3.5.			
		Ronald McDonaldhuis		6.15.	6.15.	6.15.
		Second Opinion		6.13.	6.13.	6.13.
		Sport Medisch Adviescentrum		6.10.	6.10.	6.10.
		Sterilisatie en abortus	3.19.			
		Steunzolen				8.17.
		Stottertherapie		6.4.	7.4.	8.4.
		Tandheelkundige zorg	3.12.	6.9.	6.9.	6.9.
		Therapeutische kampen voor jongeren			7.14.	8.14.
		Transplantaties	3.3.			
		Ziekenvervoer	3.13.			8.15.

Hoe leest u de voorwaarden

Standaard heeft u de hoofdverzekering ZNS en zijn de artikelen genoemd onder de kolom ZNS voor u van toepassing. Heeft u een Module meeverzekerd kijk dan ook onder de kolom van de door u afgesloten Module voor de aanvullende vergoedingen.

De verzekeringsvoorwaarden zijn een limitatieve opsomming van de vergoedingen. Alleen de beschreven aanspraken worden vergoed. Wat niet is beschreven komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 1 Begripsomschrijving

Univé

Onderlinge Verzekerings Maatschappij Univé Zorg u.a.

(verder in alfabetische volgorde)

Collectief contract

Overeenkomst gesloten tussen een 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.

Collectief contractant

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

CTG

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

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

Het eigen risicobedrag dat als zodanig op het verzekeringsbewijs is vermeld.

Gezin

De volgende op het verzekeringsbewijs vermelde personen:

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

Hoofdverzekering

De aanspraken zoals omschreven in artikel 2, 3, en 4.

Kosten

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

Medisch adviseur

De arts die Univé in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

Tandheelkundig adviseur

De tandarts die Univé in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

Verzekerde

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

Verzekeringsbewijs

Het verzekeringsbewijs bestaat uit een bewijs van inschrijving en/of de bij de verzekering behorende premiespecificatie.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met Univé is aangegaan.

VWS

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Wet BIG

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

Zorgverzekeraars Nederland

De overkoepelende organisatie van Zorgverzekeraars en particuliere Ziektekostenverzekeraars in Nederland.

Artikel 2 Omvang dekking Ziektekostenverzekering Particulier ZNS

2.1. Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt Univé de kosten van in artikel 3 en 4 genoemde medische behandelingen en middelen op basis van het door of namens Univé met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt Univé de kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige (CTG-) tarief.

2.2. Alleen de kosten die in de loop van het kalenderjaar boven het gekozen eigen risico zijn gestegen, komen voor

vergoeding in aanmerking. Dit geldt niet voor kosten waarop het eigen risico niet van toepassing is.

2.3. Wanneer Univé meer vergoedt dan waarop u gezien uw eigen risico recht heeft, wordt u geacht een volmacht tot incasso voor het te veel betaalde te hebben verleend.

2.4. De dekking omvat de in Nederland gemaakte kosten van medische behandelingen. Daarnaast geldt:

- bij vakantie in het buitenland de in artikel 4.1. opgenomen bepalingen;
- bij vestiging in het buitenland de in artikel 4.2. opgenomen bepalingen;
- bij zorg genoten in een andere lidstaat van de Europese Unie de in artikel 4.3. opgenomen bepalingen.

Artikel 3 Dekking hoofdverzekering Ziektekostenverzekering Particulier ZNS

3.1. Medisch-specialistische zorg en opname in een ziekenhuis

Omschrijving Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.

De kosten van medisch noodzakelijk onderzoek en behandeling door een medisch-specialist en, zolang dit op medische gronden noodzakelijk is, de daarbij behorende kosten van eventuele (dag)opname in een door de Nederlandse overheid toegelaten ziekenhuis.

Door

- medisch-specialist, dat is een in Nederland gevestigd arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;
- ziekenhuis, dat is een Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum te Davos;
- zelfstandig behandelcentrum (privé-kliniek), dat is een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten en waarmee Univé een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding

- kosten van medische-specialistische zorg, zowel in het ziekenhuis, als daarbuiten;
- kosten van de (dag) opname (op basis van de 3^e klasse);
- medische kosten die rechtstreeks verband houden met het medisch-specialistische onderzoek of de behandeling (zoals de kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, geneesmiddelen, bestralingen, verbandmiddelen en gebruik operatiekamer of polikliniek) en door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

Machtiging Wordt verzorgd door het ziekenhuis.

Bijzonderheden

1. Wanneer een meeverzekerd kind in het ziekenhuis moet verblijven omdat de moeder daar wordt verpleegd, worden de verpleegkosten van het kind vergoed, zolang het kind niet ouder is dan drie maanden.
2. Voor behandeling, onderzoek en verblijf in het Astma Centrum te Davos is een voorafgaande machtiging noodzakelijk. De machtiging dient door de behandelend longarts in Nederland te worden aangevraagd.
3. Behandeling in een zelfstandig behandelcentrum (privé-kliniek) is alleen mogelijk als Univé een contract met dit centrum heeft afgesloten. U dient voor aanvang van de behandeling contact op te nemen met Univé, om na te gaan of er een contract met het betreffende centrum is en of u een machtiging nodig heeft. De kosten worden vergoed tot ten hoogste het tarief dat Univé met het behandelcentrum is overeengekomen.

3.2. Nierdialyse

3.2.1. Nierdialyse in het ziekenhuis (zowel klinisch als poliklinisch)

Omschrijving Nierdialyse in een dialysecentrum.

Vergoeding

- kosten van verleende nierdialyse;
- kosten van met dialyse verband houdend onderzoek, behandeling en verpleging;
- kosten die verband houden met door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding.

3.2.2.	<i>Nierdialyse bij de verzekerde thuis</i>	2	Vergoeding conform de Regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland met inbegrip van het daarin vastgelegde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> – bovengenoemde kosten; – de kosten voor redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat. Tevens vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de dialyse samenhangen. De kosten worden alleen vergoed voor zover niet andere wettelijke regelingen daarin voorzien; – de kosten voor de opleiding die het dialysecentrum geeft aan degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn; – de kosten van het in bruikleen geven van de hemodialyse-apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse. 	3.	De Regeling is op aanvraag verkrijgbaar bij Univé.
		4.	Indien het geneesmiddel de stof bevat waarvan de stofnaam op het voorschrift staat vermeld, wordt dat geneesmiddel vergoed.
		5.	Univé is gerechtigd een eigen vergoedingslimiet voor een geneesmiddel vast te stellen. Univé zal dit in ieder geval doen voor die geneesmiddelen die tot de aanspraken behoren, maar waarvoor geen vergoedingslimiet op basis van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is vastgesteld. De hoogte van de door Univé vast te stellen limiet zal altijd zodanig zijn dat er binnen een groep geneesmiddelen met eenzelfde werking tenminste één geneesmiddel zonder bijbetaling beschikbaar is.
3.3. Organtransplantaties		3.6.2. Dieetpreparaten	
Omschrijving	Transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart-long, nierpancreas en lever (orthotoop), als ook de in verband met deze transplantatie door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) gedeclareerde kosten van weefseltypering.	Door	Een in Nederland gevestigde apotheker/apotheekhoudende huisarts, tenzij Univé anders bepaalt.
Vergoeding	Volledig.	Vergoeding	Volledig conform de maximum bedragen van de Regeling Dieetpreparaten.
Machtiging	Ja, vooraf.	Machtiging	Ja, vooraf.
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ook worden de kosten vergoed van verpleging en behandeling van de donor op basis van de verpleegklasse waarvoor deze verzekerd is. 2. Daarnaast heeft de donor recht op vergoeding van de kosten van medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de betreffende orgaantransplantatie. 	Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vergoeding conform de Regeling Dieetpreparaten van Zorgverzekeraars Nederland. 2. De Regeling is op aanvraag verkrijgbaar bij Univé. 3. Het recht op vergoeding bestaat alleen indien sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, chronisch obstructief longlijden, cystic fibrose, een ernstige stofwisselingsstoornis of een ernstig congenitaal hartfalen. 4. Bij dieetpreparaten voor een ernstige voedselallergie worden alleen de kosten van specifieke voeding vergoed voor zover deze boven de kosten van normale voeding uitgaan een en ander ter beoordeling van de medisch adviseur.
3.4. Chronisch intermitterende beademing		3.6.3. Verbandmiddelen	
Omschrijving	Kosten die verband houden met mechanische beademing.	Door	Een in Nederland gevestigde apotheker/apotheekhoudende huisarts, tenzij Univé anders bepaalt.
Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> – kosten die verband houden met beademing in een daartoe toegelaten beademingscentrum; – kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur bij de verzekerde thuis. 	Vergoeding	Volledig.
Verwijzing	Ja, door medisch-specialist.	Voorschrift van	Een huisarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige.
3.5. Revalidatie		Bijzonderheden	Er dient sprake te zijn van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.
Omschrijving	Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard.	3.7. Hulpmiddelen	
Vergoeding	Volledig.	Omschrijving	Aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen, opgenomen in de ministeriële Regeling Hulpmiddelen en het door Univé nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen.
Machtiging	Ja, vooraf. Bij het verzoek dient een behandelplan te zijn gevoegd. Hierin moet zeker de aard en de complexiteit van de stoornis, de bij de behandeling te betrekken disciplines en de beoogde duur en intensiteit van de behandeling worden vermeld.	Vergoeding	De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering).
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er bestaat alleen recht op vergoeding wanneer deze zorg als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat. 2. Daarnaast dient de verzekerde met die zorg in staat te zijn een zekere mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die gezien de beperkingen redelijkerwijs mogelijk is. 	Machtiging	Ja, vooraf. Hierbij kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
Voorschrift van	Behandelend arts.	Voorschrift van	Behandelend arts.
3.6. Farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen		Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn; 2. De kosten voor normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële Regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde (onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan energiekosten, batterijen).
3.6.1. Farmaceutische zorg		3.8. Fysiotherapie en oefentherapie	
Door	Een in Nederland gevestigde apotheker/apotheekhoudende huisarts, tenzij Univé anders bepaalt.	Door	<ul style="list-style-type: none"> – (Kinder)fysiotherapeut of manueel therapeut. Hieronder wordt verstaan een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG. Een kinderfysiotherapeut en een manueel therapeut dienen tevens geregistreerd te staan in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
Vergoeding	Volledig.		
Voorschrift van	Een huisarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige.		
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voor de kosten van farmaceutische zorg geldt geen eigen risico. 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Oefentherapeut Cesar of Mensendieck. Hieronder wordt verstaan een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
Vergoeding	Per indicatie per kalenderjaar de kosten van maximaal 9 behandelingen door een (kinder)fysiotherapeut of manueel therapeut of 9 behandelingen door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck.
Voorschrift	Voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck is verwijzing door huisarts of medisch-specialist noodzakelijk, waarbij wordt aangegeven welke vorm van therapie geïndiceerd is.
Vervolgbehandelingen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indien een verzekerde een indicatie heeft voor kinderfysiotherapie (tot 18 jaar) of oefentherapie Cesar/Mensendieck en is verwezen door een huisarts of medisch-specialist bestaat er na toestemming van Univé recht op nog 9 behandelingen kinderfysiotherapie dan wel oefentherapie. 2. Indien de verzekerde een indicatie heeft in verband met een chronische aandoening (conform de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck van Zorgverzekeraars Nederland) dan bestaat, na machtiging vooraf, recht op vergoeding van het aantal noodzakelijke behandelingen per indicatie.

