

ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERING UNIVÉ EXTRA ZORG POLIS 1, 2, 3, 4 en 5

(ingaaude 1 januari 2008)

Inhoudsopgave	blz
Artikel 1 Begripsomschrijving	2
Artikel 2 Algemene bepalingen	3
2.1. Grondslag van de verzekering	3
2.2. Kinderen	3
2.3. Bedenkperiode	3
2.4. Prestatiewijze aanvullende verzekering	3
2.5. Mededelingsplicht	3
2.6. Aanvang, duur en einde van de verzekering	3
2.7. Premie en schorsing	4
2.8. Wijziging premie en/of verstrekkingen	4
2.9. Administratiekosten	4
2.10. Informatie- en meldingsplichten	4
2.11. Bijzondere verplichtingen en vergoeding van nota's	4
2.12. Aansprakelijkheid van derden	5
2.13. Vrijwaring van aansprakelijkheid	5
2.14. Schadevergoeding	5
2.15. Overige bepalingen	5
2.16. Collectieve contracten	5
2.17. Geschillenbeslechting	5
2.18. Fraude	6
2.19. Molest/Terrorisme	6
Vergoedingen Univé Extra Zorg polis	7
Uitsluitingen	16

OVERZICHT INHOUD ARTIKELEN		
Omschrijving	artikel	blz
Basiszorg	3	7
IVF	3.1.	7
Second opinion	3.2.	7
Vervoer	3.3.	7
Alternatieve geneeswijze (budget)	4	7
Behandeling en consulten	4.1.	7
Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	4.2.	7
Buitenland	5	8
Geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf	5.1.	8
Geneeskundige zorg bij vestiging	5.2.	8
Repatriëring	5.3.	8
Cosmetische behandelingen	6	9
Plastische chirurgie tot 18 jaar	6.1.	9
Plastische chirurgie vanaf 18 jaar	6.2.	9
Farmaceutische zorg	7	9
Geneesmiddelen (eigen bijdrage)	7.1.	9
Hulpmiddelen (budget)	8	9
Gebitsprothesen (eigen bijdrage)	8.1	9
Geboortetens	8.2	9
Hulpmiddelen (eigen bijdrage)	8.3	9
Plaswetter	8.4	9
Steunpessarium	8.5	9
Steunzolen	8.6	9
Gezichtshulpmiddelen (budget)	9	9
Brillen en contactlenzen	9.1	9
Ooglaserbehandeling	9.2	10
Mondzorg	10	10
Mondzorg tot 18 jaar	10.1	10
Orthodontie	10.2	10
Preventie (budget)	11	10
Cursus thuiszorgorg./patiëntenvereniging	11.5	10
EHBO-cursus	11.6	10
Gewichtsconsulent	11.7	11
Gezondheidstest	11.1	10
Griepvaccinatie	11.2	10
Lidmaatschap patiëntenvereniging	11.10	11
Preventieve inentingen/malariapillen	11.3	10
Reanimatiecursus	11.8	11
Sport en spel hartpatiënten	11.11	11
Sport medisch advies	11.4	10
Vakantiehuizen (eigen bijdrage)	11.9	11
Therapieën (budget)	12	11
Acnebehandeling	12.1	11
Camouflagetherapie	12.2	11
Dieetadvisering	12.3	11
Elektrische epilatie/laserontharing	12.4	12
Ergotherapie	12.5	12
Flebologie en proctologie	12.6	12
Fysiotherapie en oefentherapie	12.7	12
Herstel en Balans	12.15	13
Herstellingsoort	12.16	13
Hydrotherapie	12.8	12
Kuurbehandeling	12.17	13
Lactatiekundige	12.20	13
Oedeemtherapie/lymfdrainage	12.9	12
Overgangsconsulent	12.18	13
Pedicure	12.10	12
Podo(posturale)therapie	12.11	12
Psoriasisbehandeling	12.12	13
Psychologische hulp	12.13	13
Psychotherapie (eigen bijdrage)	12.21	13
Stottertherapie of -coaching	12.14	13
Therapeutische kampen voor jongeren	12.19	13
Traumaopvang	12.22	14
Thuiszorgverstrekking (budget)	13	14
Hospicezorg	13.7	14
Kinderopvang	13.6	14
Mantelzorgmakelaar	13.1	14
Respijtzorg	13.3	14
Ronald McDonaldhuis /familiehuis	13.2	14
Thuisverpleging	13.4	14
Thuiszorg (eigen bijdrage)	13.5	14
Verloskundige zorg en kraamzorg	14	15
Adoptie	14.1	15
Kraampakket	14.4	15
Kraamzorg (eigen bijdrage)	14.2	15
Prenataal onderzoek	14.5	15
Sterilisatie en hersteloperatie	14.7	15
Uitgestelde kraamzorg	14.6	15
Verloskundige zorg	14.3	15

Hoe leest u de voorwaarden

Standaard heeft u een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet. Heeft u een aanvullende verzekering Univé Extra Zorg polis 1, 2, 3, 4 of 5 afgesloten kijk dan voor de artikelnummers van de vergoedingen en voorwaarden in het overzicht inhoud artikelen. De vergoeding van de budgetten vindt u terug onderaan het desbetreffende artikel. De verzekeringsvoorwaarden zijn een limitatieve opsomming van de vergoedingen. Alleen de beschreven aanspraken worden vergoed.

Wat is een budget?

De aanvullende verzekeringen zijn ingedeeld in budgetten. Een budget is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in dat budget aangegeven zorg. U heeft, binnen het maximum bedrag, vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

Univé

N.V. Univé Zorg.
(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. De bedrijfsarts, of de instelling waarvoor hij werkt, dient een overeenkomst met Univé te hebben afgesloten.

Collectief contract

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

Eigen bijdrage

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

Gezin

De volgende op het verzekeringsbewijs vermelde personen:

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

Gezondheidszorgpsycholoog

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Hoofdverzekering

De zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Huisarts

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

Kosten

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

Mantelzorg

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

Mantelzorger

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

Medisch adviseur

De arts die Univé in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling, waarvan de noodzaak door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk bevonden.

Medisch-specialist

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

Modelovereenkomst

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

NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bestaat sinds 1 oktober 2006. De NZa is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland. De organisatie ziet toe op zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, op zowel curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg (Care). Het doel daarbij is toegankelijke, betaalbare en goede zorg voor iedereen. De NZa komt voort uit het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) en ontleent haar taken aan de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Naast een overname van het takenpakket van CTG en CTZ richt de NZa zich op het pro-actief vaststellen van condities voor marktwerking en de handhaving daarvan.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op de (zorg)polis en het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekeringsbewijs

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

Verzekeringsnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met Univé is aangegaan.

Wet BIG

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

WMG

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

Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astmacentrum Davos.

2.1. Grondslag van de verzekering

Lid 1 De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van het ingevulde aanvraagformulier, de gegevens die daarbij afzonderlijk verstrekt zijn en eventueel een medische keuring op grond van door de verzekerde verstrekte gegevens.

Lid 2 Op deze verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Lid 3 Schriftelijke gegevens verstrekt door de verzekerde/verzekeringssnemer en onderliggende reglementen maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst. 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.

Lid 4 Univé schrijft iedere verzekerde in het kader van de Zorgverzekeringswet op diens verzoek in, in de aanvullende verzekering, behoudens het bepaalde in de volgende leden van dit artikel. In de door het bestuur te bepalen omstandigheden kunnen ook anderen worden ingeschreven.

Lid 5 Bij gelijktijdige inschrijving in de modelovereenkomst van Univé en de aanvullende verzekering 1, 2, 3, 4 of 5 geldt geen medische beoordeling. Indien aanmelding voor de Aanvullende Verzekering 1, 2, 3, 4 of 5 later plaats vindt dan de aanmelding voor de modelovereenkomst van Univé, vindt inschrijving na gunstige beoordeling plaats per de eerste van de maand volgend op die van de aanvraag. Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van de verklaring van de verzekeringssnemer in het aanvraagformulier. Inschrijving met terugwerkende kracht is niet mogelijk.

Lid 6 Voor zover zij bij of krachtens de Zorgverzekeringswet niet anders zijn of worden geregeld, worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van Univé en de verzekerden met betrekking tot de aanvullende verzekering bij of krachtens deze verzekeringsvoorwaarden geregeld.

Lid 7 Wijziging van de verzekeringsvorm naar een meer uitgebreide dekking dient schriftelijk te worden aangevraagd. Acceptatie is hierbij eerst mogelijk na gunstige medische beoordeling door Univé. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op de datum van de aanvraag.

Lid 8 Wijziging van de verzekeringsvorm naar een minder uitgebreide dekking dient schriftelijk te worden aangevraagd. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op de datum van de aanvraag.

Lid 9 Geen beroep kan worden gedaan op telefonische en mondelinge informatie.

2.2. Kinderen

Lid 1 Voor kinderen die zijn geboren tijdens de duur van de verzekering en binnen 4 maanden na hun geboorte zijn aangemeld, geldt dat de verzekering vanaf de geboorte van kracht is, ongeacht eventuele ziekten of afwijkingen.

Lid 2 Meeverzekerd kunnen worden de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen.

Lid 3 Kinderen tot 18 jaar zijn premievrij meeverzekerd op de hoogste aanvullende verzekering die één van de ouders heeft.

2.3. Bedenkperiode

De verzekeringssnemer kan bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsovereenkomst binnen 10 werkdagen na dagtekening van de (zorg)polis schriftelijk opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.4. Prestatiewijze aanvullende verzekering

Lid 1 De verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van de genoten zorg zoals omschreven in artikel 3 t/m 14 van de verzekeringsovereenkomst, voor zover gemaakt tijdens de duur van de verzekering.

