

Algemene verzekerings- voorwaarden Univé 2009

Aanvullende Verzekeringen
Module A, B en C



Daar plukt ú de vruchten van!

ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERING MODULE A, B, C

(ingaande 1 januari 2009)

Inhoudsopgave

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	5
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.	Klachten en geschillen	6
2.18.	Fraude	6
2.19.	Molest	6
	Vergoedingen Aanvullende verzekering Module A, B en C	7
	Uitsluitingen	16

blz

OVERZICHT INHOUD ARTIKELEN

Omschrijving	artikel	blz
Basiszorg	3	7
IVF	3.1.	7
Second opinion	3.2.	7
Alternatieve geneeswijzen (budget)	4	7
Behandelingen en consulten	4.1.	7
Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	4.2.	8
Buitenland	5	8
Geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf	5.1.	8
Geneeskundige zorg bij vestiging	5.2.	8
Preventieve inenting en malariapillen	5.3.	9
Repatriëring	5.4.	9
Cosmetische behandelingen	6	9
Boven ooglidcorrecties	6.2.	9
Buikwandcorrecties	6.3.	9
Ooglaserbehandeling	6.4.	9
Vormverbeterende behandelingen voor kinderen tot 18 jaar	6.1.	9
Hulpmiddelen	7	10
Brillen en contactlenzen	7.1.	10
Hoorstoestellen	7.2.	10
Plaswekker	7.3.	10
Pruiken	7.4.	10
Steunzolen	7.5.	10
Mondzorg	8	10
Gebitsprothese (gedeeltelijk)	8.2.	10
Gebitsprothese (volledig)	8.1.	10
Kronen en bruggen	8.3.	10
Orthodontie	8.4.	11
Overige Mondzorg	8.5.	11
Preventie	9	11
EHBO-cursus	9.1.	11
Gezondheidstest	9.2.	11
Griepvaccinatie	9.3.	11
Lidmaatschap patiëntenvereniging	9.4.	11
Reanimatiecursus	9.5.	12
Sport medisch advies	9.6.	12
Therapieën	10	12
Alternatieve bewegingstherapie	10.4.	12
Camouflagetherapie	10.1.	12
Dieetadvisering	10.2.	12
Elektrische epilatie/laserontharing	10.3.	12
Ergotherapie	10.4.	12
Fysiotherapie en oefentherapie	10.4.	12
Herstel en balans	10.5.	13
Herstellingssoord	10.6.	13
Oedeemtherapie	10.4.	14
Overgangsconsulent	10.8.	14
Pedicure voor diabetici en reumapatiënten	10.9.	14
Podo(posturale)therapie	10.10.	14
Psoriasisbehandeling	10.11.	14
Psychologische zorg	10.12.	14
Stottertherapie of -coaching	10.13.	14
Therapeutisch zwemmen	10.4.	13
Therapeutische kampen voor jongeren	10.14.	15
Thuiszorgverstrekingen	11	15
Hospicezorg	11.1.	15
Mantelzorgmakelaar	11.2.	15
Logeer-/gasthuizen en familiehuizen	11.4.	15
Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen	11.3.	15
Ronald McDonaldhuis	11.4.	15
Verloskundige zorg en kraamzorg	12	15
Kraampakket	12.1.	15
Kraamzorg (eigen bijdrage)	12.2.	15
Poliklinische bevalling	12.4.	16
Prenataal onderzoek	12.5.	16
Sterilisatie en hersteloperatie	12.6.	16
Uitgestelde kraamzorg	12.3.	15

Hoe leest u de voorwaarden

Standaard heeft u een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet. Heeft u een aanvullende verzekering Module A, B of C afgesloten kijk dan voor de artikelnummers van de vergoedingen en voorwaarden in het overzicht inhoud artikelen. De verzekeringsvoorwaarden zijn een limitatieve opsomming van de vergoedingen. Alleen de beschreven aanspraken worden vergoed.

Unive

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 instelling waarvoor hij werkt moet een overeenkomst met Univé hebben gesloten.