Machtiging Alleen bij vervolgbehandelingen. Hierbij moet de verwijzing van de huisarts of medisch-specialist, waarin de aandoening wordt omschreven, en het behandelplan van de fysiotherapeut/oefentherapeut naar Univé worden gestuurd. De medisch adviseur beoordeelt vervolgens of vervolgbehandeling akkoord is.

Bijzonderheden

1. De Regeling Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck van Zorgverzekeraars Nederland maakt onderdeel uit van de polis en is op aanvraag bij Univé verkrijgbaar.
2. Niet vergoed worden kosten van o.a. haptonomie, zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele behandeling dan wel groepsbehandeling die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

3.9. Logopedie

Door Een in Nederland gevestigde logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

Vergoeding Kosten van de behandeling.

Voorschrift van (Tand)arts.

Bijzonderheden Onder de vergoeding valt niet behandeling van dyslexie of taalontwikkelingsstoornissen als gevolg van dialect en anderstaligheid.

3.10. Huisartsenzorg

Omschrijving Zorg door een huisarts (zowel op het spreekuur van de arts, als bij de verzekerde thuis) inclusief de kosten van laboratoriumonderzoek, röntgenonderzoek of functieonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

Door

1. Een in Nederland gevestigde huisarts die is ingeschreven in het register van erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde.
2. De dienstenstructuur waarbij de huisarts is aangesloten.

Vergoeding Volledig.

Bijzonderheden

1. Voor het honorarium van de huisarts (uitgezonderd verloskundige hulp) geldt geen eigen risico.
2. Dienstenstructuur is een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c, van het Besluit werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992, dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekend huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

3.11. Bevalling en kraamzorg

Omschrijving

Verloskundige zorg
De zorg verleend door een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

Kraamzorg thuis
De zorg na de geboorte verleend door een kraamverzorgende of verpleegkundige, thuis bij de verzekerde, waarbij zowel moeder als kind worden verzorgd.

Kraamcentrum
Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door Univé als zodanig erkende instelling.

Kraamverzorgende
Een kraamverzorgende die als zodanig staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

Verpleegkundige
Een in Nederland gevestigde verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

3.11.1. *Bevalling in het ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een kraaminrichting, kraamhotel, poliklinisch of thuis*

Vergoeding

- volledige vergoeding van verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- vergoeding gebruik polikliniek tot maximaal € 130,-;
- Vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, van minimaal 24 uur tot maximaal 48 uur binnen een periode van 8 dagen direct aansluitend op de bevalling of een geboorteutkering van € 908,-.

Bijzonderheden De bijzonderheden onder artikel 3.11.2. zijn ook van toepassing op dit artikel.

3.11.2. *Bevalling in het ziekenhuis met medische noodzaak*

Vergoeding

- volledige vergoeding van het honorarium voor verloskundige zorg;
- volledige vergoeding van de kosten van gebruik polikliniek of de verpleegkosten van moeder en mee-verzekerd kind, in de verzekerde klasse;
- volledige vergoeding van de medische kosten die rechtstreeks verband houden met de bevalling (zoals de kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, geneesmiddelen en verbandmiddelen) die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht;
- Vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, van minimaal 24 uur tot maximaal 48 uur binnen een periode van 8 dagen direct aansluitend op de bevalling of een geboorteutkering van € 908,-.

Bijzonderheden

1. De vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg geldt alleen voor de vrouwelijke verzekerde.
2. Kraamzorg thuis dient geregeld te worden door Univé Kraamzorg (telefoon: 0900-8998099 € 0,10 per minuut).
3. Het kraamcentrum bepaalt het recht op het aantal kraamuren. Het toegekende aantal uren is afhankelijk van de noodzakelijke zorg voor moeder en kind.
4. De kraamzorg moet ten minste 4 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum worden aangevraagd.
5. Voorwaarde voor de geboorteutkering is dat de verzekerde zelf heeft voorzien in professionele kraamzorg door een verpleegkundige, dan wel kraamverzorgende. Om voor de geboorteutkering in aanmerking te komen dient na afloop van de kraamperiode een kopie van het diploma van de door de verzekerde gecontracteerde verpleegkundige of kraamverzorgende te worden overlegd;
6. Op de vergoeding van de verpleegkosten is over een periode van 8 dagen, gerekend vanaf de dag van bevalling, een bedrag van € 29,- voor rekening van de verzekerde voor elke door het ziekenhuis in rekening gebrachte verpleegdag.
7. Voor elke wegens ziekenhuisopname in rekening gebrachte verpleegdag (met uitzondering van de dag van ontslag) wordt het maximum aantal uren van 48 verminderd met 6 uur dan wel de geboorteutkering van € 908,- verminderd met € 113,50.

3.12. Tandheelkundige zorg

3.12.1. *Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden jonger dan 18 jaar*

Door Een in Nederland gevestigde tandarts, die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.

Vergoeding Kosten tot maximaal € 454,- per verzekerde, per kalenderjaar.

Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voor het honorarium van de tandarts geldt geen eigen risico. 2. Orthodontie en techniekkosten behorende bij de behandelingen worden niet vergoed. 3. Techniekkosten zijn de kosten die verband houden met tandtechnische werkzaamheden in opdracht van de tandarts of tandarts-specialist. Onder techniekkosten wordt ook verstaan: materiaal/laboratoriumkosten behorende bij alle tandheelkundige behandelingen genoemd in deze verzekeringsvoorwaarden. 4. Behandeling door een tandarts in het buitenland: Vergoeding wordt slechts gegeven als de nota is opgesteld in één van de volgende talen: Nederlands, Duits, Engels of Frans. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar, of onnodig gecompliceerd is. 3. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de suprastructuur op implantaten en de (overkappings)prothese. 4. Er is alleen recht op vergoeding wanneer: <ul style="list-style-type: none"> – de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak en; – de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese. 	
3.12.2.	<i>Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen</i>	3.12.5. <i>Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden vanaf 18 jaar</i>	
Omschrijving	De kosten van tandheelkundige behandelingen in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking, heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.	Omschrijving	Tandheelkundige zorg bestaande uit de volgende behandelingen: <ul style="list-style-type: none"> – periodiek preventief onderzoek, ten hoogste eenmaal per jaar, C11 – incidenteel consult, C13 – schriftelijk medische anamnese, C22 – röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontie, X10, X21, X22, X24 – chirurgische tandheelkundige hulp, codes beginnend met letter H
Door	Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.	Door	Een in Nederland gevestigde tandarts, die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.
Vergoeding	Volledig.	Vergoeding	Volledige vergoeding op basis van het voor tandartsen geldende CTG-tarief.
Machtiging	Ja, vooraf.	Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voor het honorarium van de tandarts geldt geen eigen risico. 2. Periodiek preventief onderzoek (code C11) wordt maximaal eenmaal per kalenderjaar vergoed.
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bij de aanvraag dient een goedgekeurd behandelplan te worden gevoegd. 2. Univé verleend geen toestemming indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. 3. De behandeling vereist een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid. 4. De afwijkingen waarom het hier gaat: <ol style="list-style-type: none"> a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn; b. een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid; c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect); d. een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnat- en/of palatoschisis); e. een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect). 	3.12.6. <i>Tandheelkundige zorg aan verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap</i>	
Door	Orthodontist, dat is een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dento-maxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.	Omschrijving	Wanneer door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere, dan de normaal gebruikelijke, tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is.
Vergoeding	Volledig.	Vergoeding	Vergoeding van kosten onder de door Univé gestelde voorwaarden.
Voorschrift van	Huisarts of tandarts.	Machtiging	Ja, vooraf.
Machtiging	Ja, vooraf.	Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vergoedingen onder 3.12.1. en 3.12.5. zijn hier niet van toepassing. 2. Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
Bijzonderheden	Er is alleen recht op vergoeding wanneer er sprake is van: <ul style="list-style-type: none"> – een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnat- en/of palatoschisis); – een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd behoort te worden en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is. 	3.13. Medisch noodzakelijk ziekenvervoer	
3.12.3.	<i>Kaakorthopedische behandeling (orthodontie)</i>	Omschrijving	De kosten van medisch noodzakelijk vervoer binnen Nederland per ambulance, taxi of (huur)auto naar en van een dichtstbijzijnd: <ul style="list-style-type: none"> – ziekenhuis, revalidatie-inrichting, audiologisch centrum of AWBZ-inrichting waarin de verzekerde een onderzoek of behandeling zal ondergaan en dit vervoer geen betrekking heeft op tijdelijk verlof tijdens opname; – kraaminrichting of kraamhotel voor verpleging, behandeling of onderzoek; – orthopedisch instrumentmaker voor het aanmeten en passen van een prothese.
Door	Orthodontist, dat is een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dento-maxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.	Vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> – kosten voor vervoer per ambulance en taxi; – € 0,18 per kilometer voor (huur)auto.
Vergoeding	Volledig.	Voorschrift van	Behandelend arts.
Voorschrift van	Huisarts of tandarts.	Machtiging	Ja. Hierbij moet uit een verklaring van de behandelend arts blijken waarom medisch vervoer noodzakelijk is en met welk vervoermiddel. Deze verklaring moet tezamen met een kopie van de afspraakkaart naar Univé worden gestuurd. De medisch adviseur beoordeelt vervolgens of de kosten voor vergoeding in aanmerking komen.
Machtiging	Ja, vooraf.	Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Per kalenderjaar geldt voor de kosten van medisch noodzakelijk vervoer per taxi en/of (huur)auto een eigen bijdrage van € 44,- per polis of € 22,- voor een alleenstaande verzekerde. 2. Er is recht op vergoeding voorzover de kosten van deze medisch noodzakelijk zorg worden vergoed door Univé of de AWBZ en de vergoeding van de vervoerskosten niet uitdrukkelijk in de voorwaarden is uitgesloten.
3.12.4.	<i>Tandheelkundige implantaten</i>		
Door	Kaakchirurg, dit is een in Nederland gevestigde tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.		
Vergoeding	Kosten van tandheelkundige implantaten en de kosten die verband houden met het inbrengen daarvan in de kaak. De vergoeding beperkt zich tot het honorarium van de kaakchirurg, de anesthesist en de bijkomende ziekenhuiskosten.		
Machtiging	Ja, vooraf.		
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bij de aanvraag dient een goedgekeurd behandelplan te worden gevoegd. 		