Lid 2 De vergoeding van de kosten van zorg is gelijk aan het tussen Univé en de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien Univé geen tarief is overeengekomen, is de vergoeding gelijk aan het WMG tarief, indien op grond van de WMG geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door het Nza is goedgekeurd of vastgesteld.

Indien er geen WMG tarief van toepassing is dat uitsluitend in rekening mag worden gebracht en Univé is geen tarief met de zorgaanbieder overeengekomen, bedraagt de vergoeding ten hoogste het tarief dat naar de Nederlandse marktstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Een eventuele eigen bijdrage komt voor rekening van de verzekerde.

Lid 3 Uitsluitend indien de kosten niet ten laste van de hoofdverzekering kunnen worden gebracht, volgt vergoeding vanuit de aanvullende verzekering. De kosten worden slechts vergoed indien zij onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Kosten die met het eigen risico van de hoofdverzekering zijn verrekend worden niet uit de aanvullende verzekering vergoed.

Lid 4 De aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als omschreven in artikel 3 t/m 14 wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Lid 5 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 6 Recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat mits de zorg wordt verleend op een plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

Lid 7 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 8 De in deze voorwaarden genoemde maximale bedragen zijn maximale bedragen per verzekerde per kalenderjaar, tenzij in de artikelen anders staat vermeld.

Lid 9 De dekking omvat de in Nederland gemaakte kosten van medische behandelingen. Daarnaast geldt bij tijdelijk verblijf en vestiging in het buitenland de in artikel 5 opgenomen bepalingen.

Lid 10 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.

2.5. Mededelingsplicht

Lid 1 De verzekeringssnemer is verplicht voor het sluiten van de verzekeringsovereenkomst alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van Univé of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.

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

Lid 3 Indien niet aan de mededelingsplicht conform lid 1 is voldaan is, vervalt iedere aanspraak op vergoeding van kosten, een en ander overeenkomstig titel 7.17 BW. Daarnaast kan aan de verzekerde een schadevergoeding in rekening worden gebracht.

2.6. Aanvang, duur en einde van de verzekering

Lid 1 De verzekering wordt aangegaan voor een termijn van één kalenderjaar, met uitzondering van de verzekering die niet per 1 januari van een jaar is aangegaan. De laatstbedoelde verzekering wordt aangegaan voor het resterende kalenderjaar. Wanneer de hoofdverzekering eindigt, kan de aanvullende verzekering tevens worden beëindigd.

Lid 2 De verzekering wordt na verloop van de in het eerste lid bedoelde termijn, alsmede telkens na verloop van een overeenkomstig dit lid verlengde termijn, met één jaar verlengd, tenzij uiterlijk 31 december een schriftelijk verzoek om

	beëindiging van de verzekering is ontvangen. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.		van 1 januari volgend op het jaar waarin de inschrijvingsduur als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 eindigt.
<i>Lid 3</i>	Univé kan de inschrijving weigeren: a. indien de aspirant-verzekeringnemer inschrijving verlangt op het moment waarop hij of zijn aspirant-verzekerde(n) op grond van de modelovereenkomst in de zin van de Zorgverzekeringswet reeds zorg behoeft, die qua aard en omvang behoort tot de verstrekkingen ingevolge de aanvullende verzekering; b. indien sprake is van een ongunstige medische beoordeling van de aspirant-verzekerde door Univé; c. indien een eerdere verzekering op grond van lid 6 sub b van dit artikel is beëindigd, tenzij de verzekerde alsnog jegens Univé aan zijn verplichting voldoet; d. indien de verzekering is beëindigd op grond van artikel 2.6 lid 2 of artikel 2.18.	<i>Lid 7</i>	Bij wijziging van de verzekering vindt per de datum van wijziging (her)berekening c.q. restitutie plaats.
		2.8.	Wijziging premie en/of verzekeringsvoorwaarden
<i>Lid 4</i>	Na aanmelding bij en acceptatie door Univé ontvangt de ingeschrevene een (zorg)polis c.q. een bewijs van inschrijving, in een door Univé vast te stellen vorm, dat geldt als bewijs van de tussen hem en Univé gesloten verzekeringsovereenkomst, zowel ten aanzien van hemzelf als ten aanzien van zijn medeverzekerden.	<i>Lid 1</i>	De te berekenen premies en van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden - waaronder mede te begrijpen eigen risicobedragen en gedeeltelijke vergoedingen - worden door het bestuur vastgesteld en gelden met ingang van de in het vaststellingsbesluit genoemde datum mede voor alle reeds lopende verzekeringen en derhalve voor alle reeds gemachtigde verstrekkingen.
<i>Lid 5</i>	Onverminderd het bepaalde in lid 2 eindigt de verzekering: a. met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer verzekerd is in de zin van de Zorgverzekeringswet, tenzij de verzekerde is ingeschreven op grond van hetgeen is bepaald in artikel 2.1 lid 4. b. op de door Univé te bepalen dag, indien de verzekerde nalatig is ten aanzien van de betaling van de door hem verschuldigde premie; c. ingevolge artikel 2.5 lid 2 of artikel 2.18; d. door opzegging in verband met en-bloc wijzigen van premie of voorwaarden; e. door overlijden van de verzekerde.	<i>Lid 2</i>	Univé heeft het recht deze verzekeringsvoorwaarden en de premies en bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Univé vast te stellen datum. Univé doet van de voorgenomen herziening mededeling voor de datum van ingang.
<i>Lid 6</i>	De medeverzekering voor kinderen als bedoeld in artikel 2.2. lid 2 eindigt voor kinderen op het moment dat zij 18 jaar worden. Zij hebben dan het recht zich zelfstandig te verzekeren conform dezelfde voorwaarden en tegen de volgens artikel 2.7. lid 2 geldende premie voor volwassenen.	<i>Lid 3</i>	De verzekerde wordt geacht met de wijziging akkoord te gaan, indien hij niet binnen een maand na dagtekening van het bericht van verhoogde premie en/of gewijzigde verzekeringsvoorwaarden aan Univé per aangetekend schrijven bericht, dat hij de verzekering wenst te beëindigen.
2.7.	Premie en schorsing	<i>Lid 4</i>	De in lid 3 genoemde mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij: – herziening van de premie en/of de voorwaarden die voortvloeit uit (wijziging van) wettelijke regelingen en/of bepalingen; – herziening van de premie welke onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijds grens door de verzekerde aan wiens leeftijd de premie is gekoppeld; – verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking.
<i>Lid 1</i>	De verzekeringsnemer 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.	2.9.	Administratiekosten
<i>Lid 2</i>	Op de ingangsdatum van de verzekering is de leeftijd en de woonplaats bepalend voor de hoogte van de premie gedurende het gehele kalenderjaar. Vervolgens zijn steeds de leeftijd en de woonplaats op 1 januari bepalend voor de hoogte van de premie gedurende het gehele kalenderjaar. Indien de hoofdverzekering niet bij Univé is afgesloten, geldt een afwijkende premie. Voor kinderen tot 18 jaar is geen premie verschuldigd. Bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd eindigt de medeverzekering. Per de eerste van de maand volgend op de maand waarin men de 18-jarige leeftijd heeft bereikt wordt betrokkene ingeschreven op een eigen polis tegen het dan geldende volwassentariaf.		Het bestuur van Univé kan administratiekosten vaststellen, welke bij het aangaan en/of verlengen van de verzekeringsovereenkomst bij verzekerde in rekening kunnen worden gebracht. In het vaststellingsbesluit wordt de hoogte bepaald.
<i>Lid 3</i>	De vervaldatum is de laatste dag van de maand, voorafgaande aan de maand waarover de premie is verschuldigd.	2.10.	Informatie- en meldingsplichten
<i>Lid 4</i>	Indien de verzekeringsnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, eigen bijdragen en kosten kan Univé de dekking van de verzekeringsovereenkomst opschorten of de verzekeringsovereenkomst beëindigen, nadat de verzekeringsnemer na de vervaldag onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 30 dagen aanvangende de dag na aanmaning. De verzekeringsnemer blijft verplicht de premie te voldoen. Indien Univé maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringsnemer.	<i>Lid 1</i>	De verzekeringsnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere 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 Unive te melden. Wijzigingen zijn onder meer verhuizing, huwelijk, samenwoning, (echt)scheiding, geboorte of wijziging van bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hierboven bepaalde, draagt Unive geen enkel risico. Kennisgevingen aan de verzekeringsnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringsnemer te hebben bereikt.
<i>Lid 5</i>	Univé is bevoegd de achterstallige premies en andere door de verzekerde aan Univé verschuldigde bedragen met uitkeringen te verrekenen.	<i>Lid 2</i>	In geval van overlijden van de verzekerde of verzekeringsnemer heeft de rechtsopvolger van de overledene de meldingsplicht als bedoeld in lid 1. Desgevraagd vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
<i>Lid 6</i>	De premie is verschuldigd vanaf de datum van ingang van de verzekering. De verplichting tot premiebetaling eindigt na overlijden van de verzekerde of, na opzegging, met ingang	2.11.	Bijzondere verplichtingen en vergoeding van nota's
		<i>Lid 1</i>	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 Unive 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. 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 Univé in te dienen. e. bij behandelingen waarvoor in de verzekeringsvoorwaarden een schriftelijke verwijzing vereist is, een verwijsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt, dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is.

