

MODELOVEREENKOMST
Univé Zorg Vrij polis
(ingaaude 1 januari 2007)

Inhoudsopgave	Pagina
Artikel 1 Begripsomschrijving	1
Artikel 2 Algemene bepalingen	2
2.1. Toepassingsgebied modelovereenkomst Univé Zorg Vrij polis	2
2.2. Conformiteit Zorgverzekeringswet	2
2.3. Grondslag van de verzekering	2
2.4. Bedenkperiode	2
2.5. Prestatiewijze	2
2.6. Mededelingsplicht	3
2.7. Aanvang en duur zorgverzekering	3
2.8. Opzegging	4
2.9. Herziening premie of voorwaarden	4
2.10. Opzegging of ontbinding door Univé	4
2.11. Beëindiging van rechtswege	4
2.12. Informatie- en meldingsplichten	4
2.13. Premie	5
2.14. No-claim	5
2.15. Eigen risico	5
2.16. Declaratie en betaling	6
2.17. Bijzondere verplichtingen van de verzekerde	6
2.18. Aansprakelijkheid van derden	6
2.19. Geschilbeslechting	6
2.20. Bescherming persoonsgegevens	7
2.21. Fraude	7
2.22. Onterechte verzekering	7
2.23. Molest/ terrorisme	7
Artikel 3 De verzekerde zorg	7
Artikel 4 Buitenland	16
Artikel 5 Uitsluitingen	16

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

Hoe leest u de voorwaarden

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

Artikel 1 Begripsomschrijving

Univé

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

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

(verder in alfabetische volgorde)

Bedrijfsarts

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

BurgerServiceNummer (BSN)

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Collectief contract

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

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

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

EU- en EER-staat

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

Gespecialiseerd leverancier

Een op medisch gebied in een bepaald hulpmiddel gespecialiseerde leverancier.

Incidentele zorg

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

Kosten

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

Medisch adviseur

De arts die Univé in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch gespecialiseerd leverancier

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

Medisch speciaalzaak

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

Modelovereenkomst

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

No-claim

Regeling waarbij door de zorgverzekeraar een bedrag aan de verzekerde wordt teruggestort wanneer er in een kalenderjaar geen of minder dan een bij AMvB vastgesteld bedrag (€ 255,- voor het jaar 2006) aan medische kosten zijn gedeclareerd.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

Psychotherapeut

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

Spoedeisende zorg

Onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Treeknormen

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

Verdragsland

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

Verzekerde

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

Verzekeringnemer

De persoon die de verzekeringsovereenkomst met Univé is aangegaan.
Verzekeringsovereenkomst
De overeenkomst tussen verzekeringnemer en Univé.

Verzekeringplichtige

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

Wet BIG

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

WTG

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

Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC)

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

Ziekenhuis

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

Zorgaanbieder

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

Zorgpolis

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

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1. Toepassingsgebied modelovereenkomst Univé Zorg Vrij polis

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

2.2. Conformiteit Zorgverzekeringswet

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

2.3. Grondslag van de verzekering

Lid 1

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

Lid 2

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

Lid 3

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

Lid 4

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

Lid 5

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

Lid 6

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

2.4. Bedenkperiode

De verzekeringsnemer kan de verzekeringsovereenkomst binnen 10 werkdagen na dagtekening van de zorgpolis schriftelijk opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.5. Prestatiewijze (restitutie)

Lid 1

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

Zorgbemiddeling

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

- Lid 2* Deze modelovereenkomst geeft de verzekerde, binnen de grenzen als omschreven in artikel 3, de keuze uit alle zorgaanbieders.
- Lid 3* Indien bij algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 12 lid 1 van de Zorgverzekeringswet bepaalde vormen van zorg zijn aangewezen, vergoedt Univé alleen de kosten van de zorg indien tussen Univé en de zorgaanbieder een overeenkomst over de te leveren zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs is gesloten, dan wel indien de zorgaanbieder bij Univé in dienst is.
- Lid 4* De vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten is gelijk aan het tussen Univé en de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien Univé geen tarief is overeengekomen, is de vergoeding gelijk aan het WTG-tarief, indien op grond van de WTG geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door het CTG/NZA is goedgekeurd of vastgesteld. Indien Univé geen tarief overeengekomen is én er geen WTG-tarief van toepassing is dat uitsluitend in rekening mag worden gebracht, bedraagt de vergoeding ten hoogste het tarief dat naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Een eventuele eigen bijdrage of eigen risico komt voor rekening van de verzekerde.
- Lid 5* De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg en overige diensten als omschreven in artikel 3 en 4 wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een dergelijke maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- Lid 6* De verzekerde heeft slechts recht op vergoeding van de kosten van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- Lid 7* Recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat mits de zorg wordt verleend op de plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.
- Lid 8* De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.
- Lid 9* Indien en voor zover Univé aan de zorgaanbieder een hoger bedrag voor de kosten van zorg of een andere dienst betaalt dan waarop de verzekerde recht heeft, wordt verzekerde geacht aan Univé te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van Univé van het door Univé aan de zorgaanbieder teveel betaalde bedrag.
- Lid 10* De verzekerde heeft tevens recht op vergoeding van de kosten van andere vormen van zorg dan omschreven in artikel 3 van deze verzekeringsovereenkomst, mits Univé dit nader heeft bepaald, Univé daarvoor vooraf schriftelijk toestemming heeft verleend en de zorg binnen de aanspraken conform artikel 2.4 tot en met 2.16 van het Besluit zorgverzekering valt. De betreffende behandeling moet naar algemeen inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden als de zorg zoals beschreven in artikel 3.
- Lid 11* Zorgaanbieders die buiten Nederland zijn gevestigd, worden gelijkgesteld met Nederlandse zorgaanbieders indien zij voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten.

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

Treeknormen

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

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

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

2.6. Mededelingsplicht

- Lid 1* Iedere aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg vervalt als door of namens verzekeringsnemer en/of verzekerde is gehandeld met het opzet om Univé te misleiden.
- Lid 2* Indien Univé ontdekt dat de verzekeringsnemer en/of verzekerde heeft gehandeld met het opzet haar te misleiden of indien Univé bij kennis van de ware stand van zaken geen zorgverzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na de ontdekking met onmiddellijke ingang worden opgezegd.