3. Vervoerskosten in verband met bovengenoemde medisch noodzakelijke zorg door verder dan de dichtstbijzijnde gevestigde hulpverleners of instellingen worden niet vergoed, tenzij om medische redenen behandeling elders noodzakelijk is.

Regeling Farmaceutische Zorg (zie artikel 3.6.). Deze is op te vragen bij Univé.

3. Reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3.14. Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving Zorg in een centrum voor erfelijkheidsadvies. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboononderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Vergoeding Volledig.

Verwijzing Door huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde kan tevens onderzoek plaatsvinden bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan eveneens adviesing plaatsvinden. De kosten van laatstgenoemde onderzoeken komen voor rekening (van de verzekeraars) van de onderzochte andere personen.

3.15. Audiologische zorg

Omschrijving Onderzoek naar de gehoorfunctie, 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.

Door Een audiologisch centrum.

Vergoeding Volledig.

Verwijzing door Huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Bijzonderheden Het audiologisch centrum dient door de Nederlandse overheid te zijn erkend.

3.16. Leukemie bij kinderen

Omschrijving Centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

Vergoeding Volledig.

Bijzonderheden De kosten dienen te worden gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

3.17. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Omschrijving Geneesmiddelen die voorkomen op de door Univé gehanteerde lijst Antroposofische- respectievelijk Homeopathische Geneesmiddelen gebaseerd op de KNMP-taxe. Deze lijst is bij de apothekers en apotheekhoudend huisartsen bekend.

Door Een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding Volledig.

Voorschrift van Arts of klassiek homeopaat.

Bijzonderheden

1. Er is alleen recht op vergoeding wanneer:
 - de arts die homeopathische geneesmiddelen voorschrijft lid is van de Vereniging Homeopathisch Artsen Nederland (VHAN) en/of hierover specifieke (contractuele) afspraken met Univé heeft gemaakt;
 - de klassiek homeopaat die homeopathische geneesmiddelen voorschrijft lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten;
2. Voor de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen geldt geen eigen risico.

3.18. Flebologische behandeling

Omschrijving Behandeling van aandoeningen van de bloedvaten.

Door Een arts-fleboloog.

Vergoeding 80% van de kosten tot maximaal € 28,- per consult.

Bijzonderheden

1. De kosten van de door de arts-fleboloog gegeven injecties zijn bij de vergoeding inbegrepen.
2. Genees- en verbandmiddelen via de apotheek betrokken, worden vergoed conform de Uniforme

3.19. Sterilisatie en abortus

Vergoeding Volledig.

Bijzonderheden Vergoed worden kosten voor sterilisatie en abortus in het ziekenhuis.

3.20. In Vitro Fertilisatie (IVF)

Omschrijving Kosten van een behandeling In Vitro Fertilisatie.

Door Vergunninghoudend ziekenhuis.

Vergoeding Volledig tot maximaal 3 behandelingen voor de totale duur van de verzekering van de vrouw.

Machtiging Ja, vooraf.

Bijzonderheden Er dient aan de volgende voorwaarden te worden voldaan:

- er is sprake van een alom geaccepteerde medische indicatie;
- de behandeling vindt plaats in één van de daarvoor aangewezen ziekenhuizen;
- de verzekerde vrouw is niet ouder dan 40 jaar;
- IVF vindt niet plaats na een sterilisatie.

3.21. Ergotherapie

Omschrijving Advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of herstellen.

Door Een in Nederland gevestigde ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" en die een overeenkomst heeft gesloten met Univé.

Vergoeding Maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar.

Voorschrift van Huisarts of medisch-specialist.

Bijzonderheden Zorg kan worden verleend in de behandelruimte van de ergotherapeut of bij de verzekerde thuis.

Artikel 4 Aanspraken in het buitenland

De in de polis vermelde woorden die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie zijn niet van toepassing op dit polisartikel.

4.1. Geneeskundige zorg tijdens vakantie in het buitenland gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden

4.1.1. Medisch spoedeisende hulp

Vergoeding

- medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis gepaard gaande met opname gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval;
- medisch-specialistische zorg zonder opname;
- behandeling door een huisarts;
- farmaceutische zorg op voorschrift van een huisarts of een medisch-specialist;
- overige spoedeisende medisch-specialistische niet-klinische zorg, als omschreven in artikel 3, die gemaakt zijn tijdens vakantie in het buitenland, zijn waar ook ter wereld gedekt.

Bijzonderheden

1. Verzekerden zijn bij klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Univé Alarm Service, telefoon 0031 20 65 15 111.
2. In geval van opname in een ziekenhuis is de dekking beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval.
3. Onder ziektegeval wordt verstaan: iedere ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.
4. Niet gedekt zijn kosten die verband houden met een opname en/of medische behandeling die uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf in het buitenland;
5. De vergoeding van de gedekte kosten gebeurt tegen de omrekeningskoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door de zorgverlener zijn uitgeschreven.

6. Om voor uitkering in aanmerking te komen moet de verzekerde behoorlijk gespecificeerde rekeningen, alsmede de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen, overleggen.
7. Nota's van zorgverleners in het buitenland dient u eerst zelf te voldoen indien het totaalbedrag lager is dan € 225,-. Bij hogere bedragen kunnen wij voor rechtstreekse betaling zorgdragen.
8. Vergoeding van tandheelkundige zorg in het buitenland zoals omschreven in artikel 6.9.1.
9. Onder niet-klinisch medisch-specialistische zorg wordt verstaan:
 - a. Het onderzoek en/of de behandeling door een medisch-specialist dat/die niet plaatsvindt tijdens een ziekenhuisverpleging van meer dan 24 uur;
 - b. De diensten die in rechtstreeks verband met dit onderzoek of deze behandeling op voorschrift van de medisch-specialist worden verleend door een ziekenhuis of door een erkend laboratorium

4.1.2. Medisch noodzakelijk vervoer

- Vergoeding
- kosten van medisch noodzakelijk vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
 - kosten van medisch noodzakelijk vervoer van verblijfplaats naar Nederland (repatriëring) tot ten hoogste € 4.538,- ;
 - vervoerskosten van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland tot ten hoogste € 4.538,-.

Machtiging Ja, bij repatriëring vooraf.

- Bijzonderheden
1. De maximale vergoeding voor repatriëring is inclusief de kosten van noodzakelijke medische begeleiding.
 2. Medische noodzaak is de noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten.

4.2. Geneeskundige zorg bij vestiging in het buitenland zoals bedoeld in artikel 15

4.2.1. Medische hulp

Vergoeding De kosten worden vergoed volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, waarbij het niveau van de zorg vergelijkbaar dient te zijn met de in Nederland geboden zorg.

- Bijzonderheden
1. Verzekerden die woonachtig zijn buiten Europa zijn bij een klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Univé Alarm Service, telefoon 0031 20 65 15 111.
 2. In geval van opname in een ziekenhuis is de dekking beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval.
 3. Onder ziektegeval wordt verstaan: iedere ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.
 4. Er geldt geen aanspraak voor geneeskundige behandeling en verzorging buiten het land van vestiging voorzover deze geneeskundige behandeling en verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf aldaar, tenzij vóór de aanvang van de reis een machtiging daartoe is verstrekt door Univé.
 5. Vergoedingen of tegemoetkomingen met een gezamenlijke waarde onder € 225,- worden alleen betaalbaar gesteld op een bankrekening in Nederland. Bij het ontbreken daarvan vindt vergoeding of tegemoetkoming plaats op een door verzekerde aangegeven wijze, onder aftrek van de kosten van het internationaal betalingsverkeer en verrekening van eventuele valutaverschillen.
 6. Afzonderlijke betalingen van bedragen lager dan € 225,- worden vanuit Nederland niet rechtstreeks aan een zorgverlener in het buitenland betaald.
 7. De vergoeding van de gedekte kosten gebeurt in Nederland in euro's tegen de omrekeningskoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door de zorgverlener zijn uitgeschreven.

4.2.2. Medisch noodzakelijk vervoer

Vergoeding De kosten van medisch noodzakelijk vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis worden volledig vergoed. De kosten van medisch noodzakelijk vervoer van de verblijfplaats naar het land van vestiging (repatriëring) zijn per verzekerde gedekt tot ten hoogste € 4.538,- inclusief de kosten van noodzakelijk medische begeleiding. De vervoerskosten van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar het land van vestiging zijn ook gedekt tot ten hoogste € 4.538,-.

- Bijzonderheden
1. In geval van repatriëring is voorafgaande toestemming door Univé noodzakelijk.
 2. In geval van repatriëring of vervoer van een stoffelijk overschot dient zo spoedig mogelijk contact opgenomen te worden met de Univé Alarm Service, telefoon 0031 20 65 15 111.

4.3. Zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie

Vergoeding Vergoeding van de kosten van zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie bedraagt ten hoogste 100% van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS zou zijn vergoed.

Bijzonderheden Het is aan te bevelen dat de verzekerde in een voorkomend geval van te voren met Univé contact opneemt, opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

Artikel 5 Aanvullende klasseverzekering

Vergoeding Het verschil in kosten van de verpleegtarieven tussen de derde klasse en de verzekerde klasse.

- Bijzonderheden
1. Indien de verzekerde bij een ziekenhuisopname in de derde klasse wordt verpleegd, terwijl hij voor een hogere klasse is verzekerd, ontstaat na aanvraag door de verzekerde een recht op vergoeding van € 28,- per ligdag, tot een maximum van 15 ligdagen per opname.
 2. Klasseverpleging is niet in elk Nederlands ziekenhuis mogelijk en soms is bij opname geen klassefaciliteit beschikbaar. Het toewijzen van klassefaciliteiten is uitsluitend voorbehouden aan de ziekenhuizen zelf. Univé kan geen garantie geven dat u bij ziekenhuisopname daadwerkelijk klasseverpleging kunt genieten.