	f. indien uit de verzekeringvoorwaarden blijkt dat toestemming van Univé vereist is, dan dienen deze behandelingen vooraf te worden aangevraagd en goedgekeurd te zijn.		inschrijving verschuldigd zou zijn geweest voor de verzekering van de desbetreffende personen.
<i>Lid 2</i>	Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft Univé geen kosten te vergoeden.	<i>Lid 2</i>	Ten aanzien van degene die, zonder daartoe gerechtigd te zijn, opzettelijk aanspraken doet gelden als verzekerde, kan Univé de in het vorige lid bedoelde schade vaststellen op het werkelijke bedrag daarvan, indien de werkelijk geleden schade hoger is dan het bedrag waarop de schade bij de toepassing van het eerste lid zou zijn vastgesteld.
<i>Lid 3</i>	Er vindt rechtstreekse declaratie en betaling tussen de zorgaanbieder en Univé plaats indien dit is overeengekomen tussen beide partijen.	<i>Lid 3</i>	Univé is bevoegd de door Univé te maken kosten voor invordering van de in lid 1 en 2 bedoelde bedragen inclusief de (buiten)gerechtelijke inningskosten, ten laste te brengen van de schadeplichtige (ex-)verzekerde, die verplicht is deze kosten te betalen.
<i>Lid 4</i>	Digitaal aangeleverde nota's komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze door de zorgaanbieder zijn gewaarmerkt en aangeleverd.		
<i>Lid 5</i>	Alleen originele nota's, voorzien van een bankrekeningnummer van de zorgaanbieder, komen voor vergoeding in aanmerking.	2.15.	Overige bepalingen
<i>Lid 6</i>	Behoudens lid 3 en lid 4 vindt betaling plaats aan de verzekerde. Indien sprake is van een behandeling als gevolg van een ongeval dient rechtsboven op de nota een O te zijn vermeld.	<i>Lid 1</i>	In niet in deze verzekeringvoorwaarden geregelde gevallen, beslist het bestuur van Univé.
<i>Lid 7</i>	Univé streeft ernaar de verzekerde kosten binnen 3 weken na ontvangst van de originele nota's te vergoeden.	<i>Lid 2</i>	De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering of een financiële overeenkomst verstrekte persoonsgegevens worden door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en of financiële diensten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op deze verwerking van persoonsgegevens zijn de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens Univé van toepassing. In deze Gedragsregels worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de Gedragsregels kunt u opvragen bij N.V. Univé Zorg, Postbus 276, 1800 BJ Alkmaar, of via www.unive.nl .
<i>Lid 8</i>	Voor zover de verzekerde krachtens de verzekeringvoorwaarden niet voor 100% aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten voor de verleende zorg, o.a. vanwege eigen bijdragen, vordert Univé deze niet gedekte kosten bij de verzekerde terug indien Univé de volledige nota aan de zorgverlener heeft voldaan.	<i>Lid 3</i>	Met de vaststelling van deze voorwaarden vervallen de eerder vastgestelde verzekeringvoorwaarden van deze verzekering.
<i>Lid 9</i>	De verrekening van de kosten zoals bedoeld in het vorige lid vindt op dezelfde wijze plaats als de premiebetaling voor de verzekering; wanneer verzekerde een machtiging heeft verleend tot automatische incasso van de premiebetaling, wordt hij geacht daarbij tevens machtiging te hebben verleend voor automatische incasso van deze vordering. In alle andere gevallen zal de terugvordering plaatsvinden door middel van een acceptgirokaart.	2.16.	Collectieve contracten
2.12.	Aansprakelijkheid van derden	<i>Lid 1</i>	Indien verzekerden bij Univé zijn ingeschreven via een collectief contract kunnen er naast of in tegenstelling tot de verzekeringvoorwaarden afwijkende regelingen van toepassing zijn, welke voorrang hebben boven de verzekeringvoorwaarden. Deze regelingen zijn vastgelegd in het collectieve contract dat bij de werkgever ter inzage ligt en kunnen o.a. betreffen: <ul style="list-style-type: none"> – omvang van de dekking (artikel 3 t/m 13); – premieregeling; – duur van de verzekering (artikel 2.6.).
<i>Lid 1</i>	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.	<i>Lid 2</i>	Indien in het collectieve contract is overeengekomen dat de collectief contractant zorgdraagt voor betaling van de premie, wordt hij geacht de premie namens de verzekeringsnemer te voldoen.
<i>Lid 2</i>	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.	<i>Lid 3</i>	Indien dit in het collectief contract is overeengekomen geldt, onverminderd het bepaalde in artikel 2.6 lid 5, dat de verzekering eveneens eindigt: <ul style="list-style-type: none"> – door beëindiging van het collectieve contract; – door beëindiging van het dienstverband van de verzekeringsnemer bij de collectief contractant.
<i>Lid 3</i>	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.	2.17.	Geschillenbeslechting
<i>Lid 4</i>	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.	<i>Lid 1</i>	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.
<i>Lid 5</i>	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.	<i>Lid 2</i>	Nadat Univé in heroverweging een besluit heeft genomen, kan het geschil worden voorgelegd aan de Ombudsman zorgverzekeringen. De Ombudsman zorgverzekeringen is onderdeel van de SKGZ, Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). De Ombudsman zorgverzekeringen brengt een vrijblijvend advies uit.
2.13.	Vrijwaring van aansprakelijkheid	<i>Lid 3</i>	Het bestuur beslist over geschillen en klachten. Indien de verzekerde het geschil aan de gewone rechter wil voorleggen, dient dit te geschieden binnen één maand na de uitspraak van het bestuur.
	Univé is jegens de verzekerde niet aansprakelijk voor schade door hem geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling (niet zijnde Univé), tot wie of welke de verzekerde zich heeft gewend om zijn aanspraak op een verstrekking in het kader van deze verzekeringvoorwaarden geldend te maken.	<i>Lid 4</i>	De Nederlandse zorgverzekeraars hebben regels opgesteld over de manier waarop zij hun taak opvatten en hoe zij zich willen gedragen. Deze regels zijn vastgelegd in de "Gedragscode van de zorgverzekeraar", waaraan Univé zich heeft verbonden. Een brochure over deze gedragscode is bij Univé opvraagbaar.
2.14.	Schadevergoeding		
<i>Lid 1</i>	Onverminderd het bepaalde in het tweede lid van dit artikel en onverminderd het recht van Univé de verzekering te beëindigen, kan Univé vergoeding vorderen van de schade welke is geleden als gevolg van de omstandigheid dat de verzekerde en/of zijn medeverzekerden zich ten onrechte heeft/hebben doen inschrijven in de aanvullende verzekering. De schade wordt in beginsel gesteld op het bedrag van de premie die over de periode van de onrechtmatige		

2.18. Fraude

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

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

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

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat:

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

Lid 2

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 gedeponeerd. Voor terrorisme is het clauseblad terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade NV (NHT) van toepassing. Zowel een omschrijving van de voornoemde definities als het clauseblad terrorismedekking is op aanvraag bij de verzekeraar verkrijgbaar.

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

Lid 3

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

Lid 4

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

2.19. 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 muiterij. Dit

Vergoedingen Univé Extra Zorg polis

Omvang van de dekking:

Verzekerden die de Univé Extra Zorg polis 1, 2, 3, 4 of 5 hebben afgesloten, kunnen aanspraak maken op vergoeding van kosten van zorg zoals omschreven in artikel 3 t/m 14. De vergoeding vindt u terug onderaan het desbetreffende artikel.

Artikel 3 Basiszorg

3.1. Fertiliteitsbehandelingen (IVF)

Omschrijving Vergoeding van IVF- of ICSI-behandeling en de daarbij behorende geneesmiddelen voor vrouwen tot en met 40 jaar. Tevens bestaat voor vrouwen tot en met 40 jaar aanspraak op geneesmiddelen horend bij een KI-, IUI- of KID-behandeling.

Onder IVF- of ICSI-behandeling wordt verstaan:

- rijping van eicellen door hormonale behandeling;
- het afnemen van eicellen (punctie);
- bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- de implantatie van een of meer ontstane embryo's in de baarmoederholte om een zwangerschap te realiseren.

Door De IVF- of ICSI-behandeling dient te worden verleend door een medisch-specialist. De bij de IVF-, ICSI-, KI-, IUI- of KID-behandeling horende geneesmiddelen dienen te worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Waar De behandeling dient plaats te vinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.

Toestemmingsvereisten

Voor fertiliteitsbehandelingen en de daarbij horende geneesmiddelen is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé noodzakelijk

Aanvullende voorwaarden

- Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding indien sprake is van een alom geaccepteerde medische indicatie.
- De 1e, 2e en 3e IVF- of ICSI-behandeling per te realiseren zwangerschap wordt vergoed vanuit de hoofdverzekering.
- De KI-, IUI- of KID-behandeling wordt vergoed vanuit de hoofdverzekering.
- Er bestaat geen recht op vergoeding indien de behandeling plaatsvindt na een sterilisatie.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Eenmalig tot maximaal € 3.500,- van de 4e behandeling voor de gehele duur van de verzekering.
Extra Zorg polis 5	Eenmalig volledige vergoeding van de 4e en 5e behandeling voor de gehele duur van de verzekering.

3.2. Second Opinion

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

Aanvullende voorwaarden

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding indien aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding uit de hoofdverzekering.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	volledige vergoeding van het honorarium van de medisch-specialist.
Extra Zorg polis 2	volledige vergoeding van het honorarium van de medisch-specialist.
Extra Zorg polis 3	volledige vergoeding van het honorarium van de medisch-specialist.
Extra Zorg polis 4	volledige vergoeding van het honorarium van de medisch-specialist.
Extra Zorg polis 5	volledige vergoeding van het honorarium van de medisch-specialist.

3.3. Zittend ziekenvervoer (eigen bijdrage en kilometervergoeding)

Omschrijving Vergoeding van de bij Regeling Zorgverzekering gestelde eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer en een aanvullen-

de vergoeding op de kilometervergoeding uit de hoofdverzekering van € 0,16 per kilometer.