Collectief contract

Overeenkomst gesloten tussen een collectief contractant en Univé over 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 gesloten.

Eigen bijdrage

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

Gezin

De volgende op het verzekeringsbewijs vermelde personen:

- 2 gehuwden of 2 personen die ongehuwd duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van Univé;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering krachtens de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (WTOS) of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud van kinderen ingevolge Artikel 6.1. en afdeling 6.4. van de Wet inkomstenbelasting 2001, jo. Artikel 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001.

Hoofdverzekering

De zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Huisarts

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

Kosten

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

Mantelzorg

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

Mantelzorger

Een mantelzorger verleent zorg aan een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Het gaat 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 voor 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 zorgverzekeraar tegenover elkaar zullen hebben als 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 proactief vaststellen van condities voor marktwerking en de handhaving daarvan.

Tandheelkundig adviseur

De tandarts die Univé in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

Techniekkosten

Kosten die verband houden met tandtechnische werkzaamheden in opdracht van de tandarts. Onder techniekkosten wordt ook verstaan: materiaal/laboratoriumkosten behorende bij alle tandheelkundige behandelingen genoemd in deze verzekeringsvoorwaarden.

Verzekerde

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

Verzekeringsbewijs

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

Verzekeringnemer

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 zorgverzekeraars mag worden gedeclareerd.

Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten. Hieronder wordt ook begrepen het Nederlands Astma Centrum te 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/verzekeringnemer en onderliggende reglementen maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst. De onderliggende reglementen liggen ter inzage bij Univé, zijn raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 of via zorgvragen@unive.nl.

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

Lid 5 Voor inschrijving op de aanvullende verzekering Module A, B of C geldt een medische beoordeling. Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van de verklaring van de verzekeringnemer in het aanvraagformulier.

Lid 6 Als aanmelding voor de aanvullende verzekering Module A, B of C 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. Inschrijving met terugwerkende kracht is niet mogelijk.

Lid 7 Als de aanmelding voor de aanvullende verzekering later plaatsvindt dan de aanmelding voor de modelovereenkomst van Univé, is acceptatie eerst mogelijk na gunstige medische beoordeling door Univé. Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van de verklaring van de verzekeringnemer in het aanvraagformulier.

Lid 8 Voor zover zij bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en/of modelovereenkomst van Univé niet anders zijn of worden geregeld, worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van Univé en de verzekerden over de aanvullende verzekering bij of door deze verzekeringsvoorwaarden geregeld.

Lid 9 Wijziging van de verzekeringsvorm naar een meer uitgebreide dekking of een verhoging van het geldende maximale bedrag genoemd in artikel 8.5., moet schriftelijk worden aangevraagd. Acceptatie is hierbij eerst mogelijk na gunstige medische en/of tandheelkundige beoordeling door Univé. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op de datum van de aanvraag.

Lid 10 Wijziging van de verzekeringsvorm naar een minder uitgebreide dekking of een verlaging van het geldende maximale bedrag genoemd in artikel 8.5., moet schriftelijk worden aangevraagd. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de inschrijvingsduur als bedoeld in artikel 2.6. lid 1 eindigt.

Lid 11 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 zijn 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. Bedenperiode

De verzekeringnemer kan bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsovereenkomst binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, 14 dagen na ontvangst van de verzekeringsvoorwaarden 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 12 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. Als Univé geen tarief is overeengekomen, is de vergoeding gelijk aan het WMG-tarief, als op grond van het WMG-tarief geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door de NZa is goedgekeurd of vastgesteld. Als er geen WMG tarief van toepassing is dat uitsluitend in rekening mag worden gebracht en Univé is geen bedrag met de zorgaanbieder overeengekomen, bedraagt de vergoeding ten hoogste het tarief dat naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Een eventuele eigen bijdrage komt voor rekening van de verzekerde.