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

2.7. Aanvang en duur zorgverzekering

- Lid 1* De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop Univé het verzoek van de verzekeringsnemer tot het sluiten van de verzekeringsovereenkomst heeft ontvangen.
- Lid 2* Indien Univé op basis van het verzoek conform lid 1 niet kan vaststellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en Univé de persoon die de verzekeringsovereenkomst wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de verzekeringsovereenkomst, in afwijking van het vorige lid, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
- Lid 3* Indien degene ten behoeve van wie de verzekeringsovereenkomst wordt gesloten op de dag waarop Univé het verzoek als bedoeld in lid 1 ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringsnemer aangeeft de verzekeringsovereenkomst te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 1 of lid 2, gaat de verzekeringsovereenkomst op die latere datum in.
- Lid 4* In afwijking op lid 1 en 2 gaat de verzekering in per de datum waarop de vorige zorgverzekering is beëindigd wanneer binnen een maand nadat de eerdere zorgverzekering door wijziging van de premie of voorwaarden is geëindigd aanmelding bij een nieuwe zorgverzekeraar plaatsvindt.
- Lid 5* Indien de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- Lid 6* Bij het opleggen van een bestuurlijke boete wegens het voorafgaand onverzekerd zijn, handelt Univé overeenkomstig de bepalingen van § 9.3 van de Zorgverzekeringswet.
- Lid 7* De looptijd van deze verzekeringsovereenkomst is één kalenderjaar.
- Lid 8* Indien de verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten in de loop van het kalenderjaar geldt, in afwijking van lid 7 een looptijd tot het einde van het volgende kalenderjaar.
- Lid 9* De zorgverzekering wordt na verloop van de in lid 7 en lid 8 bedoelde termijn, telkens met één jaar verlengd, tenzij de verzekeringsnemer de verzekeringsovereenkomst voor 31 december heeft opgezegd.

Einde zorgverzekering

2.8. Opzegging

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

2.9. Herziening van premie of voorwaarden

- Lid 1* Univé is bevoegd om eenzijdig wijzigingen aan te brengen in deze verzekeringsovereenkomst, de Lijst van gecontracteerde zorgaanbieders, de Lijst maximale tarieven niet-gecontracteerde zorg en andere onderliggende reglementen.
- Lid 2* Een herziening van de voorwaarden in deze verzekeringsovereenkomst geschiedt op een door Univé vast te stellen datum. Univé doet van de voorgenomen herziening mededeling, in ieder geval voor de datum van ingang van de wijziging.
- Lid 3* Indien Univé de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst of de premie ten nadele van de verzekeringnemer wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
- Lid 4* Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.
- Lid 5* De verzekeringnemer kan niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de Zorgverzekeringwet gestelde regels.
- Lid 6* De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen indien de verzekerde vanwege het einde van een dienstverband niet langer deelnemer is van het collectief contract en hij vanwege een nieuw dienstverband deelnemer wordt van een collectieve verzekering bij een zorgverzekeraar anders dan Univé.
- Lid 7* De verzekeringnemer kan de verzekering ingevolge lid 6 opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is aangegaan.
- Lid 8* De in lid 7 en 8 bedoelde opzegging gaat in op de dag dat verzekerde niet langer deelnemer van het collectieve contract is.

U mag jaarlijks per 1 januari uw Univé zorgverzekering opzeggen, mits u dit vóór 1 november aan Univé laat weten. Als Univé besluit de premies of de voorwaarden van uw zorgverzekering aan te passen, mag u ook op een later tijdstip uw zorgverzekering opzeggen. Stel dat u op 6 november 2006 een brief ontvangt waarin Univé u vertelt dat de premie per 1 januari 2007 omhoog gaat. U hebt dan tot 1 januari 2007 de tijd uw zorgverzekering op te zeggen. Op 15 december 2006 stuurt u ons een brief waarin u inderdaad uw zorgverzekering opzegt. Uw zorgverzekering eindigt dan op 1 februari 2007.

2.10. Opzegging of ontbinding door Univé

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

2.11.

Beëindiging van rechtswege

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

Werkgebied

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

2.12.

Informatie- en meldingsplichten

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

2.13.

Premie

- Lid 1* De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen per maand bij vooruitbetaling te voldoen, tenzij anders is overeengekomen. Bij premiebetaling vooraf per jaar geldt een termijnbetalingkorting van 2% op de te betalen premie. Betaling van de premie per maand is slechts mogelijk onder machtiging van Univé tot automatische incasso.
- Lid 2* Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, geen premie verschuldigd.

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

- Lid 3** De premiegrondslag is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 2.15 lid 3 of een in het collectief contract overeengekomen collectiviteitskorting geldt of zal gelden. De premiegrondslag bedraagt € 99,50.
- Lid 4** De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag minus de kortingen voor het gekozen eigen risico en een eventuele collectiviteitskorting. De aldus berekende premie wordt in voorkomend geval verminderd met de termijnbetalingkorting als bedoeld in lid 1 van dit artikel.
- Lid 5** De hoogte van de premiegrondslag genoemd in lid 3, de eventueel toepasselijke kortingen en de verschuldigde premie worden vermeld in de premiebijlage.
- Lid 6** Bij wijziging van de zorgverzekering vindt per de datum van wijziging (her-)berekening c.q. restitutie plaats. Het is de verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van Univé te vorderen vergoedingen.
- Lid 7** *Schorsing*
Indien de verzekeringsnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Univé na de premievervaldag de verzekeringsnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoende binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringsnemer blijft verplicht de premie te voldoen.
- Lid 8** De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Univé zijn ontvangen.
- Lid 9** Univé heeft het recht om binnen een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst te sluiten met of ten behoeve van een verzekeringsplichtige wiens eerdere verzekeringsovereenkomst door Univé of de verzekeringsnemer volgens lid 7 is beëindigd.
- Lid 10** Indien Univé maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringsnemer.