Artikel 6 Aanvullende Verzekering Module 1

6.1 Omvang van de dekking

Omschrijving Aan verzekerden die naast de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS ook de aanvullende verzekering Module 1 hebben afgesloten, vergoedt Univé, indien medisch noodzakelijk, naast de vergoedingen zoals beschreven in de vorige artikelen de hieronder genoemde medische behandelingen en middelen. De vergoedingen zijn gebaseerd op het door of namens Univé met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Wanneer er geen tarief overeen is gekomen dan vergoedt Univé de kosten op basis van het rechtsgeldige (CTG)-tarief.

6.2 Psoriasisbehandeling

Omschrijving (Dag)behandeling in een gespecialiseerd centrum in Nederland of behandeling met UV-B bruikeenapparatuur.

Vergoeding (Dag)behandeling en vergoeding behandeling met UV-B bruikeenapparatuur tot maximaal € 454,- per kalenderjaar, waarvan voor een (dag)behandeling maximaal € 28,- per dag wordt vergoed.

Verwijzing Door dermatoloog.

Machtiging Ja, vooraf.

- Bijzonderheden
1. De bruikeenapparatuur dient afkomstig te zijn van een door Univé aangewezen leverancier.
 2. De verwijzing van de dermatoloog moet voorzien zijn van een gemotiveerde aanvraag.

6.3. Oedeemtherapie

Door Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die als zodanig staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.

Vergoeding Maximaal € 14,- per behandeling.

Verwijzing Behandelend medisch-specialist.

Machtiging Ja, vooraf.

Bijzonderheden Er worden ten hoogste 10 behandelingen per kalenderjaar per verzekerde vergoed.

6.4. Stottherapie

Door Een door Univé erkend instituut.

Vergoeding	80% tot maximaal € 908,- voor de totale duur van de verzekering.	6.8.	Kaakorthopedische behandelingen (orthodontie) voor kinderen tot 18 jaar
Machtiging	Ja, vooraf.	Door	Orthodontist of tandarts (zie artikel 3.12.3.).
Bijzonderheden	Bijkomende kosten, zoals reis- of verblijfkosten, worden niet vergoed.	Vergoeding	100% tot een maximum van € 681,-.
6.5.	Reiskosten bezoek aan ernstig zieke kinderen	Bijzonderheden	1. Vergoeding voor een orthodontist overeenkomstig het gedeponeerde specialistentarief, voor een tandarts overeenkomstig de goedgekeurde tarieven. 2. Het maximum van € 681,- geldt voor de totale duur van de verzekering voor kinderen tot 18 jaar.
Omschrijving	Indien een kind wegens ernstige (levensbedreigende) ziekte voor een behandeling wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 km is verwijderd van de woonplaats en de aanwezigheid van de ouders is voor de behandeling noodzakelijk, dan wordt vanaf de 10e dag van de opname een tegemoetkoming in de kosten gegeven.	6.9.	Tandheelkundige zorg
Vergoeding	€ 23,- per etmaal tot een maximum van € 138,- per opname.	6.9.1.	<i>Tandheelkundige zorg door een tandarts of mondhygiënist aan verzekerden vanaf 18 jaar</i>
Voorschrift	Verklaring van behandeld arts.	Door	Een tandarts en / of mondhygiënist, de mondhygiënist dient in Nederland gevestigd te zijn en te voldoen aan de eisen in het Besluit: "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
Bijzonderheden	Vergoeding wordt niet gelijktijdig gegeven met een vergoeding voor overnachting ingevolge artikel 6.15.	Vergoeding	75% van de kosten voor zorg verleend door een tandarts en/of mondhygiënist tezamen tot een maximum van € 227,- per verzekerde per kalenderjaar.
6.6.	Alternatieve geneeswijzen	Bijzonderheden	1. a. De mondhygiënistische behandeling dient plaats te vinden op advies van een tandarts of tandarts-specialist. b. Behandeling door een tandarts in het buitenland: Vergoeding wordt slechts gegeven als de nota is opgesteld in één van de volgende talen: Nederlands, Duits, Engels of Frans. 2. De techniekkosten behorende bij de behandelingen worden niet vergoed. Techniekkosten zijn de kosten die verband houden met tandtechnische werkzaamheden in opdracht van de tandarts of tandarts-specialist alsmede de materiaal/laboratoriumkosten behorende bij alle tandheelkundige behandelingen. 3. Volledige gebitsprothesen (zie artikel 6.9.5.) en zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt krachtens artikel 3 en 4 van de hoofdzekeringswet, vallen niet onder de vergoeding van dit artikel.
Omschrijving	De geneesmethode, anders dan huisartsen- en specialistische hulp, voorzover toegepast door een in Nederland gevestigde: – en geregistreerde arts voor natuurgeneeskunde, homeopathie, (ortho-)manuele geneeskunde of Moerman- en enzymtherapie; – acupuncturist die is geregistreerd bij de N.G.V.A., de N.A.A.V., het HWA TO Centre, de N.V.A., de N.A.A.S. (met een C-diploma) of bij de beroepsvereniging NVTG-Zhong; – osteopaat (D.O.) die is geregistreerd in het Nederlands register van Osteopaten; – chiropractor die is geregistreerd bij de Stichting Chiropractie Nederland (SCN); – klassiek homeopaat die is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (N.V.K.H.); – manueel therapeut die is geregistreerd als gecertificeerd lid van de Vereniging Manueel Therapeuten (VMT).	6.9.2.	<i>Verhoging maximale jaarlijkse vergoeding</i>
Vergoeding	Maximaal € 18,- per consult (ongeacht de tijdsduur).	Omschrijving	De verzekerde heeft de mogelijkheid tegen een aanvullende premie het genoemde bedrag van € 227,- te verhogen tot € 454,- of € 908,-.
Bijzonderheden	1. Per dag komt slechts 1 consult voor vergoeding in aanmerking. 2. In totaal worden maximaal 20 consulten per kalenderjaar, per verzekerde vergoed. 3. Binnen het maximum van 20 consulten, worden maximaal 8 consulten voor behandelingen door een (ortho-)manueel geneeskundige, manueel therapeut osteopaat en/of chiropractor per verzekerde, per kalenderjaar vergoed. 4. Vergoeding wordt slechts gegeven voor consulten die op individuele basis door de arts/osteopaat/chiropractor/acupuncturist zelf zijn verleend. Dit betekent dat bijvoorbeeld behandelingen met een groeps karakter en behandelingen uitgevoerd door anderen (al dan niet onder verantwoording van de arts/osteopaat/chiropractor/acupuncturist) niet voor vergoeding in aanmerking komen.	Bijzonderheden	Verhoging van de dekking is mogelijk onder de volgende voorwaarden: – gunstige tandheelkundige keuring door Univé; – verhoging is alleen mogelijk per 1 januari volgend op de datum van aanvraag.
6.7.	Psychologische hulp	6.9.3.	<i>Bijkomende kosten</i>
Omschrijving	Zorg door een in Nederland gevestigde psycholoog die werkzaam is in de eerste lijn en als gezondheidspsycholoog geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.	Omschrijving	Eventueel gemaakte reiskosten en andere bijkomende kosten in verband met de in artikel 6.9. genoemde behandelingen worden niet vergoed.
Vergoeding	Maximaal 10 consulten per kalenderjaar tot ten hoogste een bedrag van € 25,- per consult.	6.9.4.	<i>Kosten voor kronen ten gevolge van een ongeval (voor kinderen jonger dan 18 jaar)</i>
Bijzonderheden	De kosten van psychologische hulp worden slechts vergoed indien: – de behandeling plaatsvindt op verwijzing door de huisarts; – het kortstondige hulpverlening betreft door een psycholoog die werkzaam is in de eerste lijn en als gezondheidspsycholoog staat geregistreerd; – verwijzing naar en behandeling door het RIAGG of het maatschappelijk werk op korte termijn niet mogelijk is; – behandeling op een psychiatrische polikliniek of door een vrijgevestigde psychiater niet is aangewezen.	Omschrijving	Kosten die een verzekerde jonger dan 18 jaar ten gevolge van een ongeval voor een kroon of brug moet maken. Onder ongeval wordt in dit verband verstaan: een niet opzettelijk van buiten komend onheil.
		Vergoeding	Volledig conform de goedgekeurde CTG-tarieven.
		Machtiging	Ja, vooraf.
		Bijzonderheden	Er moet geen recht op vergoeding bestaan op grond van artikel 3 en 4.
		6.9.5.	<i>Gebitsprothese (uitsluitend voor verzekerden met een tandeloze boven- en/of onderkaak)</i>
		Vergoeding	– de kosten voor een volledige boven- en onderprothese (inclusief techniekkosten) worden tot maximaal € 364,- vergoed; – de kosten voor een volledige boven- of onderprothese (inclusief techniekkosten) worden tot maximaal € 182,- vergoed.
		Bijzonderheden	1. Vergoeding uitsluitend indien de prothese is aangemeten en geplaatst door een tandarts. 2. De kosten voor een volledige boven- en onderprothese (inclusief techniekkosten) worden tot maximaal € 274,- vergoed en voor een volledige boven- of on-

- derprothese (inclusief techniekkosten) € 137,-, indien de prothese is aangemeten en geplaatst door een tandprotheticus.
3. Een tandprotheticus dient in Nederland gevestigd te zijn en opgeleid conform het zogenoemde Besluit op-leidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheti-cus.
 4. In beide bovenstaande situaties heeft de verzekerde slechts één maal per 5 jaar recht op deze vergoeding, voorzover geen enkele aanspraak op vergoeding krachtens de hoofdverzekering bestaat.

6.10. Sport Medisch Adviescentrum

Omschrijving	Consult of keuring bij een Sport Medisch Centrum aange-sloten bij de Federatie van Sport Medische Adviescentra in Nederland.
Vergoeding	Kosten tot maximaal € 23,- per consult of keuring.
Bijzonderheden	Per kalenderjaar komen maximaal 2 consulten of keuringen voor vergoeding in aanmerking.

6.11. Podo(posturale)therapie

Omschrijving	Vergoeding van de kosten van therapiezolen, consulten en (herhalings)onderzoeken.
Door	Een podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of staat geregistreerd in het A-register van het Omni Podo Genootschap.
Vergoeding	Behandelingen, consulten en therapiezolen tot maximaal € 125,- per verzekerde per kalenderjaar.
Verwijzing door	Behandelend medisch-specialist of arts.