Lid 3

Uitsluitend als de kosten niet vergoed kunnen worden vanuit de hoofdverzekering, volgt vergoeding vanuit de aanvullende verzekering. De kosten worden slechts vergoed als 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 12 wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, of 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 2 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 bepaling.

2.5.**Mededelingsplicht***Lid 1*

De verzekeringnemer 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

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

Lid 3

Als niet aan de mededelingsplicht volgens lid 1 voldaan is, vervalt iedere aanspraak op vergoeding van kosten 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 ook worden beëindigd.

<i>Lid 2</i>	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.		omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. De verzekeringsnemer blijft bij schorsing verplicht de premie te voldoen. De dekking wordt weer van kracht op de dag volgende op de dag waarop het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten door Univé zijn ontvangen.
<i>Lid 3</i>	Univé kan de inschrijving weigeren: a. als de aspirant-verzekeringsnemer 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. als sprake is van een ongunstige medische beoordeling van de aspirant-verzekerde door Univé; c. als een eerdere verzekering op grond van lid 5 sub b van dit artikel is beëindigd, tenzij de verzekerde alsnog tegenover Univé aan zijn verplichting voldoet; d. als de verzekering is beëindigd op grond van artikel 2.5. lid 2 of artikel 2.18.		Ingeval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De dekking gaat in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
<i>Lid 4</i>	Na aanmelding bij en acceptatie door Univé ontvangt de ingeschrevene een (zorg)polis en 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 voor hemzelf als voor zijn medeverzekerden.	<i>Lid 4</i>	Univé kan administratiekosten, invorderingskosten (zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk) en wettelijke rente aan de verzekeringsnemer in rekening brengen.
<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, als de verzekerde nalatig is met 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 5</i>	Als een verzekeringsnemer al is aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft Univé bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur de verzekeringsnemer niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
<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 6</i>	Univé kan achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid 2.7.4. verrekenen met schadekosten die de verzekerde bij hem heeft gedeclareerd of met andere van Univé te ontvangen bedragen.
<i>Lid 7</i>	De aanvullende verzekering Module A, B, C eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop Univé stopt met het aanbieden en uitvoeren van de aanvullende verzekering Module A, B, C. Als de aanvullende verzekering Module A, B, C eindigt op grond van het hiervoor gestelde verplicht Univé zich de verzekeringsnemer uiterlijk 3 maanden voordat de aanvullende verzekering Module A, B, C eindigt, van dit einde op de hoogte te stellen.	<i>Lid 7</i>	Univé heeft het recht gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst te sluiten met de verzekeringsnemer als de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie wordt beëindigd.
2.7.	Premie en schorsing	<i>Lid 8</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 van 1 januari volgend op het jaar waarin de inschrijvingsduur als bedoeld in artikel 2.6. lid 1 eindigt.
<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 termijnbetalingskorting van 3% op de te betalen premie. Betaling van de premie per maand is slechts mogelijk onder machtiging van Univé tot automatische incasso. Univé brengt voor betaling per acceptgiro eenmaal per jaar € 6,- kosten in rekening.	<i>Lid 9</i>	Bij wijziging van de verzekering vindt per de datum van wijziging (her)berekening of restitutie plaats.
<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. Als 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 volwassenentarief.	2.8.	Wijziging premie en/of verzekeringsvoorwaarden
<i>Lid 3</i>	Als de verzekeringsnemer niet-tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Univé de dekking schorsen en/of de verzekering beëindigen, nadat de verzekeringsnemer vruchteloos schriftelijk is aangemaand tot betaling binnen een in de aanmaning gestelde termijn van ten minste 14 dagen. Ingeval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals	<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 van Univé vastgesteld en gelden met ingang van de in het vaststellingsbesluit genoemde datum mede voor alle reeds lopende verzekeringen en dus voor alle reeds gemachtigde verstrekkingen.
		<i>Lid 2</i>	Univé heeft het recht deze verzekeringsvoorwaarden en de premies en-bloc of 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 3</i>	De verzekerde wordt geacht met de wijziging akkoord te gaan, als 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.
		<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 die onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde aan wiens leeftijd de premie is gekoppeld; – verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking.
		2.9.	Administratiekosten
			Het bestuur van Univé kan administratiekosten vaststellen, die bij het aangaan en/of verlengen van de verzekeringsovereenkomst bij verzekerde in rekening kunnen worden gebracht. In het vaststellingsbesluit wordt de hoogte bepaald.
		2.10.	Informatie- en meldingsplichten
		<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 2 maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Univé te melden. Wijzigingen zijn onder meer verhuizing, huwelijk, samenwoning, (echt)scheiding,