Bijzonderheden Onder eigen bijdrage wordt niet verstaan:
– het aantal kilometers boven het maximum gestelde aantal kilometers in de hoofdverzekering;
– de kosten die boven de maximum vergoeding per kilometer uitstijgen.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Eigen bijdrage: volledige vergoeding. Kilometervergoeding: geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Eigen bijdrage: volledige vergoeding. Kilometervergoeding: geen vergoeding.
Extra Zorg polis 5	Eigen bijdrage: volledige vergoeding. Kilometervergoeding: € 0,16 per kilometer.

Artikel 4 Alternatieve geneeswijzen (Budget)

4.1. Behandeling en consult door een alternatief genezer of alternatief therapeut

Omschrijving De geneesmethode, anders dan huisartsen- en specialistische hulp.

Door Alternatieve geneeswijzen dienen te worden verleend door een zorgaanbieder die lid is van een beroepsvereniging, die voorkomt op de door Univé gehanteerde lijst van aangewezen beroepsverenigingen.

De volgende beroepsverenigingen komen voor op de door de zorgverzekeraar gehanteerde lijst:

ABNG	Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke Geneeskunde
NAAV	Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging
NVAA	Nederlandse vereniging van Antroposofische Artsen
VHAN	Artsen vereniging voor Homeopathie
NVA	Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur
NRO	Nederlands Register voor Osteopathie
NOF	Nederlandse Osteopathie Federatie
SCN	Stichting Chiropractie Nederland
NCA	Nederlandse Chiropractoren Associatie
NVKH	Nederlandse Vereniging voor Klassiek Homeopaten
VMT	Vereniging Manueel Therapeuten
NVTCG-Zhong	Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde
VVH	Vereniging van Haptotherapeuten
FVB	Federatie Vaktherapeutische Beroepen (samenwerkingsverband van NVBT, NVCT, NVDT, NVDAT NVvMT en NVPMT)
VNT	Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten
MBOG	Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde
NVF	Nederlandse Vereniging voor Fytotherapie

Een volledig overzicht van de door Univé aangewezen beroepsorganisaties is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service centrum van Univé via telefoonnummer (072) 527 75 95 of via zorgvragen@unive.nl. Univé doet hiermee geen enkele uitspraak over de doelmatigheid en effectiviteit van de alternatieve zorg. Opname op de lijst betekent uitsluitend dat de beroepsvereniging, waarbij de behandelaar is aangesloten, eisen stelt ten aanzien van opleiding, kwaliteit, klachtregeling en toezicht.

Aanvullende voorwaarden:

- Per dag komt slechts 1 consult of behandeling voor vergoeding in aanmerking.
- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling.
- Het consult wordt gegeven op individuele basis.
- Indien de alternatief therapeut tevens de huisarts is, worden de kosten niet vergoed.
- De kosten van kuren en reizen zijn niet bij de vergoeding inbegrepen.

4.2. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Omschrijving Antroposofische respectievelijk homeopathische geneesmiddelen gebaseerd op de KNMP-taxe met de omschrijving HA respectievelijk HM.

Door Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen dienen te worden geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Voorschrijvereisten

Voor homeopathische en antroposofische geneesmiddelen is een voorschrift vereist van:

1. een arts, die lid is van de Vereniging Homeopathisch Artsen Nederland (VHAN) en/of hierover specifieke (contractuele) afspraken met Univé heeft gemaakt; of
2. klassiek homeopaat die lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (N.V.K.H.).

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Maximaal € 250,-. Per consult of behandeling maximaal € 25,- ongeacht de tijdsduur.
Extra Zorg polis 3	Maximaal € 750,-. Per consult of behandeling maximaal € 50,- ongeacht de tijdsduur.
Extra Zorg polis 4	Maximaal € 1.500,-. Per consult of behandeling maximaal € 50,- ongeacht de tijdsduur.
Extra Zorg polis 5	Maximaal € 2.500,-. Per consult of behandeling maximaal € 100,- ongeacht de tijdsduur.

Artikel 5 Buitenland

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

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

Omschrijving Zorg, zoals omschreven in deze polisvoorwaarden, bij tijdelijk verblijf in een ander land dan Nederland, gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden.

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

Toestemmingsvereisten

Voor intramurale zorg buiten het land van vestiging voor zover 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 klinische opname in een ziekenhuis, in geval van repatriëring of in het geval van vervoer van een stoffelijk overschot verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Univé Alarmservice, telefoon 0031206515111. De verzekerde heeft alleen aanspraak op vergoeding van de gedekte kosten als hij zich houdt aan de adviezen van de Univé Alarmservice. De Univé Alarmservice zal zorg dragen voor de afhandeling van declaraties.
2. De vergoeding van de gedekte kosten vindt in Nederland in euro's plaats tegen de omrekeningskoers op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden.
3. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient de verzekerde gespecificeerde rekeningen in het Engels, Frans, Duits, Spaans of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen, te overleggen.
4. 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.
5. Geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de kosten indien u woonachtig bent in het buitenland.
6. Wanneer u gebruik maakt van de sociale verordening of verdrag, komen de eigen bijdragen of het eigen risico welke door de buitenlandse mutualiteit in rekening wordt gebracht niet voor vergoeding in aanmerking.
7. Een eventuele vergoeding vanuit de hoofdverzekering wordt op de vergoeding in mindering gebracht.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1, 2, 3, 4 en 5

- Vergoeding van kosten voor medisch spoedeisende zorg zoals omschreven in het desbetreffende artikel met inachtneming van de daarin gestelde voorwaarden.
- Wanneer de geneeskundige behandeling of verzorging in een ander land dan Nederland uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

5.2. Geneeskundige zorg bij vestiging in het buitenland

Omschrijving Aanspraak bestaat op de in deze polisvoorwaarden omschreven vergoedingen voor zorg genoten in het woonland anders dan Nederland.

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

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 die woonachtig zijn buiten de EU/EER of verdragsland zijn bij een klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Univé Alarm Service, telefoon 0031206515111. De verzekerde heeft alleen aanspraak op vergoeding van de gedekte kosten als hij zich houdt aan de adviezen van de Univé Alarm Service. De Univé Alarmservice zal zorgdragen voor de afhandeling van declaraties.
2. In geval van opname in een ziekenhuis is de dekking beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval.
3. Onder ziektegeval wordt verstaan; iedere ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.
4. Er geldt geen aanspraak voor geneeskundige behandeling en verzorging buiten het land van vestiging voorzover deze geneeskundige behandeling en verzorging uitsluitend of mede ten doel vormt van het verblijf aldaar, tenzij voor de aanvang van de reis een machtiging daartoe is verstrekt door Univé.
5. De vergoeding van de gedekte kosten vindt in Nederland in euro's plaats tegen de omrekeningskoers op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden.
6. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient de verzekerde gespecificeerde rekeningen, in het Engels, Frans, Spaans, Duits of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen te overleggen.
7. 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.
8. Wanneer de verzekerde op grond van de sociale verordening of verdrag ingeschreven staat bij een mutualiteit in het buitenland, komen de eigen bijdragen of het eigen risico welke mutualiteit in rekening wordt gebracht niet voor vergoeding in aanmerking.
9. Een eventuele vergoeding vanuit de hoofdverzekering wordt op de vergoeding in mindering gebracht.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1, 2, 3, 4 en 5

- Vergoeding van kosten van zorg tot maximaal 200% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is indien deze kosten krachtens de dekking van de hoofdverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed.

5.3. Repatriëring

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

Aanvullende voorwaarden

Van medisch noodzakelijke repatriëring kan uitsluitend sprake zijn wanneer de Univé Alarmcentrale hierin bemiddelt en vaststelt dat adequate medische behandeling in het land waar tijdelijk wordt verbleven niet mogelijk is.

Vergoeding

Extra zorg polis 1	Maximaal € 5.000,-.
Extra zorg polis 2	Maximaal € 5.000,-.
Extra zorg polis 3	Volledig.
Extra zorg polis 4	Volledig.
Extra zorg polis 5	Volledig.

Artikel 6 Cosmetische behandelingen

6.1. Plastische chirurgie tot 18 jaar

Omschrijving De kosten van vormverbeterende behandelingen (plastische chirurgie) van het uiterlijk voor verzekerden tot 18 jaar, waarbij de aanleiding voortvloeit uit psychische noodzaak.

Waar Vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk dienen te worden uitgevoerd in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of in een door Univé nader aan te wijzen instelling.

Toestemmingsvereisten Voor vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. De aanvraag om toestemming dient te worden ingediend door de behandelend plastisch chirurg.

Aanvullende voorwaarden Vormverbeterende behandelingen van de geslachtsorganen en borsten worden niet vergoed.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	75%.
Extra Zorg polis 4	Volledig.
Extra Zorg polis 5	Volledig.

6.2. Plastische chirurgie vanaf 18 jaar

Omschrijving Vergoeding van de kosten van:
– medisch noodzakelijke bovenooglidcorrecties bij ernstige vermindering van het gezichtsveld voor verzekerden vanaf 18 jaar;
– medisch noodzakelijke buikwandcorrecties voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Door Ooglid- en buikwandcorrecties dienen te worden uitgevoerd door een medisch-specialist.

Waar Ooglid- en buikwandcorrecties dienen te worden verricht in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of in een door Univé nader aan te wijzen instelling.

Toestemmingsvereisten Voor ooglid- en buikwandcorrecties is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. De aanvraag om toestemming dient te worden ingediend door de behandelend plastisch chirurg.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	75%.
Extra Zorg polis 5	Volledig.

Artikel 7 Farmaceutische zorg

7.1. Geneesmiddelen (eigen bijdrage)

Omschrijving Vergoeding van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen overeenkomstig het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS).

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 5	Maximaal € 500,-.