6.12. Aanvullende fysiotherapie/oefentherapie

Vergoeding	Indien vervolgbehandelingen medisch noodzakelijk zijn en de hoofdverzekering biedt geen recht meer op vergoeding dan kunt u per kalenderjaar eenmalig aanspraak maken op maximaal 7 behandelingen fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck.
Voorschrift van	Huisarts of medisch-specialist, waarbij wordt aangegeven welke vorm van therapie geïndiceerd is.
Bijzonderheden	De behandeling dient op grond van de reeds bestaande indicatie, direct aansluitend op de behandeling uit de hoofd-verzekering en door dezelfde therapeut te worden gegeven.

6.13. Second Opinion

Omschrijving	Het raadplegen van een tweede medisch-specialist die wordt geraadpleegd bij twijfel aan of ter bevestiging van een voorgenomen behandeling.
Vergoeding	Volledige vergoeding van het honorarium.

6.14. Preventieve geneeskunde

Omschrijving	Kosten voor onderzoek of behandeling van: hart- en bloedvaten, baarmoederhals- (uitstrijkje) en borst-kankeronderzoek, cholesteroltest, prostaatkankeronder-zoek, electrocardiogram (ECG). Tevens zijn de kosten van vaccinaties gedekt indien men uit medisch oogpunt behoort tot een risicogroep voor de volgende ziekten: griep, rode hond, hepatitis-B, Pneumococcon-infectie, Haemofilus Influenza-B.
Door	Huisarts of medisch-specialist.
Vergoeding	Kosten van bovengenoemde onderzoeken of behandelingen.

6.15. Verblijfskosten Ronald McDonaldhuis

Omschrijving	Overnachting voor ouders van een meeverzekerd kind dat voor behandeling wordt opgenomen in het ziekenhuis.
Vergoeding	Volledige vergoeding van de door het Ronald McDonald in rekening gebrachte kosten.
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indien de ouders overnachten in een door Univé aan een Ronald McDonaldhuis gelijkgestelde instelling, wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven van maximaal € 23,- per etmaal. 2. Vergoeding kan niet plaatsvinden indien gelijktijdig uitkering ingevolge artikel 6.5. wordt gedaan.

6.16. Hospicezorg

Omschrijving	Kortdurende opvang buitenshuis in daartoe specifiek ingerichte ruimtes waar ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven worden begeleid en verzorgd door profes-sionele hulpverleners en/of vrijwilligers.
Door	Een door Univé gecontracteerde hospice.
Vergoeding	Tegemoetkoming in eigen bijdragen tot maximaal € 25,- per etmaal.
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. De vergoeding geldt niet voor eigen bijdragen bij op-vang in een verpleeghuis, verzorgingshuis of zieken-huis. 2. De vergoeding geldt voor ten hoogste een periode van 3 maanden. 3. Indien verlenging van de termijn van 3 maanden noodzakelijk is dan dient hierover contact opgenomen te worden met Univé.

Artikel 7 Aanvullende Verzekering Module 2

7.1. Omvang van de dekking

Vergoeding	Aan verzekerden die naast de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS ook de aanvullende verzekering Module 2 hebben afgesloten, vergoedt Univé, indien medisch nood-zakelijk, in plaats van de vergoedingen zoals beschreven in de vorige artikelen de hieronder genoemde medische be-handelingen en middelen. De vergoedingen zijn gebaseerd op het door of namens Univé met de zorgaanbieder over-eengekomen tarief. Wanneer er geen tarief overeen is ge-komen dan vergoedt Univé de kosten op basis van het rechtsgeldige (CTG)-tarief.
------------	---

7.2. Psoriasisbehandeling

Vergoeding	In plaats van de maximale vergoeding zoals omschreven in artikel 6.2. wordt per kalenderjaar maximaal € 545,- ver-goed. De overige bepalingen van artikel 6.2. blijven onver-minderd van kracht.
------------	--

7.3. Oedeemtherapie

Vergoeding	In plaats van de uitkering zoals omschreven in artikel 6.3. vergoeding tot een maximum van € 28,- per behandeling voor ten hoogste 20 behandelingen per kalenderjaar per verzekerde. De overige bepalingen van artikel 6.3. blijven onverminderd van kracht.
------------	--

7.4. Stottertherapie

Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.4. wordt een vergoeding verleend van 90% tot maximaal € 908,-. De overige bepalingen van artikel 6.4. blijven on-verminderd van kracht.
------------	---

7.5. Reiskosten bezoek aan ernstig zieke kinderen

Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.5. wordt een bedrag van € 23,- per etmaal vergoed tot een maximum van € 184,- per opname. De overige bepa-lingen van artikel 6.5. blijven onverminderd van kracht.
------------	--

7.6. Alternatieve geneeswijzen

Vergoeding	In plaats van het in artikel 6.6. genoemde maximale ver-goedingsbedrag van € 18,- geldt een maximaal vergoe-dingsbedrag van € 35,- per consult. De overige bepalingen van artikel 6.6. blijven onverminderd van kracht.
------------	---

7.7. Psychologische hulp

Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.7. wordt per kalenderjaar vergoeding gegeven voor maxi-maal 10 consulten per verzekerde tot ten hoogste een be-drag van € 37,50 per consult. De overige bepalingen van artikel 6.7. blijven onverminderd van kracht.
------------	--

7.8. Podo(posturale)therapie

Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.11. worden behandelingen en consulten vergoed tot maximaal € 175,- per verzekerde per kalenderjaar. De overige bepalingen van artikel 6.11. blijven onverminderd van kracht.
------------	--

7.9.	Kaakorthopedische behandelingen (orthodontie) voor kinderen tot 18 jaar	Machtiging	Ja, vooraf.
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.8., vergoeding voor 100% van de kosten van kaakorthopedische behandeling met een maximum van € 1.135,-. De overige bepalingen van artikel 6.8. blijven onverminderd van kracht.	Bijzonderheden	De behandelend arts dient een gemotiveerde aanvraag in te dienen.
7.10.	Bevalling en kraamzorg	7.15.	Hoortoestellen
Omschrijving	In plaats van de in artikel 3.11 genoemde bedragen en uren kraamzorg worden onderstaande bedragen en uren kraamzorg vergoed. De overige bepalingen van artikel 3.11 blijven onverminderd van kracht.	Vergoeding	Aanvullend op de vergoeding uit artikel 3.7. vergoeding van 75% tot maximaal € 114,- van het verschil tussen de aanschafprijs van het hoortoestel en de verleende vergoeding uit de hoofdverzekering.
7.10.1.	<i>Bevalling in het ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een kraaminrichting, kraamhotel, poliklinisch of thuis</i>	Bijzonderheden	Bovenstaande is een aanvulling op de vergoeding, conform de ministeriële Regeling Hulpmiddelen.
Vergoeding	– vergoeding gebruik polikliniek tot maximaal € 227,-; – vergoeding kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg van minimaal 24 uur tot maximaal 56 uur binnen een periode van 8 dagen, direct aansluitend op de bevalling of een geboorteuitering van € 1.044,-.	7.16.	Mamma-prothesen
7.10.2.	<i>Bevalling in het ziekenhuis met medische noodzaak</i>	Vergoeding	Aanvullend op de vergoeding uit artikel 3.7. volledige vergoeding van het verschil tussen de aanschafprijs van de mamma-prothese en de verleende vergoeding uit de hoofdverzekering.
Vergoeding	Vergoeding kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg van minimaal 24 uur tot maximaal 56 uur binnen een periode van 8 dagen, direct aansluitend op de bevalling of een geboorteuitering van € 1.044,-.	Bijzonderheden	Bovenstaande is een aanvulling op de vergoeding, conform de ministeriële Regeling Hulpmiddelen.
Bijzonderheden	Voor elke wegens ziekenhuisopname in rekening gebrachte verpleegdag (met uitzondering van de dag van ontslag) wordt het maximum aantal uren van 56 verminderd met 7 uur dan wel de geboorteuitering van maximaal € 1.044,- verminderd met € 130,50.	7.17.	Pruiken
7.10.3.	<i>Kraampakket</i>	Vergoeding	Aanvullend op de vergoeding uit artikel 3.7. vergoeding van 75% tot maximaal € 137,- van het verschil tussen de aanschafprijs van de pruik en de verleende vergoeding uit de hoofdverzekering.
Vergoeding	Aanstaande moeders die op deze verzekering staan ingeschreven hebben vanaf de 4e maand van de zwangerschap recht op de verstrekking van een door Univé Kraamzorg (telefoon: 0900-8998099, € 0,10 per minuut) verzorgd kraampakket.	Bijzonderheden	Bovenstaande is een aanvulling op de vergoeding, conform de ministeriële Regeling Hulpmiddelen.
Bijzonderheden	Kraampakketten aangeschaft via andere instanties of via de detailhandel worden niet vergoed.	7.18.	Plaswekkers
7.11.	Ergotherapie	Vergoeding	Vergoeding van de huurkosten van een plaswekker en de aanschafkosten van bandage.
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 3.21., worden per kalenderjaar maximaal 15 extra behandeluren vergoed. De overige bepalingen van artikel 3.21. blijven onverminderd van kracht.	Machtiging	Ja, vooraf.
7.12.	Elektrische epilatie	Bijzonderheden	1. De vergoeding geldt voor ten hoogste een periode van 2 maanden. 2. Indien noodzakelijk kan opnieuw een aanvraag worden ingediend. 3. Een gemotiveerde aanvraag door de behandelend arts is vereist.
Omschrijving	Elektrische epilatie bij vrouwelijke verzekerden in geval van abnormale, ernstig ontsierende haargroei in het gelaat.	7.19.	Gezichtshulpmiddelen
Door	Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die als zodanig staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.	Omschrijving	Tegemoetkoming in brillenglazen en contactlenzen met een correctiewaarde van minimaal 8 (dioptrieën) per glas. Daarnaast geldt voor kinderen tot 18 jaar een tegemoetkoming in de aanschafkosten van brilmonturen.
Vergoeding	Eenmalige vergoeding van de kosten tot maximaal € 545,-.	Vergoeding	– maximale tegemoetkoming van € 69,- per verzekerde, per kalenderjaar in de aanschafkosten van brillenglazen en/of contactlenzen; – maximale vergoeding van € 35,- per kalenderjaar voor brilmonturen voor kinderen tot 18 jaar.
Machtiging	Ja, vooraf.	Artikel 8	Aanvullende Verzekering Module 3
Bijzonderheden	1. De eerste € 182,- komt voor eigen rekening van de verzekerde. 2. De huisarts of medisch-specialist dient een gemotiveerde aanvraag in te dienen.	8.1.	Omvang van de dekking
7.13.	Camouflagetherapie	Vergoeding	Aan verzekerden die naast de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS ook de aanvullende verzekering Module 3 hebben afgesloten, vergoedt Univé, indien medisch noodzakelijk, in plaats van de vergoedingen zoals beschreven in de vorige artikelen de hieronder genoemde medische behandelingen en middelen. De vergoedingen zijn gebaseerd op het door of namens Univé met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Wanneer er geen tarief overeen is gekomen dan vergoedt Univé de kosten op basis van het rechtsgeldige (CTG)-tarief.
Omschrijving	Kosten van te volgen lessen en te gebruiken producten.	8.2.	Psoriasisbehandeling
Vergoeding	50% van de kosten.	Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.2. wordt per kalenderjaar maximaal € 681,- vergoed. De overige bepalingen van artikel 6.2. blijven onverminderd van kracht.
Machtiging	Ja, vooraf.	8.3.	Oedeemtherapie
Bijzonderheden	De huisarts, huidarts of plastisch chirurg dient een gemotiveerde aanvraag in te dienen.	Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.3. geldt er een vergoeding van maximaal € 28,- per behandeling. Het in artikel 6.3 genoemde maximaal aantal consulten van 20 is niet van toepassing. De overige bepalingen van artikel 6.3. blijven onverminderd van kracht.
7.14.	Therapeutische kampen voor jongeren		
Omschrijving	Verblijf in een therapeutisch kamp voor jongeren met één van de volgende aandoeningen: astma, diabetes mellitus, longaandoening mucoviscidosis.		
Vergoeding	€ 7,- per dag gedurende maximaal 6 weken per kalenderjaar.		