	geboorte of wijziging van bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hierboven bepaalde, draagt Univé geen enkel risico. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.	<i>Lid 3</i>	De verzekerde is verplicht, voordat met een derde of met degene die voor of namens de derde optreedt -waaronder begrepen de verzekeraars van de derde- een regeling te treffen over de door hem geleden schade, zich hieromtrent in verbinding te stellen met Univé.
<i>Lid 2</i>	In geval van overlijden van de verzekerde of verzekeringnemer heeft de rechtsopvolger van de overledene de meldingsplicht als bedoeld in lid 1. Desgevraagd vindt verrekening of restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.	<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.
2.11.	Bijzondere verplichtingen en vergoeding van nota's	<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 1</i>	Verzekerde is verplicht: <ul style="list-style-type: none"> a. Bij het invoeren 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 van Univé, als deze 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 manier gespecificeerd moeten 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. als uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat toestemming van Univé vereist is, dan moeten deze behandelingen vooraf worden aangevraagd en goedgekeurd zijn. 	2.13.	Vrijwaring van aansprakelijkheid Univé is tegenover 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 verzekeringsvoorwaarden geldend te maken.
		2.14.	Schadevergoeding
		<i>Lid 1</i>	Onverminderd het bepaalde in lid 2 van dit artikel en onverminderd het recht van Univé de verzekering te beëindigen, kan Univé vergoeding vorderen van de schade die 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 inschrijving verschuldigd zou zijn geweest voor de verzekering van de desbetreffende personen.
<i>Lid 2</i>	Bij niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft Univé geen kosten te vergoeden.	<i>Lid 2</i>	Voor 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, als de werkelijk geleden schade hoger is dan het bedrag waarop de schade bij de toepassing van lid 1 van dit artikel zou zijn vastgesteld.
<i>Lid 3</i>	Er vindt rechtstreekse declaratie en betaling tussen de zorgaanbieder en Univé plaats als 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 van dit artikel bedoelde bedragen inclusief de (buiten)gerechtelijke inningskosten, ten laste te brengen van de schadelijch(e) (ex-)verzekerde, die verplicht is deze kosten te betalen.
<i>Lid 4</i>	Digitaal aangeleverde nota's komen alleen voor vergoeding in aanmerking als deze door de zorgaanbieder zijn gewaarmerkt en aangeleverd.	2.15.	Overige bepalingen
<i>Lid 5</i>	Alleen originele nota's, voorzien van een bankrekeningnummer van de zorgaanbieder, komen voor vergoeding in aanmerking.	<i>Lid 1</i>	In niet in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde gevallen, beslist het bestuur van Univé.
<i>Lid 6</i>	Behalve lid 3 en lid 4 vindt betaling plaats aan de verzekerde. Als sprake is van een behandeling als gevolg van een ongeval moet rechtsboven op de nota een O zijn vermeld.	<i>Lid 2</i>	De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering of een financiële overeenkomst verstrekte persoonsgegevens worden door de maatschappij verwerkt voor 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 7</i>	Univé streeft ernaar de verzekerde kosten binnen 3 weken na ontvangst van de originele nota's te vergoeden.	<i>Lid 3</i>	Met de vaststelling van deze voorwaarden vervallen de eerder vastgestelde verzekeringsvoorwaarden van deze verzekering.
<i>Lid 8</i>	Voor zover de verzekerde op grond van de verzekeringsvoorwaarden niet voor 100% aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten voor de verleende zorg, vordert Univé deze niet gedekte kosten bij de verzekerde terug als Univé de volledige nota aan de zorgverlener heeft voldaan.	2.16.	Collectieve contracten
<i>Lid 9</i>	De verrekening van de kosten zoals bedoeld in het vorige lid vindt op dezelfde manier plaats als de premiebetaling voor de verzekering. Wanneer verzekerde een machtiging heeft verleend tot automatische incasso van de premiebetaling, wordt hij geacht daarbij ook machtiging te hebben verleend voor automatische incasso van deze vordering. In alle andere gevallen zal de terugvordering plaatsvinden door middel van een acceptgirokaart. Univé kan ervoor kiezen onder bepaalde condities de verzekeringnemer een acceptgiro toe te zenden zonder dat hieraan extra kosten zijn verbonden voor de verzekeringnemer.	<i>Lid 1</i>	Als verzekerden bij Univé zijn ingeschreven via een collectief contract kunnen er naast of in tegenstelling tot de verzekeringsvoorwaarden afwijkende regelingen van toepassing zijn, die voorrang hebben boven de verzekeringsvoorwaarden. Deze regelingen zijn vastgelegd in het collectief 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 12); - premieregeling; - duur van de verzekering (artikel 2.6.).
2.12.	Aansprakelijkheid van derden	<i>Lid 2</i>	Als in het collectief contract is overeengekomen dat de collectief contractant zorg draagt voor betaling van de premie, wordt hij geacht de premie namens de verzekeringnemer te betalen.
<i>Lid 1</i>	Als 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>	Steeds wanneer bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel een derde is betrokken, moet onmiddellijk door of namens de verzekerde aangifte plaatsvinden bij Univé.		