No-claim en eigen risico

2.14. No-claim

- Lid 1** Indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan het bedrag van € 255,- heeft de verzekerde jegens Univé recht op een bedrag, de no-claimteruggave, dat gelijk is aan het verschil tussen het bedrag van € 255,- en eerderbedoelde waarde.
- Lid 2** Geen recht op een no-claimteruggave hebben verzekerden voor wie geen premie verschuldigd is.
- Lid 3** Op de no-claimteruggave zijn niet van toepassing:
a. de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door het CTG vastgestelde tarief in rekening te brengen;
b. de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.
- Lid 4** Indien de verzekeringsovereenkomst niet op 1 januari van een kalenderjaar is ingegaan respectievelijk is geëindigd en de verzekeringsnemer niet direct voorafgaande aan de ingangsdatum respectievelijk direct volgende op de datum waarop de verzekering eindigde een zorgverzekering met Univé had gesloten, dan wel indien de verzekerde gedurende het kalenderjaar 18 jaar is geworden, wordt het in lid 1 bedoelde bedrag van € 255,- vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de verzekeringsovereenkomst liep dan wel, indien verzekerde 18 jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

- Lid 5** Indien het vorige lid van toepassing is, wordt de no-claimteruggave berekend door van het ingevolge dat lid bepaalde bedrag af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties, genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de verzekeringsovereenkomst inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop voor de verzekerde premie verschuldigd werd.
- Lid 6** De no-claimteruggave waarop verzekerden aanspraak hebben, wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, uitgekeerd door overmaking op de bankrekening van de verzekerde.
- Lid 7** Als ná 31 maart blijkt dat voor het voorgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door de zorgverzekeraar vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden gecompenseerd met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringsnemer.
- Lid 8** Voor de vaststelling van de no-claimteruggave wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

Voorbeeld no-claim

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

2.15. Eigen risico

- Lid 1** Op deze modelovereenkomst kan per kalenderjaar een eigen risico van toepassing zijn. Het per verzekerde gekozen eigen risico geldt voor verzekerden van 18 jaar en ouder en staat vermeld op de zorgpolis. Dit eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de modelovereenkomst aanspraak kan worden gemaakt. Eventuele eigen bijdragen tellen niet mee voor het volmaken van het eigen risico.
- Lid 2** De kosten van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en farmaceutische zorg vallen buiten het eigen risico.

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

- Lid 3** Verzekeringsnemer kan kiezen uit de mogelijkheden zonder eigen risico of een eigen risico van € 100,-, € 300,- of € 500,-. Bij de eigen risico bedragen zijn de volgende kortingen op de premiegrondslag als genoemd in artikel 2.13. lid 3 van toepassing:
- | eigen risico | korting op de premiegrondslag |
|--------------|-------------------------------|
| € 100,- | € 4,- |
| € 300,- | € 10,- |
| € 500,- | € 17,50 |
- Lid 4** Indien Univé een of meer van de door haar aangeboden eigen risico's laat vervallen, geeft Univé de verzekeringsnemers voor wie die risico's werden gehanteerd, de mogelijkheid om te kiezen voor een zorgverzekering met een lager of zonder eigen risico.
- Lid 5** Indien de verzekeringsovereenkomst niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
- Lid 6** In afwijking van lid 5 wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringsnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging reeds een zorgverzekering met Univé had gesloten, als volgt berekend:
a. ieder bedrag aan eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt ver-

- menigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
- b. de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
- c. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.

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

Lid 8 Univé brengt de kosten van zorg slechts in mindering op een voor een bepaald kalenderjaar geldend eigen risico, voor zover deze het relevante no-claimbedrag voor dat kalenderjaar heeft overschreden.

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

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

Toelichting

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

Verplichtingen van de verzekerde

2.16. Declaratie en Betaling

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

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

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

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

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

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

2.17. Bijzondere verplichtingen van de verzekerde

Lid 1 De verzekerde is verplicht:

- a. Bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart.
- b. De behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de arts of de medisch adviseur van Univé daarom vraagt.
- c. Aan Univé, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.
- d. Binnen redelijke termijn aan Univé te melden dat verzekerde gedetineerd is.
- e. Bij behandelingen waarvoor in de modelovereenkomst een schriftelijk voorschrift vereist is, een verwijfsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt, dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is (is geweest).
- f. Indien uit de modelovereenkomst blijkt dat (voorafgaande) schriftelijke toestemming van Univé vereist is, dan dienen deze behandelingen vooraf bij Univé te worden aangevraagd en door Univé te zijn goedgekeurd.

Lid 2 De verzekerde is verplicht in voorkomende gevallen de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat daaruit zonder verdere navraag kan worden

opgemaakt tot welke vergoeding Univé is gehouden, binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen.

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

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

2.18. Aansprakelijkheid van derden

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

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

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

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

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

Klachten en Geschillen

2.19. Geschilbeslechting

Lid 1 Op deze verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

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

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

Lid 4 Nadat Univé in heroverweging een besluit heeft genomen, kan het geschil worden voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze instantie brengt een bindend advies uit.

Lid 5 Het gestelde in lid 1 en lid 2 doet niet af aan het recht van de verzekerde een geschil voor te leggen aan de burgerlijke rechter. Indien de verzekerde een geschil in een bodemprocedure aan de burgerlijke rechter heeft voorgelegd, blijft lid 2 buiten toepassing.

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

Klachten/geschillenprocedure

Bent u niet tevreden over de bejegening of formulieren van Univé of een beslissing van Univé? Stuur dan een brief aan Univé Verzekeringen, t.a.v. klachtbehandeling, postbus 276, 1800 BJ Alkmaar. Binnen 6 weken beoordelen wij uw vraag opnieuw en informeren wij u over onze beslissing.

Als u het er dan nog steeds niet mee eens bent, kunt u uw vraag schriftelijk voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Voor een klacht over de formulieren kunt u terecht bij het Nza (www.nza.nl).

Overige bepalingen

2.20. Bescherming Persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door Univé gevoerde persoonsregistratie. Op deze verwerking van persoonsgegevens zijn de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens Univé van toepassing. In deze gedragsregels worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven.

De volledige tekst van de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens kunt u opvragen bij Univé Verzekeringen, Postbus 607, 8000 AP Zwolle of www.unive.nl.

2.21. Fraude

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

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

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

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

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

2.22. Onrechtmatige inschrijving

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

2.23. Molest/Terrorisme

Lid 1 Op grond van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 mogen schadeverzekeraars geen schaden verzekeren veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. Dit overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponneerd.