8.4.	Stottertherapie		8.12.	Elektrische epilatie
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.4. wordt volledige vergoeding verleend tot maximaal € 908,-. De overige bepalingen van artikel 6.4. blijven onverminderd van kracht.		Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 7.12. is er recht op een maximum vergoeding van € 1.090,-. De overige bepalingen van artikel 7.12. blijven onverminderd van kracht.
8.5.	Reiskosten bezoek aan ernstig zieke kinderen		8.13.	Camouflagetherapie
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.5. wordt een bedrag van € 23,- per etmaal vergoed tot een maximum van € 230,- per opname. De overige bepalingen van artikel 6.5. blijven onverminderd van kracht.		Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 7.13., vergoeding van 75% van de te volgen lessen en te gebruiken producten. De overige bepalingen van artikel 7.13. blijven onverminderd van kracht.
8.6.	Alternatieve geneeswijzen		Machtiging	Ja, vooraf.
Vergoeding	In plaats van het in artikel 6.6. genoemde maximale vergoedingsbedrag van € 18,- geldt een maximaal vergoedingsbedrag van € 35,- per consult.		Bijzonderheden	De huisarts, huidarts of plastisch chirurg dient een gemotiveerde aanvraag in te dienen.
Bijzonderheden	1. Het in artikel 6.6. genoemde maximaal aantal consulten van 20 is niet van toepassing. 2. Het in artikel 6.6. genoemde maximaal aantal consulten van 8 voor behandelingen door een (ortho-)manuele geneeskundige, manueel therapeut, osteopaat en/of chiropractor blijft, evenals de overige bepalingen van artikel 6.6., onverminderd van kracht.		8.14.	Therapeutische kampen voor jongeren
8.7.	Psychologische hulp		Vergoeding	In plaats van de vergoeding uit artikel 7.14., geldt een vergoeding van € 14,- per dag gedurende maximaal 6 weken per kalenderjaar. De overige bepalingen van artikel 7.14. blijven onverminderd van kracht.
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.7. wordt per kalenderjaar vergoeding gegeven voor maximaal 10 consulten per verzekerde tot ten hoogste een bedrag van € 50,- per consult. De overige bepalingen van artikel 6.7. blijven onverminderd van kracht.		8.15.	Eigen bijdrage medisch noodzakelijk ziekenvervoer
8.8.	Podo(posturale)therapie		Vergoeding	Vergoeding eigen bijdrage van artikel 3.13. (€ 44,- voor een gezin en € 22,- voor een alleenstaande).
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.11. worden behandeling en consulten vergoed tot maximaal € 225,- per verzekerde, per kalenderjaar. De overige bepalingen van artikel 6.11. blijven onverminderd van kracht.		8.16.	Vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk
8.9.	Kaakorthopedische behandelingen (orthodontie) voor kinderen tot 18 jaar		Omschrijving	De kosten van vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk voor verzekerden tot 18 jaar, waarbij de aanleiding voortvloeit uit psychische noodzaak.
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.8., vergoeding voor 100% van de kosten van kaakorthopedische behandeling met een maximum van € 2.269,-. De overige bepalingen van artikel 6.8. blijven onverminderd van kracht.		Vergoeding	75% van de kosten.
8.10.	Bevalling en kraamzorg		Machtiging	Ja, vooraf.
Omschrijving	In plaats van de in artikel 3.11. genoemde bedragen en uren kraamzorg worden onderstaande bedragen en uren kraamzorg vergoed. De overige bepalingen van artikel 3.11. blijven onverminderd van kracht.		8.17.	Steunzolen
8.10.1.	<i>Bevalling in het ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een kraaminrichting, kraamhotel, poliklinisch of thuis</i>		Omschrijving	Voor een verzekerd kind tot 18 jaar, bestaat recht op een tegemoetkoming in de kosten van steunzolen.
Vergoeding	– volledige vergoeding van de kosten van gebruik polikliniek; – vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg van minimaal 24 uur tot maximaal 64 uur binnen een periode van 8 dagen, direct aansluitend op de bevalling of een geboorteuiterkering van € 1.180,-.		Door	Leveranciers (orthopedische instrument-/schoenmakerijen) die door Univé zijn erkend.
8.10.2.	<i>Bevalling in het ziekenhuis met medische noodzaak</i>		Vergoeding	Maximaal € 46,- per kalenderjaar.
Vergoeding	– volledige vergoeding van de eigen bijdrage van € 29,- per ligdag per, door het ziekenhuis in rekening gebrachte, verpleegdag; – vergoeding kraamzorg thuis direct aansluitend op de bevalling maximaal 64 uur in 8 dagen geregeld door Univé Kraamzorg of een geboorteuiterkering van € 1.180,-.		Voorschrift van	Huisarts of medisch specialist voorzien van medische indicatie.
Bijzonderheden	Voor elke, wegens ziekenhuisopname in rekening gebrachte, verpleegdag (met uitzondering van de dag van ontslag) wordt het maximum aantal uren van 64 verminderd met 8 uur dan wel de geboorteuiterkering van maximaal € 1.180,- verminderd met € 147,50.		8.18.	Herstellingsoord
8.11.	Ergotherapie		Omschrijving	Vergoeding van de verblijfkosten in een somatisch herstellingsoord, voorkomend op de door de Univé gehanteerde lijst van herstellingsoorde.
Vergoeding	In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 3.21., worden er per kalenderjaar maximaal 20 extra behandeluren vergoed. De overige bepalingen van artikel 3.21. blijven onverminderd van kracht.		Vergoeding	€ 23,- per dag met een maximum van € 908,- per kalenderjaar.
			Machtiging	Ja, vooraf.
			Bijzonderheden	1. De huisarts dient een gemotiveerde aanvraag in te dienen. 2. Kosten dienen niet onder de AWBZ te worden vergoed.
			8.19.	Acne-behandeling
			Omschrijving	Behandeling bij ernstige vorm van acne.
			Door	Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die als zodanig staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.
			Vergoeding	Eenmalige vergoeding tot ten hoogste € 182,-.
			Machtiging	Ja, vooraf.
			Bijzonderheden	De medisch adviseur van Univé beoordeelt of er een machtiging kan worden afgegeven.
			8.20.	Antroposofische geneeskunde
			Omschrijving	Geneeskunde die wordt uitgeoefend door artsen en therapeuten die zijn gecertificeerd of als zodanig erkend door de desbetreffende beroepsvereniging.
			Vergoeding	Maximaal € 908,- per kalenderjaar (zie ook bijzonderheden).

Verwijzing door Antroposofische arts voor onder antroposofen erkende therapieën.

- Bijzonderheden
- 80% vergoeding van de kosten van visites, consulten en behandeling door een antroposofisch arts, die niet de huisarts van de verzekerde is en;
 - 100% vergoeding van de kosten van onder antroposofen erkende therapieën, op schriftelijke verwijzing van een antroposofisch arts, die als zodanig bekend is bij de specifieke beroepsgemeenschap.

8.21. Cursussen kruiswerk-/thuiszorgorganisaties

Omschrijving Vergoeding van de cursusprijs voor deelname aan (preventieve) cursussen gegeven door een AWBZ-erkende kruiswerk-/thuiszorgorganisatie, eventueel in samenwerking met RIAGG of GGD.

Vergoeding Maximaal € 46,- per kalenderjaar.

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

8.22. Aanvullende fysiotherapie/oefentherapie

Vergoeding In plaats van de in artikel 6.12. genoemde behandelingen geldt een maximum van 9 behandelingen. De overige bepalingen van artikel 6.12. blijven onverminderd van kracht.

8.23. Preventieve inenting bij reis naar buitenland

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

Door GGD of huisarts.

Vergoeding Maximaal € 100,- per verzekerde, per kalenderjaar.

Artikel 9 Wat Univé niet vergoedt

Univé vergoedt de volgende kosten niet:

- 9.1. Voor een behandeling die verband houdt met een ziekte of afwijking die reeds vóór of bij het tot stand komen van de verzekering bestond en waarmee de verzekeringsnemer of de verzekerde op dat tijdstip al bekend was of daarvan klachten ondervond, indien Univé ten behoeve van een medische beoordeling heeft verzocht een gezondheidsverklaring in te vullen. Bovenstaande is eveneens van toepassing bij een wijziging van de verzekering. Het bovenstaande is niet van toepassing wanneer Univé van die ziekte, afwijking of klachten schriftelijk op de hoogte is gebracht en Univé bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen;
- 9.2. Indien en voorzover de verzekeringsnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan maken krachtens:
- een wettelijk geregelde verzekering;
 - een regeling van overheidswege;
 - een subsidieregeling;
 - een andere overeenkomst.
- 9.3. Voor de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en van bevolkingsonderzoek.
- 9.4. Voor onderzoek en behandeling door een diëtist of psycholoog (uitgezonderd de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.7., 7.7., 8.7.).
- 9.5. Voor vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van vermindering ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.
- 9.6. Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeed.

9.7. Atoomkernreacties

9.7.1. Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

9.7.2. De uitsluiting onder 9.7.1. geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).

9.7.3. Voorzover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt artikel 9.7.2. geen toepassing.

9.8. Voor de kosten verband houdend met het inbrengen van implantaten in de kaak door een tandarts.

9.9. Voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen sterilisatie.

9.10. Voor keuringen, attesten, vaccinatie en periodiek algeheel onderzoek (uitgezonderd het gestelde in artikel 6.10., 6.14. en 8.23.).