Artikel 8 Hulpmiddelen (Budget*)

8.1. Gebitsprothesen (eigen bijdrage)

Omschrijving Tegemoetkoming in de kosten van gebitsprothesen voor zover daar een wettelijke eigen bijdrage dan wel een maximale vergoeding voor van toepassing is op grond van de Regeling Zorgverzekering.

8.2. Geboortetens

Omschrijving Vergoeding van de huur- of aanschafkosten van geboortetens apparatuur.

8.3. Hulpmiddelen (eigen bijdrage)

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

Aanvullende voorwaarden

Er kan alleen aanspraak op deze vergoeding worden gemaakt als voor genoemde hulpmiddelen recht bestaat op vergoeding vanuit de hoofdverzekering.

8.4. Plaswemaker

Omschrijving Vergoeding van de huur- of aanschafkosten van een plaswemaker en de bijbehorende bandage.

Aanvullende voorwaarden

De vergoeding geldt alleen voor verzekerden met een minimale leeftijd van 5 jaar en een maximale leeftijd van 12 jaar.

8.5. Steunpessarium

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

Aanvullende voorwaarden

Het steunpessarium dient te worden geplaatst door een huisarts.

8.6. Steunzolen

Omschrijving Tegemoetkoming in de kosten van steunzolen.

Door

Steunzolen dienen te zijn geleverd door een:
– leverancier (orthopedische instrument-/schoenmakerijen) die door Univé is erkend; of
– register B podoloog die is aangesloten bij Stichting LOOP; of
– podoloog die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of staat geregistreerd in het A-register van het Omni Podo Genootschap.

Aanvullende voorwaarden

Zie voor de vergoeding van de kosten voor podologische zooltjes artikel 11.11..

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Maximaal € 250,-.
Extra Zorg polis 3	Maximaal € 500,-.
Extra Zorg polis 4	Maximaal € 750,-.
Extra Zorg polis 5	Maximaal € 1.000,-.

* Het budget hulpmiddelen is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in dit budget aangegeven zorg. U heeft, binnen dit maximum bedrag, vrije keuze van de in het budget genoemde hulpmiddelen.

Voorbeeld:

U heeft Extra Zorg polis 3 afgesloten en krijgt een nieuwe gebitsprothese. De totale kosten bedragen bv. € 950,-. De Basisverzekering vergoedt 75% van de kosten (€ 712,50). Uw eigen bijdrage (€ 237,50) wordt vergoed uit het budget hulpmiddelen. Volgens uw Extra Zorg polis 3 heeft u een maximale vergoeding van € 500,- per kalenderjaar. Na de vergoeding van de eigen bijdrage heeft u nog een budget van € 262,50 (€ 500,- min € 237,50) over voor eventueel andere noodzakelijke hulpmiddelen binnen het lopende kalenderjaar.

Artikel 9 Gezichtshulpmiddelen (Budget*)

9.1. Brillen en contactlenzen

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

Aanvullende voorwaarden

1. Het tijdvak van 3 kalenderjaren vangt aan per 1 januari van het kalenderjaar waarin voor het eerst kosten zijn gemaakt.
2. Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding indien het gaat om gezichtshulpmiddelen op sterkte.

9.2. Ooglaserbehandeling

Omschrijving Tegemoetkoming in de kosten van ooglaserbehandelingen.

Aanvullende voorwaarden

Het tijdvak van 3 kalenderjaren vangt aan per 1 januari van het kalenderjaar waarin voor het eerst kosten zijn gemaakt.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Gezichtshulpmiddelen: geen vergoeding. Ooglaserbehandelingen: geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Gezichtshulpmiddelen: maximaal € 100,- per verzekerde per 3 kalenderjaren. Ooglaserbehandelingen: geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Gezichtshulpmiddelen: maximaal € 200,- per verzekerde per 3 kalenderjaren. Ooglaserbehandelingen: geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Gezichtshulpmiddelen: maximaal € 300,- per verzekerde per 3 kalenderjaren. Ooglaserbehandelingen: geen vergoeding.
Extra Zorg polis 5	Maximaal € 500,- per verzekerde per 3 kalenderjaren.

* Binnen het budget gezichtshulpmiddelen is een vergoeding opgenomen voor brillen, contactlenzen en laserbehandelingen. De maximale vergoeding is per 3 kalenderjaren. Schaft u in mei 2008 een bril aan dan vangt het tijdvak van 3 kalenderjaren aan per 1 januari 2008 en loopt tot 1 januari 2011.

Voorbeeld 1:

De totale kosten van uw bril bedragen bijv. € 150,-. Heeft u Extra Zorg polis 2 afgesloten, dan krijgt u maximaal € 100,- vergoed. U heeft uw budget opgebruikt. Heeft u Extra Zorg polis 4 afgesloten, dan krijgt u het volledige bedrag vergoed. Binnen het budget en de termijn van 3 kalenderjaren blijft er nog een bedrag van € 150,- over (€ 300,- min € 150,-).

Voorbeeld 2:

Heeft u Extra Zorg polis 5 afgesloten dan wordt ook uw ooglaserbehandeling vergoed. Hebt u in 2007 een vergoeding voor een bril gekregen van bv. € 100,-, dan blijft er € 400,- van het budget over. Hiervoor kunt u eventueel binnen de termijn van 3 kalenderjaar nogmaals een bril aanschaffen of u kunt kiezen voor een ooglaserbehandeling. Van deze kosten komt dan nog maximaal € 400,- voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 10 Mondzorg

10.1. Mondzorg tot 18 jaar

Omschrijving Mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar inclusief kronen en bruggen.

Door Mondzorg dient te worden verleend door een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.

Aanvullende voorwaarden

Orthodontie wordt vergoed conform artikel 10.2.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Maximaal € 500,-.
Extra Zorg polis 4	Maximaal € 500,-.
Extra Zorg polis 5	Volledig.

10.2. Orthodontie (kaakorthopedische behandelingen)

Omschrijving Vergoeding van de kosten van orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar.

Door Orthodontische behandelingen dienen te worden verleend door:

1. een orthodontist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde;
2. een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.

Aanvullende voorwaarden

Vergoeding van de kosten van orthodontie verleend door een orthodontist vindt plaats overeenkomstig het gedeponeerde specialistentarief. Vergoeding van de kosten van orthodontische behandelingen verleend door een tandarts vindt plaats overeenkomstig de goedgekeurde WMG-tarieven.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	100% tot maximaal € 1.500,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.
Extra Zorg polis 4	Volledig.
Extra Zorg polis 5	Volledig.

Artikel 11 Preventie (Budget)

11.1. Gezondheidstest

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

Door De gezondheidstest dient te worden uitgevoerd door een medische zorgverlener.

Aanvullende voorwaarden

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

11.2. Griepvaccinatie

Omschrijving Vaccinatie ter voorkoming van griep voor verzekerden die niet tot de risicogroepen behoren die via het Nederlandse programma grieppreventie in aanmerking komen voor een griepvaccin.

Door Griepvaccinatie dient te worden verleend door een huisarts of medisch-specialist.

Aanvullende voorwaarden

Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding van vaccinaties indien geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding uit de Zorgverzekeringswet of via de werkgever.

11.3. Preventieve inentingen en malariapillen bij reis naar buitenland

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

Door

- Preventieve inentingen dienen te worden verleend door de GGD, huisarts, Tropencentrum AMC, het Havenziekenhuis Travel Clinic of Airport Medical Services en Vaccinatiepunt.
- Malariapillen dienen te worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

11.4. Sport Medisch Adviescentrum

Omschrijving Vergoeding van de kosten van een consult of keuring.

Door Het consult of de keuring dient plaats te vinden in een Sport Medisch Centrum aangesloten bij de Federatie van Sport Medische instellingen.

11.5. Cursussen thuiszorgorganisaties/patiëntenvereniging

Omschrijving (Preventieve) cursussen gegeven door thuiszorgorganisaties of patiëntenvereniging.

Door De cursussen dienen te worden gegeven door:

- een AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie;
- een patiëntenvereniging aangesloten bij de NPCF;
- een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder.

Aanvullende voorwaarden

1. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van een bewijs van deelname (certificaat) alsmede een kopie van de nota van de cursus of een kopie van giro- of bankafschrift waarop het cursusbedrag vermeld staat.
2. Vanaf Extra Zorg polis 2 wordt per gevolgde cursus maximaal € 25,- per kalenderjaar vergoed.
3. Vanaf Extra Zorg polis 3 wordt per gevolgde cursus maximaal € 50,- per kalenderjaar vergoed.
4. Dezelfde cursus komt slechts éénmaal per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking.

11.6. EHBO-cursus

Omschrijving Vergoeding van een EHBO-cursus.

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

Aanvullende voorwaarden

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

11.7. Gewichtconsulent

Omschrijving Vergoeding van consult gewichtconsulent.

Door Een gewichtconsulent aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland of een nader door Univé aan te wijzen zorgaanbieder.

11.8. Reanimatiecursus

Omschrijving: Vergoeding van een reanimatiecursus.

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

11.9. Vakantiereizen (eigen bijdrage)

Omschrijving Vergoeding van de eigen bijdrage van vakantiereizen voor verzekerden met een lichamelijke en/of geestelijke handicap.

Door De vakantiereis moet georganiseerd zijn door:
– Het Nederlandse Rode Kruis;
– patiëntenvereniging aangesloten bij de NPCF;
– een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder.

Aanvullende voorwaarden

Binnen het budget wordt per vakantiereis maximaal € 75,- vergoed.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Artikel 11.1. t/m 11.4. Maximaal € 100,-.
Extra Zorg polis 2	Artikel 11.1. t/m 11.8. Maximaal € 200,-.
Extra Zorg polis 3	Artikel 11.1. t/m 11.9. Maximaal € 300,-.
Extra Zorg polis 4	Artikel 11.1. t/m 11.9. Maximaal € 400,-.
Extra Zorg polis 5	Artikel 11.1. t/m 11.9. Maximaal € 500,-.