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

de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Een omschrijving van de definities en het clauseblad terrorismedekking is bij Univé verkrijgbaar.

Lid 3

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

Artikel 3 De verzekerde zorg

3.1. Geneeskundige zorg

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

Lid 1

Huisartsenzorg

Omschrijving Huisartsenzorg omvat vergoeding van de kosten voor:

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

Door

Huisartsenzorg dient te worden verleend door:

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

Aanvullende voorwaarden

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

Aanspraak

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

Geen eigen risico!

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

Voorbeelden vergoeding

Passantentarif

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

Spoedeisende zorg/incidentele zorg

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

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

Op naam ingeschreven van een huisarts buiten Nederland

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

Zorgbemiddeling

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

- verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepletten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.

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

Uitgesloten behandelingen

Geen aanspraak op vergoeding van de kosten van:

- behandelingen - daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de eerste, tweede en derde in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap;
- behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen, vervangen of verwijderen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis);

Lid 2 Medisch-specialistische zorg

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

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

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

Voorschrijvereisten Voor medisch-specialistische zorg is een voorschrift van de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, de bedrijfsarts of de medisch-specialist noodzakelijk. Dit geldt niet voor acute zorg. Indien het verloskundige zorg betreft mag ook worden verwezen door de verloskundige.

Indien medisch-specialistische zorg plaatsvindt op voorschrift van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbo-dienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden, een overeenkomst heeft gesloten.

Toestemmingsvereisten Voorafgaande schriftelijk toestemming van Univé is vereist voor medisch-specialistische behandelingen zoals omschreven in het Reglement medisch-specialistische zorg. Het door Univé opgestelde Reglement medisch-specialistische zorg maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via zorgvragen@unive.nl.

Aanvullende voorwaarden 1. Op de behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg indien die strekt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

Zorgbemiddeling

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

Acceptabele wachttijden (treeknormen)

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

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

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

Lid 3 Verblijf

Omschrijving Verblijf omvat vergoeding van de kosten voor verblijf in verband met medisch noodzakelijke zorg als bedoeld in artikel 3.1. lid 2, op basis van de laagste klasse, gedurende het etmaal tot ten hoogste een periode van 365 dagen, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

Waar Verblijf dient plaats te vinden in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of na schriftelijke toestemming van Univé een door Univé nader aan te wijzen instelling.

Toestemmingsvereisten Voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé is vereist voor verblijf in verband met medisch-specialistische behandelingen, zoals omschreven in het Reglement medisch-specialistische zorg. Het door Univé opgestelde Reglement medisch-specialistische zorg maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via zorgvragen@unive.nl.

Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. 2. In afwijking van het eerste onderdeel tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen. 	Door	<i>Verloskundige zorg</i> Verloskundige zorg dient te worden verleend door een verloskundige, huisarts of een medisch-specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden zoals resp. een verloskundige, huisarts of een medisch-specialist die pleegt te bieden.
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.	Waar	Verloskundige zorg dient plaats te vinden in een ziekenhuis, bij de verzekerde thuis of in een door Univé nader aan te wijzen kraamcentrum.
<i>Lid 4</i>	<i>Verpleging</i>		
Omschrijving	Verpleging omvat, naast de in artikel 3.1 lid 3 bedoelde verpleging, tevens vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.	Verwijzingsvereisten	Indien de medisch-specialist verloskundige zorg verleend is een verwijzing van de huisarts of verloskundige noodzakelijk.
Door	Verpleging dient te worden verleend door een verpleegkundige die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG.	Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verloskundige zorg, ook door een gynaecoloog, valt niet onder de no-claimregeling. 2. Zie voor de vergoeding van de kosten voor prenatale screening de uitsluitingen in dit artikel.
Waar	Verpleging dient plaats te vinden in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of na schriftelijke toestemming van Univé een door Univé nader aan te wijzen instelling.	Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.
Aanvullende voorwaarden	Verpleging die wordt geleverd in het kader van het verblijf in een AWBZ-instelling en die kan worden geacht deel uit te maken van de opname en het verdere verblijf in een dergelijke instelling valt niet onder de aanspraak.	Uitsluitingen	Geen aanspraak bestaat op: <ol style="list-style-type: none"> 1. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige zorg; 2. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft.
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.		
<i>Lid 5</i>	<i>Verloskundige zorg en Kraamzorg</i>		<i>Kraamzorg</i>
Omschrijving	Verloskundige zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg, inclusief voor- en nazorg, voor de vrouwelijke verzekerde zoals verloskundigen of huisartsen die plegen te bieden al dan niet in combinatie met behandeling, verblijf en verpleging in het ziekenhuis.	Door	De kraamzorg dient te worden verleend door een kraamverzorgende of verpleegkundige, verbonden aan een kraamzorgaanbieder of ziekenhuis die, indien van toepassing, beschikken over de wettelijk vereiste toelating of erkenning.
	Kraamzorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. De zorg omvat tevens vergoeding van de kosten voor de inschrijving, intake en de partusassistentie. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden (zie voor bijzonderheden de kopjes Verloskundige zorg en Kraamzorg):	Waar	Kraamzorg dient plaats te vinden bij de verzekerde thuis, in het ziekenhuis of in een door Univé nader aan te wijzen kraamcentrum.
	<ol style="list-style-type: none"> a. <i>Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak</i> 	Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. De kraamzorgaanbieder bepaalt het recht op het aantal kraamuren op basis van een indicatie protocol. Het toegekende aantal uren is afhankelijk van de noodzakelijke zorg voor moeder en kind, maar bedraagt minimaal 24 uur en maximaal 80 uur verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het indicatieprotocol kan worden opgevraagd bij de kraamzorgaanbieder. 2. In de Regeling zorgverzekering is bepaald dat op de vergoeding van de kosten onder omschrijving onderdeel b. voor kraamzorg een eigen bijdrage geldt voor zowel de moeder als het kind van € 14,50 per dag, in totaal dus € 29,00 per dag. Dit bedrag wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis de € 102,00 per dag te boven gaat. 3. Conform de Regeling zorgverzekering blijft van de vergoeding van de kosten onder omschrijving onderdeel c. sub 3 en d. een bedrag van € 3,60 per uur kraamzorg voor rekening van de verzekerde. 4. Op het geïndiceerde aantal kraamuren wordt per opnamedag in het ziekenhuis 1/8ste deel in mindering gebracht, met uitzondering van de dag van ontslag. 5. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door de kraamzorgaanbieder, die betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.
	<ol style="list-style-type: none"> Indien naar het oordeel van de verloskundige, huisarts of gynaecoloog voor de bevalling poliklinische opname of verblijf in het ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg, zoals bedoeld in artikel 3.1 lid 2, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis. 		
	<ol style="list-style-type: none"> b. <i>Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak</i> 		
	<ol style="list-style-type: none"> Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. 		
	<ol style="list-style-type: none"> c. <i>Bevalling en kraambed thuis</i> 		
	<ol style="list-style-type: none"> Indien de bevalling en/of het kraambed thuis plaatsvindt, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten voor: 		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. verloskundige zorg; 2. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal 3 uur na de bevalling; 3. kraamzorg, van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. 		
	Zie voor nadere informatie Aanvullende voorwaarden kraamzorg.	Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.
	<ol style="list-style-type: none"> d. <i>Bevalling in een ziekenhuis en kraamzorg thuis</i> 		
	<ol style="list-style-type: none"> Indien na de bevalling in het ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en kind aanspraak op vergoeding van de kosten van kraamzorg zoals omschreven in c sub 3 en gelden de aanvullende voorwaarden 5 en 6 onder het kopje Kraamzorg, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaats gevonden, het aantal dagen dat in het ziekenhuis is doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in c sub 3 genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen. 		
<i>Lid 1</i>		Omschrijving	Niet-klinische dialyse
			Niet-klinische dialyse omvat vergoeding van de kosten voor:
			<ol style="list-style-type: none"> 1. onderzoek, behandeling, verpleging en psychosociale begeleiding;