<i>Lid 3</i>	Als dit in het collectief contract is overeengekomen geldt, onverminderd het bepaalde in artikel 2.6. lid 6, dat de verzekering ook eindigt: <ul style="list-style-type: none"> - door beëindiging van het collectief contract; - door beëindiging van het dienstverband van de verzekeringsnemer bij de collectief contractant. 	Geconstateerde fraude zal ook tot gevolg hebben dat Univé: <ul style="list-style-type: none"> - de persoonsgegevens van alle personen die negatief bij de fraude zijn betrokken opneemt in het Incidentenregister Univé. Het Incidentenregister Univé is aangemeld bij het College Bescherming persoonsgegevens en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van Univé-VGZ-IZA-Trias; - het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars zal inlichten; - de verzekering(en) beëindigt en gedurende een periode van 8 jaar kan weigeren nieuwe verzekeringsovereenkomsten te sluiten. Dit geldt ook voor bij Univé lopende hoofdverzekering(en) en alle andere binnen de Univé organisatie lopende (schade)verzekeringen; - registratie doet in de tussen financiële instellingen erkende in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR); - al uitgekeerde vergoedingen terugvordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde; - aangifte kan doen bij de politie, justitie en/of FIOD-ECD; - (onderzoeks)kosten vordert en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde. De hoogte van de in rekening te brengen onderzoekskosten worden telkens vastgesteld op 25% van het vanwege het frauduleus handelen terug te vorderen bedrag, met een minimum van € 100,-.
2.17.	Klachten en geschillen	
<i>Lid 1</i>	Klachten en geschillen over de uitvoering van de verzekering kunnen aan Univé worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven. Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website www.unive.nl . De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.	
<i>Lid 2</i>	Er is sprake van een geschil als er een verschil van inzicht is naar aanleiding van een door Univé genomen, en na heroverweging gehandhaafd, besluit over de uitvoering van een overeenkomst van de verzekering, waardoor de verzekeringsnemer of verzekerde in zijn belang wordt getroffen. In alle overige gevallen is sprake van een klacht.	
<i>Lid 3</i>	Univé bepaalt zijn definitieve standpunt of heroverweegt zijn oorspronkelijke beslissing binnen een termijn van 30 dagen. Als de uitkomst niet naar tevredenheid van de verzekeringsnemer of de verzekerde is of als Univé niet binnen een termijn van 30 dagen reageert, kan de verzekeringsnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl . Het is in ieder geval ook mogelijk dat de verzekeringsnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorlegt aan de daartoe bevoegde rechter.	
<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.	
2.18.	Fraude	2.19.
Omschrijving	Het plegen of trachten te plegen van: <ul style="list-style-type: none"> - valsheid in geschrifte; - bedrog; - verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn; - benadeling van rechthebbenden in/of verduistering. 	Molest
Door	Personen en organisaties die bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken zijn en gericht op: <ul style="list-style-type: none"> - het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat; - het verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendzelen. <p>Als Univé fraude constateert heeft dit tot gevolg dat elk uit deze verzekering voortvloeiende aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vervalt, waaronder ook aanspraken waarin geen fraude is geconstateerd (zogenoemde partiële fraude).</p>	<i>Lid 1</i>
		Op grond van de Wet toezicht verzekeringbedrijf 1993 mogen schadeverzekeraars geen schaden verzekeren veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. Dit overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd.
		<i>Lid 2</i>
		Niet vergoed wordt schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortvloeiend uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.
		<i>Lid 3</i>
		De uitsluiting onder lid 2 geldt niet voor schade veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).
		<i>Lid 4</i>
		Voorzover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt lid 3 geen toepassing.