* Binnen het budget preventie heeft u vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

Heeft u Extra Zorg polis 1 afgesloten dan heeft u een budget van € 100,- voor de genoemde zorg in artikel 11.1 t/m 11.7. Heeft u Extra Zorg polis 2 afgesloten dan heeft u een budget van € 200,- en wordt het budget uitgebreid met vergoeding van consult gewichtconsulent en reanimatiecursus. Vanaf Extra Zorg polis 3 heeft u een budget van € 300,- en wordt het budget uitgebreid met vergoeding van de eigen bijdrage van vakantiereizen. De vergoeding van artikel 11.11. en 11.12. vallen buiten het budget.

Voorbeeld:

U gaat een verre reis maken waarvoor inentingen en/of malariapillen noodzakelijk zijn. De kosten van de inentingen zijn € 100,- en de malariapillen € 75,-. De vergoeding hiervoor valt binnen het budget preventie. Wanneer u Extra Zorg polis 1 heeft afgesloten, komt € 100,- voor vergoeding in aanmerking en is € 75,- voor uw eigen rekening. Heeft u Extra Zorg polis 3 afgesloten dan krijgt u het volledige bedrag van € 175,- vergoed. Volgt u daarnaast nog een EHBO cursus dan komen ook deze kosten tot maximaal € 125,- voor vergoeding in aanmerking. U hebt dan uw maximum van € 300,- bereikt.

11.10. Lidmaatschap patiëntenvereniging

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

Aanvullende voorwaarden

1. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.
2. Per kalenderjaar komt het lidmaatschap van één patiëntenvereniging voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Eenmalig maximaal € 25,-.
Extra Zorg polis 3	Eenmalig maximaal € 25,-.
Extra Zorg polis 4	Eenmalig maximaal € 25,-.
Extra Zorg polis 5	Eenmalig maximaal € 25,-.

11.11. Sport en spel voor hartpatiënten

Omschrijving Vergoeding van deelname aan activiteiten voor hartpatiënten.

Door Sportorganisaties voor hartpatiënten.

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	maximaal € 25,- per 2 kalenderjaren.
Extra Zorg polis 3	maximaal € 25,- per 2 kalenderjaren.
Extra Zorg polis 4	maximaal € 25,- per 2 kalenderjaren.
Extra Zorg polis 5	maximaal € 25,- per 2 kalenderjaren.

Artikel 12 Therapieën (Budget)

12.1 Acne-behandeling

Omschrijving Behandeling bij ernstige vorm van acne.

Door Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici of een schoonheidsspecialist die in het bezit is van de aantekening acne en is aangesloten bij de ANBOS.

Verwijzingsvereisten

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

Aanvullende voorwaarden

Onder een ernstige vorm van acne wordt verstaan: een ontsteking en psychologisch belastende tijdelijke huidaan- doening waarbij een reëel gevaar bestaat dat uitgebreide lit- tekenvorming optreedt die grotendeels onherstelbaar is.

12.2. Camouflagetherapie

Omschrijving Kosten van te volgen lessen en te gebruiken producten.

Door Een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici of een schoonheidsspecialist die is aangesloten bij de ANBOS.

12.3. Dieetadvisering

Omschrijving Vergoeding van de kosten van voorlichting, met een medisch doel, over voeding en eetgewoonten zoals dië- tisten die plegen te bieden.

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

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

Voorschrijfvereisten

Voor dieetadvisering is een voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voor- ziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of tandarts vereist.

Aanvullende voorwaarden

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

12.4.	Elektrische epilatie en laserontharing	<ul style="list-style-type: none"> – behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van de leefstijl en ter vermindering van het risico op ziekte; – preventieve trainingen zoals bijv. valtraining; – haptonomie; – zwangerschapsgymnastiek en kraamvrouwengymnastiek; – sportmassage; – arbeids- en bezigheidstherapie
Omschrijving	Elektrische epilatie en laserontharing in geval van abnormale, ernstig ontsierende haargroei in het gelaat.	
Door	Elektrische epilatie en laserontharing dient te worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici of een schoonheidsspecialist die in het bezit is van het diploma elektrisch ontharen en is aangesloten bij de ANBOS.	<ul style="list-style-type: none"> 3. Onder behandelingen wordt niet verstaan de toeslagen buiten de reguliere werktijden, de niet-curatieve groepszittingen, instructies aan derden, kosten (als gevolg) van niet nagekomen afspraken en het opstellen van rapportages. 4. Behandeling door twee fysiotherapeuten/oefentherapeuten voor dezelfde indicatie is niet toegestaan. 5. Individuele behandelingen en groepsbehandeling voor dezelfde indicatie is niet toegestaan.
12.5.	Ergotherapie	
Omschrijving	Behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of herstellen.	
Door	Ergotherapie dient te worden verleend door een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 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.	
12.6.	Flebologie en proctologie	
Omschrijving	Behandeling van aandoeningen van de bloedvaten, en/of aambeien inclusief de kosten van de door de arts gegeven injecties.	
Door	Een arts die zich in de behandelingen heeft gespecialiseerd, maar niet als medisch-specialist is erkend.	
Aanvullende voorwaarden	De kosten van genees- en verbandmiddelen via de apotheek betrokken, komen ten laste van de hoofdverzekering.	
12.7.	Fysiotherapie en oefentherapie	
Omschrijving	Fysiotherapie en oefentherapie omvat zorg geleverd door fysiotherapeuten en oefentherapeuten.	
Door	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fysiotherapie dient te worden verleend door een fysiotherapeut of een heilgymnast-masseur die voldoet aan de voorwaarden, zoals omschreven in de Wet BIG. 2. Bekkenfysiotherapie, kinderfysiotherapie, oedeemtherapie, manuele therapie en psychosomatische fysiotherapie 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. 3. 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". 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Onder behandelingen wordt niet verstaan de toeslagen buiten de reguliere werktijden, de niet-curatieve groepszittingen, instructies aan derden, kosten (als gevolg) van niet nagekomen afspraken en het opstellen van rapportages. 2. Geen recht op vergoeding bestaat indien aanspraak kan worden gemaakt op een vergoeding uit de hoofdverzekering.
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.	
Verwijzingsvereisten	Voor fysiotherapie en oefentherapie is een verwijzing van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts of medisch-specialist vereist. Indien u naar een gecontracteerde fysiotherapeut gaat is geen verwijzing vereist.	
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verzekerden met een aandoening zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, kunnen na 9 behandelingen en voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé de behandeling voortzetten voor rekening van de hoofdverzekering. 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) 527 75 95 of via vragen@unive.nl. 2. Niet vergoed worden kosten van: <ul style="list-style-type: none"> – behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van de conditie zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.; 	
12.8.	Hydrotherapie	
Omschrijving	Oefentherapie in het water.	
Door	Hydrotherapie dient te worden verleend door een reuma- of bechterewvereniging onder leiding van een fysiotherapeut die voldoet aan de voorwaarden zoals omschreven in de Wet BIG.	
Waar	Hydrotherapie dient plaats te vinden in een zwembad.	
Voorschrijfvereisten	Voor hydrotherapie is een voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts of medisch-specialist vereist.	
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Onder behandelingen wordt niet verstaan de toeslagen buiten de reguliere werktijden, de niet-curatieve groepszittingen, instructies aan derden, kosten (als gevolg) van niet nagekomen afspraken en het opstellen van rapportages. 2. Geen recht op vergoeding bestaat indien aanspraak kan worden gemaakt op een vergoeding uit de hoofdverzekering. 	
12.9.	Oedeemtherapie en lymfdrainage	
Omschrijving	Vergoeding van de kosten van oedeemtherapie en lymfdrainage.	
Door	Oedeemtherapie dient te worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.	
Verwijzingsvereisten	Voor oedeemtherapie is een verwijzing van de behandelend medisch-specialist vereist.	
Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voor oedeemtherapie door een fysiotherapeut zie artikel 12.7. 2. Indien noodzakelijk wordt ook de toeslag voor behandeling bij de verzekerde thuis vergoed. 	
12.10.	Pedicure voor diabetici of reumapatiënten	
Omschrijving	Vergoeding van de kosten van consulten en behandelingen.	
Door	Pedicure voor diabetici dient te worden verleend door een pedicure die beschikt over de aantekening 'diabetische voet'. Pedicure voor reumapatiënten dient te worden verleend door een pedicure die beschikt over de aantekening 'reumatische voet'.	
Verwijzingsvereisten	Een verwijzing van de behandelend medisch-specialist of arts is vereist.	
12.11.	Podo(posturale)therapie	
Omschrijving	Vergoeding van de kosten van therapiezolen, consulten en behandelingen.	
Door	Podo(posturale)therapie dient te worden verleend door een: <ul style="list-style-type: none"> – podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of staat geregistreerd in het A-register van het Omni Podo Genootschap; of – register B podoloog die is aangesloten bij Stichting LOOP; of – podoloog die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of staat geregistreerd in het A-register van het Omni Podo Genootschap. 	