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

	<ol style="list-style-type: none"> 2. opleiding aan degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn; 3. chemicaliën en vloeistoffen die benodigd zijn voor het verrichten van de dialyse bij de verzekerde thuis; 4. redelijkerwijze te verrichten aanpassingen in en van de woning; 5. herstel van de woning in de oorspronkelijke staat; 6. de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg; 7. overige zorg dat rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangt. 	Door	Chronisch intermitterende beademing dient te worden verricht door medisch-specialisten.
		Waar	Chronisch intermitterende beademing dient plaats te vinden in een beademingscentrum, ziekenhuis of bij de verzekerde thuis.
		Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.
		<i>Lid 4</i>	<i>Revalidatie</i>
Door	Niet-klinische dialyse dient te worden verricht in overleg met en onder verantwoordelijkheid van een daartoe opgeleide medisch-specialist.	Omschrijving	Revalidatiezorg van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard omvat vergoeding van de kosten voor onderzoek, behandeling en advisering, doch uitsluitend indien en voor zover: <ul style="list-style-type: none"> – deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en, – de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
Waar	Niet-klinische dialyse dient plaats te vinden in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij de verzekerde thuis.		
Aanvullende voorwaarden	De voor de niet-klinische dialyse benodigde apparatuur valt onder de vergoeding van de kosten voor op hulpmiddelenzorg zoals omschreven in artikel 3.4.		
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.		
<i>Lid 2</i>	<i>Transplantaties</i>		
Omschrijving	<p>Transplantatie omvat vergoeding van de kosten voor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. transplantatie van weefsels en organen slechts tot de zorg behoort indien het betreft: <ul style="list-style-type: none"> – beenmergtransplantatie; – bottransplantatie; – hoornvliestransplantatie; – huidweefseltransplantatie; – niertransplantatie; – harttransplantatie; – levertransplantatie, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger; – longtransplantatie; – hartlongtransplantatie; – nierpancreastransplantatie. 2. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor, operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal; 3. het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van postmortaal transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie; 4. zorg waarop ingevolge artikel 3 aanspraak bestaat aan de donor, gedurende ten hoogste 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opnemings; 5. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opnemings en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel 4; 6. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de verzekerde in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeerde inkomsten. 	Door	Revalidatie dient te worden verleend door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een medisch-specialist.
		Waar	Revalidatie dient plaats te vinden in een revalidatie-instelling of ziekenhuis.
		Voorschriftvereisten	Voor revalidatie is een voorschrift van de behandelend medisch-specialist noodzakelijk.
		Toestemmingsvereisten	Voor revalidatie is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.
		Aanvullende voorwaarden	Indien de revalidatiezorg wordt verleend in een revalidatie-instelling gaat deze gepaard met meerdaagse dagbehandeling van enkele uren per dag of met meerdaagse opnemings met verzorging en verpleging.
		Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.
		<i>Lid 5</i>	<i>Oncologische aandoeningen bij kinderen</i>
		Omschrijving	Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmaterialen.
		Door	Diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmaterialen dient te worden verricht door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).
		Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.
		<i>Lid 6</i>	<i>Trombosedienst</i>
		Omschrijving	Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg verleend door de trombosedienst. De zorg omvat: <ol style="list-style-type: none"> a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde; b. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde; c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten; d. het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de in onderdeel c aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen; e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.
Door	Transplantatie dient te worden verricht door medisch-specialisten.	Door	De zorg dient te worden verleend door de trombosedienst.
Waar	Transplantatie dient plaats te vinden in een ziekenhuis.		
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.		
<i>Lid 3</i>	<i>Chronisch intermitterende beademing</i>		
Omschrijving	<p>Chronisch intermitterende beademing omvat vergoeding van de kosten voor noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging.</p> <p>In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> – het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur; – de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg. 	Aanvullende voorwaarden	De apparatuur en toebehoren waarmee de verzekerde de stollingstijd van zijn bloed kan meten valt onder de hulpmiddelenzorg als omschreven in artikel 3.4.

Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.	Voorschrijf-vereisten	1. Geneesmiddelen dienen te zijn voorgeschreven door een huisarts, dan wel een arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG. 2. De verzekerde heeft per voorschrift aanspraak op vergoeding van de kosten voor een periode van maximaal: <ul style="list-style-type: none"> – 15 dagen, indien het voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft (onder nieuwe medicatie verstaat Univé medicatie die de afgelopen 12 maanden niet door een apotheek of apotheekhoudende huisarts aan de verzekerde is afgeleverd); – 15 dagen indien het een geneesmiddel betreft ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica; – 3 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica deze worden voor maximaal 1 maand verstrekt ; – 12 maanden (maximaal) wanneer verzekerde voor een langere periode naar het buitenland gaat. Uitzonderd Anxiolytica en slaapmiddelen, deze worden voor maximaal 1 maand verstrekt; – 1 maand in overige gevallen; Uitzondering op deze maximale periode per voorschrift vormen de orale anticonceptiemiddelen en insuline ter behandeling van diabetes. Deze middelen dienen eenmalig voorgeschreven te zijn. Deze geneesmiddelen worden vergoed zonder herhalingsrecept. De maximale termijn waarover deze middelen per aflevering worden vergoed, is wel beperkt: <ul style="list-style-type: none"> – maximaal 3 maanden voor insuline (maximaal vier keer per jaar); – maximaal 1 jaar voor orale anticonceptiemiddelen (maximaal één keer per jaar).
Lid 7	<i>Erfelijkheidsonderzoek</i>		
Omschrijving	Erfelijkheidsonderzoek omvat vergoeding van de kosten voor onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, het geven van erfelijkheidsadviezen en daarmee verband houdende psycho-sociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.		
Door	Erfelijkheidsonderzoek dient te worden verleend door een instelling met een vergunning, op grond van artikel 2 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen, voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.		
Waar	Erfelijkheidsonderzoek dient plaats te vinden in een centrum voor erfelijkheidsadvies of een ziekenhuis.		
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.		
Lid 8	<i>Audiologische zorg</i>		
Omschrijving	Audiologische zorg omvat vergoeding van de kosten voor spraak-/taaldiagnostiek voor kinderen tot 7 jaar, 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	Audiologische zorg dient te worden verleend door een medisch-specialist of na schriftelijke toestemming van Univé een nader door Univé aan te wijzen zorgaanbieder.	Toestemmings-vereisten	Daar waar het in het door Univé opgestelde Reglement Geneesmiddelen is aangegeven is voor bepaalde geneesmiddelen voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.
Waar	Audiologische zorg dient plaats te vinden in een audiologisch centrum dat door de Nederlandse overheid is erkend of ziekenhuis.		
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.	Aanvullende voorwaarden	1. Bij de Regeling zorgverzekering, bedoeld in onderdeel 1 van de omschrijving, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Tevens wordt voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen een vergoedingslimiet vastgesteld. 2. De verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoop-prijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij Regeling zorgverzekering wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend. 3. De aanwijzing van geneesmiddelen door Univé, zoals bedoeld in onderdeel 1, geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen, er ten minste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Deze geneesmiddelen zijn terug te vinden in de Lijst preferente Geneesmiddelen die deel uitmaakt van het door Univé opgestelde Reglement Geneesmiddelen. 4. Het door Univé opgestelde Reglement Geneesmiddelen maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via zorgvragen@unive.nl .
3.3. Farmaceutische zorg			
Lid 1	<i>Geneesmiddelen</i>		
Omschrijving	De aanspraak op vergoeding van de kosten voor geneesmiddelen omvat aflevering van: <ol style="list-style-type: none"> 1. de door Univé op basis van de Regeling Zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen; 2. een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel dan het door Univé aangewezen geneesmiddel, voor zover: <ol style="list-style-type: none"> a. behandeling met het door Univé aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is, of; b. de verzekerde het geneesmiddel betreft van een apotheker met wie Univé een voorkeursovereenkomst heeft gesloten. De lijst met apothekers met wie Univé een voorkeursovereenkomst heeft gesloten, kan worden geraadpleegd op www.unive.nl/zorgservice. 3. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, indien het rationele farmacotherapie betreft. Farmaceutische zorg omvat geen: <ul style="list-style-type: none"> – farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen; – geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen; – geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op 150.000 personen; – geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig door de Minister niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel; – vergoeding voor hepatitis B-vaccin ingeval van beroep of stage. 		
Door	Geneesmiddelen dienen door de volgende leveranciers te worden geleverd: <ul style="list-style-type: none"> – een apotheker; of – apotheekhoudende huisarts 	Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4. of indien van toepassing conform het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS).
		Lid 2	<i>Dieetpreparaten</i>
		Omschrijving	De aanspraak op vergoeding van de kosten voor dieetpreparaten omvat aflevering van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
		Door	Dieetpreparaten dienen te worden geleverd door de volgende leveranciers: <ul style="list-style-type: none"> – apotheker; – apotheekhoudend huisarts; – (medisch) gespecialiseerd leverancier; – een door Univé nader aan te wijzen leverancier.