9.11. Voor geneeskundige kosten gemaakt tijdens verblijf in het buitenland, anders dan wegens vakantie, tenzij hierover met Univé schriftelijk andere afspraken zijn gemaakt (uitgezonderd het gestelde in artikel 4.2. of 4.3.).

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

9.13. Voor verpleging op grond van sociale redenen.

9.14. Voor geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland (uitgezonderd het gestelde in artikel 8.23.).

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

Artikel 10 Algemene voorwaarden

10.1. Grondslag van de verzekering

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

10.1.2. Univé heeft het recht de nietigheid van de verzekeringsovereenkomst in te roepen, wanneer het aanvraagformulier onjuist, onvolledig is ingevuld en omstandigheden verzwegen zijn die van die aard zijn, dat de overeenkomst niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten wanneer Univé wel op de hoogte was geweest van deze feiten. In deze situatie hoeft Univé geen uitkeringen te doen en kan de verzekering beëindigen. Al gedane uitkeringen sinds de ingangsdatum kunnen worden teruggevorderd en Univé is niet gehouden om de reeds betaalde premie te restitueren.

10.2. Kinderen

10.2.1. Voor kinderen die zijn geboren tijdens de duur van de verzekering en binnen een maand na hun geboorte zijn aangemeld, geldt dat de verzekering tijdens de geboorte van kracht is, ongeacht eventuele ziekten of afwijkingen. Voorwaarde is wel dat alle daarvoor in aanmerking komende kinderen bij Univé zijn meeverzekerd.

10.2.2. Meeverzekerd kunnen worden:

- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, en adoptiekinderen vanaf 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering krachtens de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (WTOS) of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud van kinderen ingevolge Artikel 6.1. en afdeling 6.4. van de Wet in-

<p>10.3. Vrije keus</p> <p>Verzekerde is vrij in keuze van ziekenhuis, medisch-specialist, huisarts, kaakchirurg, orthodontist, tandarts, verloskundige, kraamverzorgster, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist, ergotherapeut en apotheek mits de instelling of zorgverlener in Nederland gevestigd is.</p>			
<p>10.4. Opname in een hogere dan de verzekerde klasse</p> <p>Bij opname in een hogere klasse wordt dekking verleend op basis van het rechtsgeldige tarief van de verzekerde klasse.</p>			
<p>10.5. Begin en einde van de dekking</p> <p>De verzekerde heeft recht op vergoeding van de gedekte kosten, voorzover gemaakt tijdens de duur van de verzekering.</p>			
<p>10.6. Telefonische en mondelinge informatie</p> <p>Geen beroep kan worden gedaan op telefonische of mondelinge informatie.</p>			
<p>10.7. Wijziging persoonlijke omstandigheden</p> <p>De verzekeringsnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering 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 als bedoeld zijn ondermeer:</p> <ul style="list-style-type: none">– het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling;– verhuizing, huwelijk, samenwoning, (echt)scheiding, geboorte of overlijden, wijziging bank-/gironummer. Voor het nalaten van het hierboven bepaalde, draagt Univé geen enkel risico. Kennisgevingen aan de verzekeringsnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringsnemer te hebben bereikt.			
<p>10.8. Duur en einde van de verzekering</p> <p>10.8.1. De verzekering wordt aangegaan voor de termijn van één jaar, met uitzondering van de verzekering die niet per 1 januari van een jaar is aangegaan. De laatstbedoelde verzekering geldt tot en met 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de verzekering is aangegaan.</p> <p>10.8.2. De verzekering wordt na verloop van de in het eerste lid bedoelde termijn, alsmede telkens na verloop van een overeenkomstig dit lid verlengde termijn, met één jaar verlengd, tenzij uiterlijk twee maanden voor de dag waarop die termijn is verstreken, van de verzekerde een schriftelijk verzoek om beëindiging van de verzekering is ontvangen. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.</p> <p>10.8.3. Aangaan en handhaving verzekering De verzekering moet worden aangegaan en gehandhaafd voor alle leden van het gezin. Deze verplichting geldt niet:</p> <ol style="list-style-type: none">a. voor gezinsleden die uit hoofde van hun functie recht hebben op geneeskundige verzorging;b. voor gezinsleden die verplicht verzekerd zijn ingevolge de Ziekenfondswet of een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering (IZA, IZR, DGVP);c. voor een aanvullende klasseverzekering;d. voor gezinsleden die zelfstandig een studentenverzekering bij Univé hebben afgesloten;e. indien één van de gezinsleden wegens zijn gezondheid of leeftijd niet in de desbetreffende verzekering kan worden ingeschreven. <p>10.8.4. Univé mag de verzekering niet beëindigen, behalve in geval van verzwijging of onjuiste opgave als bedoeld in artikel 10.1., in geval van schorsing als bedoeld in artikel 13.3. en in geval van bedrog, op een door hem te bepalen tijdstip.</p> <p>10.8.5. Onverminderd het bepaalde in lid 1 en 2 eindigt de verzekering voor de verzekerde tussentijds:</p> <ul style="list-style-type: none">– op het tijdstip waarop deze niet meer in Nederland woonachtig is;– door overlijden van verzekerde;– ingeval het van kracht worden van een verplichte ziekenfondsverzekering of van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling en wel met ingang van de datum dat de verzekerde zijn rechten aan de inschrijving el-	<p>10.8.6.</p> <p>10.9.</p> <p>10.9.1.</p> <p>10.9.2.</p> <p>10.10.</p>	<p>ders kan ontlenen. Verzekerde moet dit uiterlijk binnen twee maanden schriftelijk aan Univé melden door middel van een (kopie-)bewijs van inschrijving. Bij overschrijding van de termijn van twee maanden wordt de verzekering bij Univé beëindigd op de dag waarop de kopie van het bewijs van inschrijving door Univé is ontvangen;</p> <ul style="list-style-type: none">– door opzegging in verband met en-bloc wijzigen van de premie of polisvoorwaarden;– op een door Univé te bepalen dag door royement, als gevolg van achterstand in de betaling van aan Univé verschuldigde premie of kosten, dan wel naar het oordeel van Univé, door de verzekerde op enigerlei wijze opzettelijk benadelen van Univé. <p>De medeverzekering eindigt voor kinderen op het moment waarop niet meer wordt voldaan aan het gestelde in artikel 10.2.2. Deze personen hebben het recht zich zelfstandig te verzekeren op dezelfde voorwaarden en tegen de geldende premie voor volwassenen.</p> <p>Leeftijdsgrenzen</p> <p>Het aangaan van een verzekering volgens één van de verzekeringsvormen kan slechts plaatsvinden als de voor die verzekeringsvorm bepaalde leeftijdsgrens niet is bereikt. Personen die de 65-jarige leeftijd hebben bereikt, kunnen uitsluitend worden ingeschreven in de Standaard(pakket) polis.</p> <p>Bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd wordt de verzekeringsvorm omgezet in een Standaard(pakket)polis tegen de door de Minister van VWS vastgestelde premie. De omzetting vindt plaats per de eerste dag van de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt.</p> <p>Bescherming persoonsgegevens</p> <p>De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering of een financiële overeenkomst verstrekte persoonsgegevens worden door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en of financiële diensten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.</p> <p>Op deze verwerking van persoonsgegevens zijn de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens Univé van toepassing. In deze Gedragsregels worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de Gedragsregels kunt u opvragen bij Univé Verzekeringen, Postbus 607, 8000 AP Zwolle, www.unive.nl.</p>	<p>Artikel 11 Bijzondere voorwaarden Aanvullende Verzekering Module 1, 2 en 3</p> <p>11.1. Univé schrijft iedere verzekerde die op de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS is ingeschreven op diens verzoek in, in de Aanvullende Verzekering Module 1, 2 of 3, met uitzondering van de in de volgende leden van dit artikel vermelde situaties. In door Univé te bepalen omstandigheden kunnen ook anderen worden ingeschreven.</p> <p>11.2. Univé schrijft een verzekerde van de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS slechts in de Aanvullende Verzekering Module 1, 2 of 3 in, wanneer het desbetreffende verzoek mede omvat alle op de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS ingeschreven gezinsleden. Deze gezinsleden dienen dezelfde Aanvullende Verzekering Module aan te gaan als de verzekeringsnemer. Deze bepaling geldt niet voor een individueel aangevraagde verhoging van de tandartsdekking (artikel 6.9.2.).</p> <p>11.3. Indien de aanmelding voor de Aanvullende Verzekeringsmodules later plaats vindt dan de aanmelding voor de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS, is acceptatie pas mogelijk na gunstige medische beoordeling door Univé. Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van de verklaring van de verzekeringsnemer in het aanvraagformulier.</p> <p>11.4. Wijziging van de verzekeringsvorm naar een meer uitgebreide dekking dan wel een verhoging van het geldende maximale bedrag voor de tandartsdekking genoemd in artikel 6.9.2., dient schriftelijk te worden aangevraagd. Acceptatie is hierbij eerst mogelijk na gunstige medische en/of tandheelkundige beoordeling door Univé. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op de datum van de aanvraag.</p>