12.12. Psoriasisbehandeling	<p>Omschrijving (Dag)behandeling of behandeling met UV-B bruikleenapparatuur voor de behandeling van zeer ernstige psoriasis.</p> <p>Door Psoriasisbehandeling dient te worden verleend onder verantwoordelijkheid van een arts werkzaam in een in psoriasis gespecialiseerd centrum.</p> <p>Waar Psoriasisbehandeling dient plaats te vinden in een in psoriasis gespecialiseerd centrum (in Nederland). Behandeling met UV-B bruikleenapparatuur dient bij de verzekerde thuis plaats te vinden.</p> <p>Verwijzingsvereisten Voor een psoriasisbehandeling is een gemotiveerde verwijzing van een dermatoloog vereist.</p> <p>Aanvullende voorwaarden</p> <ol style="list-style-type: none"> UV-B bruikleenapparatuur dient afkomstig te zijn van een door Univé aangewezen leverancier. Indien een psoriasisbehandeling in een instelling plaatsvindt wordt deze volledig vergoed vanuit de hoofdverzekering. 	<p>2. Behandelingen psychologische hulp zoals beschreven in het Besluit zorgverzekering, kunnen na 8 behandelingen worden voortgezet voor rekening van de aanvullende verzekering. De wettelijke eigen bijdrage van de eerste 8 behandelingen wordt vergoed binnen het budget therapieën.</p>										
12.13. Psychologische hulp	<p>Omschrijving Psychologische hulp indien het kortstondige hulpverlening betreft.</p> <p>Door Psychologische hulp dient te worden verleend door een psycholoog die werkzaam is in de eerste lijn en als gezondheidspsycholoog geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.</p> <p>Voorschriftvereisten Voor psychologische hulp is een voorschrift van de huisarts, specialist of bedrijfsarts vereist.</p> <p>Aanvullende voorwaarden De kosten van psychologische hulp worden slechts vergoed indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> verwijzing naar en behandeling door het RIAGG of het maatschappelijk werk op korte termijn niet mogelijk is; behandeling in een psychiatrische polikliniek of door een vrijgevestigde psychiater niet is aangewezen. <p>Binnen het budget worden de kosten vergoed van:</p> <ul style="list-style-type: none"> de wettelijke eigen bijdrage van de 1e 8 behandelingen. behandelingen aanvullend op de hoofdverzekering vanaf de 9e behandeling. 	12.16. Herstelingsoord										
12.14. Stottertherapie of -coaching	<p>Omschrijving Vergoeding van de kosten van stottertherapie of coaching.</p> <p>Door Een door de overheid erkend instituut.</p> <p>Verwijzingsvereisten Voor stottertherapie of -coaching is een verwijzing van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts of medisch-specialist vereist.</p> <p>Aanvullende voorwaarden Bijkomende kosten, zoals reis- en/of verblijfskosten, worden niet vergoed.</p>	<p>Omschrijving Vergoeding van de verblijfskosten in een herstellingsoord.</p> <p>Waar Verblijf dient plaats te vinden in een somatisch herstellingsoord, voorkomend op de door de Univé gehanteerde lijst van herstellingsoorde. De door Univé gehanteerde lijst is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service centrum van Univé via telefoonnummer (072) 527 75 95 of via zorgvragen@unive.nl.</p> <p>Aanvullende voorwaarden Er vindt alleen vergoeding van kosten plaats voor zover deze niet voor rekening van de AWBZ komen.</p>										
12.15. Herstel en Balans	<p>Omschrijving Het revalidatieprogramma Herstel en Balans is voor patiënten met kanker die aansluitend op de behandeling door een medisch-specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.</p> <p>Door Het revalidatieprogramma Herstel en Balans dient te worden verleend door:</p> <ul style="list-style-type: none"> integrale kankercentra; overige instellingen die door de Stichting Herstel & Balans voor het revalidatieprogramma zijn gecertificeerd. <p>Voorschriftvereisten Voor het revalidatieprogramma Herstel en Balans is een voorschrift van behandelend medisch-specialist vereist.</p> <p>Toestemmingsvereisten Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.</p> <p>Aanvullende voorwaarden</p> <ol style="list-style-type: none"> Behandelingen fysiotherapie zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, kunnen na 9 behandelingen en voorafgaande schriftelijke toestem- 	12.17. Kuurbehandeling										
12.18. Overgangscounselant	<p>Omschrijving Hulp bij problemen tijdens de overgang.</p> <p>Door Hulp bij problemen tijdens de overgang dient te worden verleend door een overgangscounselant die als verpleegkundige is BIG-geregistreerd en zich heeft gespecialiseerd in de problematiek van de overgang.</p>	12.18. Overgangscounselant										
12.19. Therapeutische kampen voor jongeren	<p>Omschrijving Verbleef in een therapeutisch kamp voor jongeren met één van de volgende aandoeningen: astma, diabetes mellitus, longaandoening mucoviscidosis.</p>	12.19. Therapeutische kampen voor jongeren										
12.20. Lactatiekundige hulp	<p>Omschrijving Vergoeding van lactatiekundige hulp aan vrouwen die problemen ondervinden bij het geven van borstvoeding.</p> <p>Door Lactatiekundige hulp dient te worden verleend door een lactatiekundige die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL). Adressen van lactatiekundigen kunt u vinden op website www.nvl.borstvoeding.nl.</p> <p>Aanvullende voorwaarden Vergoeding wordt uitsluitend verleend voor lactatiekundige hulp. Er wordt geen vergoeding gegeven voor hulpmiddelen, attributen, etc.</p>	12.20. Lactatiekundige hulp										
12.21. Psychotherapie (eigen bijdrage)	<p>Omschrijving Vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage van psychotherapie.</p> <p>Vergoeding</p> <table border="0"> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Extra Zorg polis 1</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">Artikel 12.1. t/m 12.14. maximaal € 150,-.</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Extra Zorg polis 2</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">Artikel 12.1. t/m 12.19. maximaal € 500,-.</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Extra Zorg polis 3</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">Artikel 12.1. t/m 12.21. maximaal € 750,-.</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Extra Zorg polis 4</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">Artikel 12.1. t/m 12.21. maximaal € 1.500,-.</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Extra Zorg polis 5</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">Artikel 12.1. t/m 12.21. volledige vergoeding.</td> </tr> </table>	Extra Zorg polis 1	Artikel 12.1. t/m 12.14. maximaal € 150,-.	Extra Zorg polis 2	Artikel 12.1. t/m 12.19. maximaal € 500,-.	Extra Zorg polis 3	Artikel 12.1. t/m 12.21. maximaal € 750,-.	Extra Zorg polis 4	Artikel 12.1. t/m 12.21. maximaal € 1.500,-.	Extra Zorg polis 5	Artikel 12.1. t/m 12.21. volledige vergoeding.	12.21. Psychotherapie (eigen bijdrage)
Extra Zorg polis 1	Artikel 12.1. t/m 12.14. maximaal € 150,-.											
Extra Zorg polis 2	Artikel 12.1. t/m 12.19. maximaal € 500,-.											
Extra Zorg polis 3	Artikel 12.1. t/m 12.21. maximaal € 750,-.											
Extra Zorg polis 4	Artikel 12.1. t/m 12.21. maximaal € 1.500,-.											
Extra Zorg polis 5	Artikel 12.1. t/m 12.21. volledige vergoeding.											

Binnen het budget alternatief heeft u vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.
Heeft u Extra Zorg polis 1 afgesloten dan valt de genoemde zorg in artikel 12.1 t/m 12.14 onder de totale vergoeding van dit budget. Extra Zorg polis 2 wordt uitgebreid met de genoemde zorg in artikel 12.15 t/m 12.20. Vanaf Extra Zorg polis 3 wordt de zorg uitgebreid met de genoemde zorg in artikel 12.21. De vergoeding voor traumaopvang (art. 12.22) valt buiten het budget.

Voorbeeld:

U heeft Extra Zorg polis 1 afgesloten en u bent onder behandeling bij een fysiotherapeut. De behandelingen fysiotherapie worden vergoed binnen het budget therapieën tot een maximum van € 250,-. Een reguliere behandeling fysiotherapie kost ongeveer € 26,50. Heeft u 4 behandelingen fysiotherapie gehad á € 26,50 dan worden deze behandelingen volledig vergoed uit het budget. De totale vergoeding bedraagt dan 4 X € 26,50 = € 106,-. Heeft u naast fysiotherapie ook een lactatiekundige hulp gehad dan worden de kosten van de lactatiekundige niet vergoed omdat de kosten van lactatiekundige hulp niet in het budget van de Extra Zorg polis 1 valt.
Heeft u Extra Zorg polis 2 afgesloten wordt ook de nota van de lactatiekundige vergoed tot het totale maximum van het budget is bereikt.

12.22 Traumaopvang

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

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

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Eenmalig € 25,- voor de totale duur van de verzekering.
Extra Zorg polis 3	Eenmalig € 25,- voor de totale duur van de verzekering.
Extra Zorg polis 4	Eenmalig € 25,- voor de totale duur van de verzekering.
Extra Zorg polis 5	Eenmalig € 25,- voor de totale duur van de verzekering.

Artikel 13 Thuiszorgverstrekkingen

13.1 Mantelzorgmakelaar

Omschrijving Vergoeding van de kosten van een mantelzorgmakelaar. Een mantelzorgmakelaar zorgt voor tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorg door het overnemen van regeltaken. Hierdoor kan de mantelzorg de zorgtaken beter combineren met werk en privéleven.

Door Een bij het Bureau TAPS in Zorg en Welzijn aangesloten mantelzorgmakelaar. Een lijst van gecertificeerde mantelzorgmakelaars is raadpleegbaar op www.unive.nl of www.mantelzorgmakelaar.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service centrum van Univé via telefoonnummer (072) 527 75 95 of via zorgvragen@unive.nl.

Aanvullende voorwaarden

1. het Bureau TAPS in Zorg en Welzijn bepaalt het aantal uren dat de mantelzorgmakelaar wordt toegekend.
2. er bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding indien:
 - de verzekerde degene is die de mantelzorg ontvangt;
 - de verzekerde degene is die de mantelzorg verleent.
3. verleende zorg door een mantelzorgmakelaar komt slechts éénmaal voor vergoeding in aanmerking en kan niet zowel door de mantelzorg als degene die de mantelzorg ontvangt worden gedeclareerd.