Voorschrijf-vereisten	Voor dieetpreparaten is een voorschrift noodzakelijk van een medisch specialist of huisarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG of een diëtiste die voldoet aan de opleidingseisen in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".	Voorschrijf-vereisten	Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen, is aangegeven, is voor verstrekking of vervanging, wijziging of herstel van het betreffende hulpmiddel een voorschrift noodzakelijk.
Toestemmings-vereisten	<ol style="list-style-type: none"> Voor dieetpreparaten is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. Het verzoek om toestemming voor vergoeding van dieetpreparaten dient altijd tijdig en vooraf door de verzekerde te worden ingediend, vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelende arts. De toestemming voor vergoeding geldt minimaal voor de aangevraagde duur tot maximaal één jaar. Voor dieetpreparaten voor zuigelingen met koemelkeiwitallergie moet de diagnose worden gesteld via een lege artis uitgevoerde eliminatie/provocatietest. De aanvraagprocedure om toestemming is als volgt: <ul style="list-style-type: none"> Voor kinderen jonger dan 12 maanden: Machtiging na positieve test vanaf datum aanvraag tot aan de leeftijd van 12 maanden Voor kinderen tussen de 12 en 18 maanden: Machtiging na 2e positieve test vanaf datum aanvraag tot aan de leeftijd van 18 maanden Voor kinderen tussen de 18 en 24 maanden: Machtiging na 3e positieve test vanaf datum aanvraag tot aan de leeftijd van 24 maanden Voor kinderen ouder dan 24 maanden: Op de aanvraag dient vermeld te worden: <ul style="list-style-type: none"> de datum en uitslag van de laatste eliminatie/provocatie test; de datum van Rast; rapportage diëtiste met daarin vermelding van de allergie en een motivatie waarom er gebruik gemaakt dient te worden van speciale dieetvoeding. 	Toestemmings-vereisten	Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen, is aangegeven, is voor verstrekking of vervanging, wijziging of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
Aanvullende voorwaarden	Aanspraak op vergoeding van de kosten voor dieetpreparaten bestaat als sprake is van een: <ul style="list-style-type: none"> ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis; of dreigende ernstige ondervoeding door: <ul style="list-style-type: none"> chronisch obstructief longlijden; of cystische fibrose; of ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand. 	Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Univé. Indien de verzekerde kiest voor een hulpmiddel dat onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is, zijn de meerkosten hiervan voor rekening van de verzekerde. Bij Regeling zorgverzekering en in het door Univé nader vastgestelde Reglement hulpmiddelen, kan worden bepaald dat hulpmiddelen in eigendom dan wel in bruikleen of huur worden verschaft en kunnen regels worden gesteld met betrekking tot wijziging of herstel van hulpmiddelen, het verstrekken van reserve-hulpmiddelen en de voorwaarden voor het verkrijgen van hulpmiddelen. Vergoeding van de kosten voor hulpmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opening of behandeling, vallen niet onder de aanspraak. Evenmin vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor hulpmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij bij Regeling zorgverzekering en/of het Reglement hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen. Bij Regeling zorgverzekering kan worden bepaald dat de verzekerde voor een hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt ter grootte van: <ul style="list-style-type: none"> het verschil tussen de aanschafkosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort; een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten. Univé brengt deze bedragen in mindering op de vergoeding. Het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via zorgvragen@unive.nl. Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die door Univé in het betreffende Reglement hulpmiddelen zijn opgenomen.
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.	Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.

Wat zijn polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten?

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

3.4. Hulpmiddelenzorg

Lid 1 Hulpmiddelen

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

Door Hulpmiddelen dienen te worden verstrekt door apothekers, apotheekhoudende huisartsen, (medisch) gespecialiseerde leveranciers, medisch speciaalzaak, orthopedisch instrumentmakers of, na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen leverancier. In het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen is opgenomen welke leverancier het door u benodigde hulpmiddel mag leveren.

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

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

Lid 2 Verbandmiddelen

Omschrijving Verbandmiddelen omvat vergoeding van de kosten voor bij Regeling zorgverzekering aangewezen verbandmiddelen ingeval er sprake is van een ernstige aandoening waarbij langdurige medisch behandeling met deze middelen is aangewezen.

Door Verbandmiddelen dienen te worden verstrekt door de apotheker, de apotheekhoudende huisartsen, een medisch gespecialiseerde leverancier of na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen leverancier. In het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen is opgenomen welke leverancier het door u benodigde verbandmiddel mag leveren.

Voorschrijf-vereisten	Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen, is aangegeven is voor verstrekking van het verbandmiddel een voorschrift van een arts, tandarts, verloskundige of van een persoon of instelling die zorg verleent als bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ noodzakelijk.	Waar	Fysiotherapie en oefentherapie dient plaats te vinden in de praktijkruimte van de in dit artikel genoemde zorgaanbieder, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.
Toestemmings-vereisten	Daar waar het, in het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen, is aangegeven is voor verstrekking van het betreffende verbandmiddel voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.	Voorschrijf-vereisten	Voor fysiotherapie, zoals omschreven in artikel 3.5. lid 1 sub 1, en oefentherapie, zoals omschreven in artikel 3.5. lid 1 sub 1 en 2, is een voorschrift van een huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, verpleeghuisarts of medisch-specialist noodzakelijk. Indien de zorg plaatsvindt op voorschrift van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst met Univé heeft gesloten.
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> De te verstrekken verbandmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Univé. Indien bij Regeling zorgverzekering regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden voor het verkrijgen van verbandmiddelen zal Univé deze regels toepassen. Vergoeding van de kosten voor verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de aanspraak. Evenmin vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ. Indien bij Regeling zorgverzekering wordt bepaald dat de verzekerde voor een verbandmiddel een eigen bijdrage verschuldigd is, brengt Univé dit bedrag in mindering op de vergoeding. Het door Univé opgestelde Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via zorgvragen@unive.nl. 	Toestemmings-vereisten	Voor behandelingen i.v.m. aandoeningen, zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, is op basis van het voorschrift van de arts, voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.	Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.

Er bestaat onder meer geen aanspraak op:

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

3.5. Paramedische zorg

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

Lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie

Omschrijving Fysiotherapie of oefentherapie omvat vergoeding van de kosten voor:

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

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is raadpleegbaar op www.unive.nl en is op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via zorgvragen@unive.nl.

Door

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

Lid 2 Logopedie

Omschrijving Logopedie omvat vergoeding van de kosten voor zorg, mits de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid. De reis- en verblijfskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

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

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

Voorschrijf-vereisten Voor logopedie is een voorschrift van een huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of tandarts-specialist noodzakelijk. Voor specifieke stottertherapie is een gericht voorschrift van voornoemde zorgaanbieders noodzakelijk. Indien de zorg plaatsvindt op voorschrift van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst heeft gesloten.

Aanspraak Volledige vergoeding conform artikel 2.5.4.

Lid 3 Ergotherapie

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

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

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

Voorschrijf-vereisten Voor ergotherapie is een voorschrift van een huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of verpleeghuisarts noodzakelijk. Indien de zorg plaatsvindt op voorschrift van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien Univé met deze bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden een overeenkomst heeft gesloten.