11.5.	Wijziging van de verzekeringsvorm naar een minder uitgebreide dekking dan wel een verlaging van de tandartsdekking (artikel 6.9.2.), dient schriftelijk te worden aangevraagd. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de inschrijvingsduur als bedoeld in artikel 10.8. lid 1 eindigt.	12.3.4.	Voor een reeds lopende verzekering, zal een wijziging in het eigen risico, na schriftelijke aanvraag en na goedkeuring door Univé, slechts met ingang van 1 januari van het volgend kalenderjaar kunnen ingaan.
11.6.	Indien de aanmelding voor de Aanvullende Verzekeringsmodules later geschiedt dan voor de aanmelding voor de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS, vindt na gunstige medische beoordeling inschrijving plaats per de eerste van de maand volgend op de maand van aanmelding. Inschrijving met terugwerkende kracht is niet mogelijk.	12.3.5.	Indien een ziekenhuisopname niet eindigt in het jaar waarin de opname begon, zal slechts één maal het eigen risico in mindering worden gebracht, en wel in het jaar waarin de opname begon.
11.7.	Univé kan de inschrijving weigeren indien de aspirant-verzekerde inschrijving verlangt op het moment waarop hij of zij op de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS ingeschreven gezinsleden reeds zorg behoeft, die qua aard en omvang behoort tot de vergoedingen ingevolge de Aanvullende Verzekeringsmodules.	12.4.	Verrekening van het eigen risico
		12.4.1.	Door de verzekerde ingediende nota's, die betrekking hebben op een bepaald kalenderjaar, zullen door Univé worden vastgelegd. Zodra het gekozen eigen risicobedrag is overschreden zal het meerdere automatisch via het opgegeven bank- of girorekeningnummer worden uitbetaald.
		12.4.2.	Bij opname, onderzoek en/of behandeling in een ziekenhuis kunnen alle nota's, die hierop betrekking hebben, door Univé rechtstreeks aan de inrichting of medisch-specialist worden voldaan.
		12.4.3.	Kosten die onder de reglementaire dekking vallen en rechtstreeks door de zorgverleners, (waarmee Univé hierover afspraken heeft gemaakt), of door verzekerden (die de declaratie niet eerst zelf hebben voldaan) bij Univé worden gedeclareerd, worden door Univé namens de verzekerde aan de zorgverleners vergoed. Voorzover de verzekerde krachtens de verzekeringsvoorwaarden niet voor 100% aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten voor de verleende zorg, o.a. vanwege een eigen risico of eigen bijdragen, vordert Univé deze niet gedekte kosten bij de verzekerde terug. De verrekening vindt op dezelfde wijze plaats als de premiebetaling voor de verzekering; wanneer verzekerde een machtiging heeft verleend tot automatische incasso van de premiebetaling, wordt hij geacht daarbij tevens machtiging te hebben verleend voor automatische incasso van deze vordering. In alle andere gevallen zal de terugvordering plaatsvinden door middel van een acceptgirokaart.
		12.4.4.	Bij beëindiging, wijziging of schorsing van de verzekering in de loop van het kalenderjaar zal geen restitutie dan wel vermindering van het eigen risico plaatsvinden.
Artikel 12	Schade en eigen risico	Artikel 13	Premie en schorsing
12.1.	Bijzondere verplichtingen van de verzekerde	13.1.	Premiebetaling
	De verzekerde is verplicht:		De premies, kosten en bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen en bepalingen dienen bij vooruitbetaling te worden voldaan. 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.
	1. Aan Univé, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.	13.2.	Premieregeling
	2. Indien de opname of behandeling het gevolg is van een ongeval, dit direct te melden aan Univé. Hij dient Univé behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.		Voor ten hoogste drie kinderen beneden de 18 jaar in een gezin is premie verschuldigd. Bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd vervalt de kinderpremie, per eerste van de maand volgend op de maand waarin men de 18-jarige leeftijd heeft bereikt. Voor studerende meeverzekerde kinderen van 18 tot 27 jaar geldt het speciale studententariaf. Voor personen, die bij toetreding de leeftijd van 45 jaar hebben bereikt, is een door Univé te bepalen toeslag op de premie verschuldigd. De leeftijd en de woonplaats zijn op de ingangsdatum van de verzekering bepalend voor de hoogte van de premie gedurende het gehele kalenderjaar. Vervolgens zijn steeds de leeftijd en de woonplaats op 1 januari bepalend voor de hoogte van de premie gedurende het gehele kalenderjaar.
	3. De originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat daaruit zonder verdere aanvraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Univé is gehouden, binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij Univé in te dienen. Alleen originele nota's komen voor vergoeding in aanmerking.	13.3.	Schorsing
	4. Bij behandelingen waarvoor in de verzekeringsvoorwaarden een schriftelijke verwijzing vereist is, een verwijsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt, dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is (is geweest).		Indien de verzekeringsnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, de kosten en terugbetaling van de door Univé direct aan de zorgverleners betaalde kosten ex artikel 12.4.3., kan Univé schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 17 dagen onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking vervalt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de openstaande vordering, zoals hiervoor omschreven. De verzekeringsnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen. Indien Univé maatregelen treft tot incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringsnemer.
	5. Indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat toestemming van Univé vereist is, dan dienen deze behandelingen vooraf te worden aangevraagd en goedgekeurd te zijn.		
	6. Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft Univé geen kosten te vergoeden.		
12.2.	Vergoeding van nota's		
	1. Verzekerde kosten worden in principe binnen 3 weken na ontvangst van de originele nota's vergoed.		
	2. Computernota's komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze door de hulpverlener zijn gewaarmerkt.		
12.3.	Bepaling eigen risico		
12.3.1.	Bij het aangaan van de verzekering en vervolgens telkens per 1 januari van enig jaar wordt het op de polis van toepassing zijnde eigen risico bepaald aan de hand van het aantal op de polis verzekerde volwassenen. Het eigen risico heeft alleen betrekking op de dekking van de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS (waarvan de dekking is geregeld in artikel 3 en 4) en betreft een verhoging van de geldende eigen bijdragen. Nadat de totale kosten, die volgens de dekking krachtens artikel 3 en 4 in het reglement door Univé moeten worden betaald, in de loop van het kalenderjaar tot boven het eigen risico zijn gestegen, zal het meerdere door Univé worden uitgekeerd. De kosten van alle op het verzekeringsbewijs vermelde verzekerden worden samengeteld.		
12.3.2.	Van het eigen risico zijn uitgezonderd het honorarium van de huisarts (niet zijnde verloskundige zorg), preventieve behandeling door een tandarts, tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden jonger dan 18 jaar (artikel 3.12.1), farmaceutische zorg (incl. homeopathische of antroposofische geneesmiddelen artikel 3.17.), AWBZ-verstrekingen en de vergoedingen van de Aanvullende Verzekering Module 1, 2 en 3 (artikel 6, 7 en 8).		
12.3.3.	Voor een in de loop van een kalenderjaar ingegane verzekering zal het eigen risico naar evenredigheid van de nog niet verstreken termijn van het kalenderjaar worden vastgesteld.		

Behoudens in geval van beëindiging wordt de dekking weer van kracht op de dag volgende op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Univé zijn ontvangen. Indien de verschuldigde bedragen blijvend niet worden voldaan volgt royement van de verzekering.

13.4. Teruggave van de premie

Teruggave van premie vindt slechts plaats over de nog niet verschenen termijn van het lopende kalenderjaar.

13.5. Herziening van premie of voorwaarden

13.5.1. Univé heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Univé vast te stellen datum. Univé doet van de voorgenomen herziening mededeling, in ieder geval voor de datum van ingang van de wijziging.

13.5.2. De verzekeringsnemer die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan de verzekering per de in artikel 13.5.1. genoemde datum beëindigen, mits hij dit binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum schriftelijk aan Univé kenbaar maakt. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven.

13.5.3. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van de premie en/of voorwaarden die voortvloeit uit wettelijke regelingen of overheidsmaatregelen. Hieronder wordt tevens verstaan een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat.

13.5.4. Heeft Univé binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringsnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

Artikel 14 Collectieve contracten

14.1. Indien verzekerden bij Univé zijn ingeschreven via een collectief contract kunnen er naast of in tegenstelling tot de algemene verzekeringsvoorwaarden afwijkende regelingen van toepassing zijn, welke voorrang hebben boven de algemene verzekeringsvoorwaarden. Deze regelingen zijn vastgelegd in het collectieve contract dat bij de werkgever ter inzage ligt en kunnen o.a. betreffen:

- omvang van de dekking (artikel 3, 4, 6, 7 en 8);
- premieregeling (artikel 13.2.);
- duur van de verzekering (artikel 10.8.).

14.2. Indien in het collectieve contract is overeengekomen dat de collectief contractant zorgdraagt voor betaling van de premie, wordt hij geacht de premie namens de verzekeringsnemer te voldoen.

14.3. Indien dit in het collectief contract is overeengekomen geldt, naast de bepalingen in artikel 10.8., dat de verzekering eveneens eindigt:

- door beëindiging van het collectieve contract;
- door beëindiging van het dienstverband van de verzekeringsnemer bij de collectief contractant.

Artikel 15 Vestiging in het buitenland

15.1. Bij vestiging in het buitenland kan de verzekering alleen worden voortgezet dan wel worden aangegaan als de (aspirant)-verzekerde direct voorafgaand aan definitieve vestiging in het buitenland minimaal één jaar bij Univé een ziektekostenverzekering heeft.

15.2. Bij vestiging in het buitenland is de verzekeringsnemer verplicht dit zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Univé mede te delen.

15.3. Bij vestiging in het buitenland geldt vanaf het moment dat de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is een aangepaste premie. De hoogte van de premie is afhankelijk van het land waar men zich vestigt. Tevens geldt een verplicht eigen risico van minimaal € 452,- (het eigen risico bedrag wordt gehalveerd als er één volwassene op de polis staat ingeschreven).

15.4. Bij definitieve terugkeer naar Nederland vervalt de aangepaste premie vanaf het moment dat de verzekerde staat ingeschreven in de burgerlijke stand van een Nederlandse gemeente. Als de verzekerde op het moment van definitieve terugkeer naar Nederland de 65-jarige leeftijd heeft bereikt, wordt de verzekeringsvorm omgezet in een Standaard(pakket)polis.

15.5. Indien verzekerden in het buitenland gevestigd zijn dan zijn de volgende artikelen niet van toepassing:

- zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie voor zover de verzekerde zich buiten de Europese Unie heeft gevestigd (artikel 4.3.);
- uitsluiting vergoeding kosten buitenland (artikel 9.11.);
- einde van de verzekering (artikel 10.8.5. eerste aandachtstreepje);
- leeftijdsgrens (artikel 10.9.1. en 10.9.2.).

Artikel 16 Geschillen en klachten

1. Indien de verzekerde zich niet met een beslissing kan verenigen, kan hij binnen één maand nadat de beslissing hem is meegedeeld, zijn bezwaren schriftelijk kenbaar maken aan Univé t.a.v. klachtbehandeling. Univé zal hierop binnen zes weken haar definitieve standpunt kenbaar maken.
2. Klachten kunnen, nadat zij kenbaar zijn gemaakt aan Univé, ook schriftelijk worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen te Den Haag.
3. De directie beslist over geschillen en klachten. Indien de verzekerde het geschil aan de gewone rechter wil voorleggen, dient dit te geschieden binnen één maand na de uitspraak van de directie.
4. 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.

Toepasselijk recht

Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

Klachten

Klachten die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden voorgelegd aan de algemeen directeur van Univé Verzekeringen, Postbus 607, 8000 AP Zwolle.

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor u niet bevredigend is, kunt u zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Wanneer u geen gebruik wilt maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden binnen de bedrijfstak, of de behandeling door het klachteninstituut niet bevredigend vindt, kunt u het geschil voorleggen aan de rechter.