13.2 Verblifskosten logeer-, gasthuizen, Ronald McDonaldhuizen en familiehuizen

Omschrijving Overnachting in:

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

13.3 Respijtzorg (vervangende mantelzorg)

Omschrijving Vergoeding van de kosten van respijtzorg. Respijtzorg is de tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorg aan de verzekerde met het doel om die mantelzorg vrijaf te geven. De zorg of hulp kan thuis gegeven worden, maar ook buitenshuis.

Aanvullende voorwaarden

Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding indien de verzekerde instemt met de vorm van respijtzorg.

13.4 Thuisverpleging

Omschrijving De kosten van hulp ten huize van de verzekerde.

Door

Thuisverpleging dient te worden verleend door een gediplomeerd verpleegkundige die voldoet aan de voorwaarden zoals omschreven in de Wet BIG.

Aanvullende voorwaarden

Aanspraak op vergoeding bestaat alleen indien verpleging in een inrichting kan worden voorkomen.

13.5 Thuiszorg (wettelijke eigen bijdrage)

Omschrijving Aanvullend op de vergoeding uit de AWBZ voor zorg zonder verblijf (thuiszorg) vergoeding voor de wettelijke eigen bijdrage.

13.6 Kinderopvang

Omschrijving Kinderopvang voor kinderen tot 13 jaar die nog thuis wonen.

Toestemmingsvereisten

Voor kinderopvang is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.

Aanvullende voorwaarden

- Aanspraak op vergoeding bestaat uitsluitend:
- indien een van de meeverzekerde ouders langer dan 5 dagen is opgenomen in een ziekenhuis, revalidatiecentrum, verpleeghuis of psychiatrische inrichting;
 - indien de kinderen op een Extra Zorg polis 4 of Extra Zorg polis 5 staan ingeschreven;
 - tot de ontslagdatum uit de inrichting.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Artikel 13.1 en 13.2. maximaal € 250,-.
Extra Zorg polis 3	Artikel 13.1 t/m 13.5. maximaal € 500,-.
Extra Zorg polis 4	Artikel 13.1 t/m 13.6. maximaal € 750,-.
Extra Zorg polis 5	Artikel 13.1 t/m 13.6. maximaal € 1.000,-.

13.7 Hospicezorg

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

Waar

Hospicezorg dient plaats te vinden in een hospice met een AWBZ-erkenning danwel een hospice met een overeenkomst met het regionale zorgkantoor.

Aanvullende voorwaarden

1. De vergoeding geldt niet voor eigen bijdragen bij opvang in een verpleeghuis, verzorgingshuis of ziekenhuis.
2. De vergoeding geldt voor ten hoogste een periode van 3 maanden.
3. Indien verlenging van de termijn van 3 maanden noodzakelijk is dan dient hierover contact opgenomen te worden met Univé.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Tegemoetkoming in eigen bijdrage tot maximaal € 25,- per dag.
Extra Zorg polis 3	Tegemoetkoming in eigen bijdrage tot maximaal € 25,- per dag.
Extra Zorg polis 4	Tegemoetkoming in eigen bijdrage tot maximaal € 25,- per dag.
Extra Zorg polis 5	Tegemoetkoming in eigen bijdrage tot maximaal € 25,- per dag.

Artikel 14 Verloskundige zorg en kraamzorg

14.1. Adoptie

Omschrijving Nadat een of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van deze aanvullende verzekering wettig zijn geadopteerd, en staan ingeschreven op de Univé Extra Zorg polis 4 of Univé Extra Zorg polis 5, vindt een uitkering plaats.

Aanvullende voorwaarden

Vergoeding wordt verleend na overlegging van een copie van de adoptiepapieren.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Eenmalig maximaal € 1.500,- per gezin voor de gehele duur van de verzekering.
Extra Zorg polis 5	Eenmalig maximaal € 1.500,- per gezin voor de gehele duur van de verzekering.

14.2. Kraamzorg (eigen bijdrage)

Omschrijving Vergoeding van de kosten van de bij Regeling zorgverzekering gestelde eigen bijdrage voor kraamzorg.

Door Kraamzorg dient te worden verleend door een kraamcentrum, dat is een door de bevoegde overheidsinstanties als zodanig toegelaten, alsmede een door Univé als zodanig erkende, instelling.

Aanvullende voorwaarden

Er is alleen recht op vergoeding indien de kraamzorg is aangevraagd via Univé Kraamzorg (0800-8998099, gratis).

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Volledige vergoeding.
Extra Zorg polis 5	Volledige vergoeding.

14.3. Poliklinische bevalling zonder medische indicatie (eigen bijdrage)

Omschrijving Vergoeding van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie.

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Volledige vergoeding.
Extra Zorg polis 5	Volledige vergoeding.

14.4. Kraampakket

Omschrijving Een door Univé Kraamzorg (telefoon: 0800-8998099, gratis) verzorgd kraampakket voor aanstaande moeders.

Aanvullende voorwaarden

- Het recht op vergoeding bestaat vanaf de 4e maand van de zwangerschap.
- Kraampakketten aangeschaft via andere instanties of via de detailhandel worden niet vergoed.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen recht op kraampakket.
Extra Zorg polis 2	Geen recht op kraampakket.
Extra Zorg polis 3	Gratis Univé kraampakket.
Extra Zorg polis 4	Gratis Univé kraampakket.
Extra Zorg polis 5	Gratis Univé kraampakket.

14.5. Prenataal onderzoek

Omschrijving Vergoeding van de kosten van prenataal onderzoek voor verzekerden jonger dan 36 jaar. Onder prenataal onderzoek worden de volgende onderzoeken verstaan: Combinatietest (nekplooimeting en bloedonderzoek) en 1e onderzoek tripletest.

Door

Prenataal onderzoek dient te worden verleend door een bevoegd verloskundige of gynaecoloog.

Aanvullende voorwaarden

Structureel echoscopisch onderzoek in het 2e trimester van de zwangerschap voor verzekerden ouder dan 36 jaar wordt vergoed vanuit de hoofdverzekering.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Volledige vergoeding.
Extra Zorg polis 5	Volledige vergoeding.

14.6. Uitgestelde kraamzorg

Omschrijving Indien de kraamvrouw en/of het kind op medische gronden na de bevalling langer dan 10 dagen in het ziekenhuis moet(en) verblijven, kan er uitgestelde kraamzorg worden aangevraagd voor het moment waarop moeder en kind thuishkomen.

Door

Uitgestelde kraamzorg dient te worden verleend door een kraamcentrum, dat is een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten, alsmede een door Univé als zodanig erkende, instelling.

Aanvullende voorwaarden

De kraamzorg moet worden geregeld via Univé Kraamzorg (telefoon: 0800-8998099, gratis). Zij bepalen hoeveel uur uitgestelde kraamzorg er wordt toegekend.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Maximaal 6 uur per kalenderjaar.
Extra Zorg polis 4	Maximaal 12 uur per kalenderjaar.
Extra Zorg polis 5	Maximaal 24 uur per kalenderjaar.

14.7. Sterilisatie en hersteloperatie

Omschrijving

- Sterilisatie: methode van definitieve anticonceptie door middel van een operatieve ingreep bij een man of vrouw;
- hersteloperatie: operatief herstellen van een gedane sterilisatie.

Door

Sterilisatie en hersteloperatie dient te worden verricht door de medisch-specialist of huisarts.

Voorschrijfvereisten

Voor sterilisatie en hersteloperatie is een voorschrift van de huisarts vereist.

Vergoeding

Extra Zorg polis 1	Sterilisatie: eenmalig volledige vergoeding voor de totale duur van de verzekering. Hersteloperatie: geen vergoeding.
Extra Zorg polis 2	Sterilisatie: eenmalig volledige vergoeding voor de totale duur van de verzekering. Hersteloperatie: geen vergoeding.
Extra Zorg polis 3	Sterilisatie: eenmalig volledige vergoeding voor de totale duur van de verzekering. Hersteloperatie: geen vergoeding.
Extra Zorg polis 4	Sterilisatie: eenmalig volledige vergoeding voor de totale duur van de verzekering. Hersteloperatie: geen vergoeding.
Extra Zorg polis 5	Sterilisatie: volledige vergoeding Hersteloperatie: volledige vergoeding.

Artikel 15 Uitsluitingen

Univé vergoedt de volgende kosten niet:

- Lid 1* Voor een behandeling die verband houdt met een ziekte of afwijking die al vóór of bij het tot stand komen van de verzekering bestond en waarmee de verzekeringsnemer of de verzekerde op dat tijdstip al bekend was of daarvan klachten ondervond, indien Univé ten behoeve van een medische beoordeling heeft verzocht een gezondheidsverklaring in te vullen. Bovenstaande is eveneens van toepassing bij een wijziging van de verzekering. Het bovenstaande is niet van toepassing wanneer Univé van die ziekte, afwijking of klachten schriftelijk op de hoogte is gebracht en Univé bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen.
- Lid 2* Indien verzekerde - als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade, respectievelijk kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, is de verzekering op basis van de Univé Extra Zorg polis 1, 2, 3, 4 en 5 pas in de laatste plaats geldig.

In een dergelijk geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.

- Lid 3* Voor zorg die een verstrekking vormt van de AWBZ.
- Lid 4* Voor declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken.
- Lid 5* Indien de verzekerde naar het oordeel van Univé heeft gehandeld in strijd met de verzekeringsvoorwaarden of heeft nagelaten de voorschriften van de behandelend arts op te volgen.
- Lid 6* Voor verpleging op grond van sociale redenen.
- Lid 7* Voor de behandeling van ziekten of ongevallen waarvan eerdere behandeling door de verzekerde tegen het advies van de behandelend arts in is afgebroken.