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

Verwijzingsvereisten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voor mondzorg, als omschreven in lid 1 in de omschrijving van dit artikel, is een verwijzing van de tandarts noodzakelijk. 2. Voor mondzorg bij de verzekerde thuis is een verwijzing van de huisarts dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet of medisch-specialist noodzakelijk. 	<p>woning als omschreven in artikel 2.13 lid 1 van het Besluit zorgverzekering, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan; 2. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan; 3. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen; 4. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.
Toestemmingsvereisten	<p>Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten voor mondzorg is voor de volgende verstrekkingen voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Voor mondzorg, als omschreven in lid 1, 2 en 3. 2. Voor tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, als omschreven in lid 4. 3. Voor mondzorg in een instelling voor bijzondere tandheelkunde of ter plaatse waar de verzekerde verblijft. 4. Voor mondzorg, als omschreven in lid 5 sub a, indien de zorg parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft. 5. Voor mondzorg, zoals omschreven in lid 5 sub b, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600,- per onder- of bovenkaak bedragen, dan wel € 1000,- voor boven- en onderkaak gelijktijdig. 6. Voor mondzorg, zoals omschreven in lid 5 sub b, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 450,- per onder- of bovenkaak bedragen, dan wel € 850,- voor boven- en onderkaak gelijktijdig. 7. Voor mondzorg, als omschreven in lid 5 sub b, is indien de volledige vervangingsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. <p>Bij de aanvraag dient een schriftelijke motivering van de zorgaanbieder en een schriftelijk behandelingsplan te worden gevoegd.</p>	<p>Buiten de gevallen als genoemd onder 1 tot en met 4: in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard. Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden 16 jaar.</p> <p>Op de aanspraak op vergoeding van de kosten voor zittend ziekenvervoer is de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd van € 85,- per kalenderjaar.</p> <p>Door</p> <p>Zittend ziekenvervoer dient te worden verleend door een taxibedrijf, openbaar vervoerder, mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving) of na schriftelijke toestemming van Univé door een nader door Univé aan te wijzen vervoerder.</p>
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. goedgekeurde tarief in aanmerking. 2. De toestemming voor mondzorg, als omschreven in lid 1 en lid 4 sub l, kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygië ernstig verwaarloost. 3. De verzekerde van 18 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge lid 1 sub a, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge lid 1 sub b tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale zorg, endodontische zorg, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening. 4. De verzekerde die zijn aanspraak op basis van lid 1 sub a tot en met c tot gelding brengt, is voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, een bijdrage in de kosten verschuldigd van € 90,-. 5. De jeugdige verzekerde heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op vergoeding van de kosten voor mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag. 	<p>Voorschrijvereisten</p> <p>Voor zittend ziekenvervoer is een voorschrift van de huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, of medisch-specialist noodzakelijk.</p> <p>Toestemmingsvereisten</p> <p>Uit een verklaring van de huisarts dan wel de arts die verzekerde van huisartsenzorg voorziet of de medisch-specialist moet blijken waarom medisch vervoer noodzakelijk is en of betreffende verzekerde valt onder één van de vijf patiëntengroepen. Deze verklaring moet naar Univé worden gestuurd. Univé bepaalt vervolgens of gebruik mag worden gemaakt van (rolstoel)taxi, eigen vervoer of een openbaar middel van vervoer.</p>
Aanspraak	<p>Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.</p>	<p>Aanvullende voorwaarden</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indien het vervoer, bedoeld in de omschrijving, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de aanspraak op vergoeding van de kosten € 0,25 per kilometer. 2. Indien in de loop van een kalenderjaar een herziening plaatsvindt van de eigen bijdrage van € 85,- geldt het laagste bedrag. 3. Een bijdrage is niet verschuldigd: <ol style="list-style-type: none"> a. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat; b. voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling; c. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling. 4. Indien Univé schriftelijk toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet. 5. In gevallen waarin ziekenvervoer per auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan Univé toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door Univé aan te geven vervoermiddel. 6. In bijzondere gevallen kan Univé vervoer van twee begeleiders toestaan.
3.7.	Vervoer	<p>Aanspraak</p> <p>Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.</p>
Lid 1	<i>Zittend Ziekenvervoer</i>	
Omschrijving	<p>Zittend ziekenvervoer omvat vergoeding van de kosten voor ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1, van de Wet ambulancevervoer, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of</p>	

<i>Lid 2</i>	<i>Ambulancevervoer</i>	
Omschrijving	<p>Ambulancevervoer omvat vergoeding van de kosten voor ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen; 2. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven; 3. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel 2, naar: <ul style="list-style-type: none"> – een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan; – een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt. 4. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen 1, 2 of 3. 	<p>de (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;</p> <ul style="list-style-type: none"> – indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. <ol style="list-style-type: none"> 3. De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering: <ul style="list-style-type: none"> – tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend.; – indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. 4. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland. 5. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding. 6. Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen, dient de verzekerde gespecificeerde rekeningen, in het Engels, Frans, Duits of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen te overleggen. 7. Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen, is verzekerde verplicht zich bij de zorgaanbieder of bevoegde instantie te legitimeren met de vooraf bij Univé aan te vragen verzekeringsverklaring.
Door	Ambulancevervoerder met vergunning als geregeld in de Wet Ambulancevervoer of door Univé nader aangewezen personen of partijen.	
Aanvullende voorwaarden	Indien Univé schriftelijk toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.	
Aanspraak	Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.	

Artikel 4 Buitenland

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

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

Aanvullende voorwaarden

1. Verzekerden zijn bij tijdelijk verblijf in een land anders dan het woonland bij klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Univé Alarmservice, telefoon 0031206515111. De Univé Alarmservice zal zorgdragen voor de afhandeling van declaraties.
2. De vergoeding van de kosten voor zorg vindt in Nederland in euro's plaats tegen de omrekeningskoers op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden.
3. In overleg met Univé of de Univé Alarmservice kan, op verzoek van de zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd, in voorkomende gevallen direct aan de desbetreffende zorgaanbieder worden betaald.

Aanspraak

1. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 2.5 lid 4 van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
2. De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:
 - a. aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - b. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:
 - tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestel-

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

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

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

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

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

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

Artikel 5 Uitsluitingen

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:

- a. de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- b. keuring waarvoor geen medische indicatie bestaat, bijvoorbeeld Total Bodycheck, keuringen t.b.v. rijbewijs of vliegbrevet, attesten en vaccinaties;
- c. griepvaccinaties;
- d. alternatieve geneeswijzen;
- e. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- f. declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- g. experimentele geneeskunde.