Vergoedingen Aanvullende verzekering Module A, B en C

Omvang van de dekking

Verzekerden die de Aanvullende verzekering Module A, B of C hebben afgesloten, kunnen aanspraak maken op vergoeding van kosten van zorg zoals omschreven in artikel 3 t/m 12. De vergoeding vindt u terug onderaan het desbetreffende artikel.

Artikel 3 Basiszorg

3.1. Fertiliteitsbehandelingen (IVF)

Omschrijving Aanspraak bestaat op de 4e IVF- of ICSI-behandeling en de daarbij behorende geneesmiddelen voor vrouwen tot en met 44 jaar.

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 moet worden verleend door een medisch-specialist. De bij de IVF- of ICSI-behandeling horende geneesmiddelen moeten worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Waar De behandeling moet plaatsvinden 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 als sprake is van een alom geaccepteerde medische indicatie.
- De 1e, 2e en 3e IVF- of ICSI-behandeling (per te realiseren zwangerschap) worden vergoed vanuit de hoofdverzekering.

Vergoeding

Module A	Geen vergoeding.
Module B	Geen vergoeding.
Module C	Eenmalig de 4e IVF- of ICSI-behandeling tot maximaal € 3.000,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.

3.2. Second opinion

Omschrijving Het raadplegen van een tweede medisch-specialist bij twi- fel aan of ter bevestiging van een voorgenomen behan- deling.

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Module A	volledige vergoeding van het honorarium van de medisch-specialist.
Module B	volledige vergoeding van het honorarium van de medisch-specialist.
Module C	volledige vergoeding van het honorarium van de medisch-specialist.

Artikel 4 Alternatieve geneeswijzen (Budget)

4.1. Behandelingen en consulten

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

Door 1 Een therapeut of arts die lid is van één van de volgen- de verenigingen:
- Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABVC);
- Artsenvereniging voor Biofysische geneeskunde en Bioinformatie therapie (ABB);
- Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke Geneeskunde (ABNG-2000);
- Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);

- Beroeps Associatie voor Therapeut & Consument (BATIC);
- Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie (BPHA);
- Beroepsorganisatie voor Paranormaal Therapeuten (NFPN);
- Beroepsvereniging Tekentaal (BVT);
- Beroepsvereniging voor APS Therapie (BVAT);
- Beroepsvereniging voor Holistisch Energetisch wer- kende Therapeut (BHET);
- Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK);
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB);
- Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
- Internationale Beroepsvereniging van Marcotherapeuten (IBMT);
- Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
- Landelijke Vereniging Psychosociaal Werkenden (LVPW);
- Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);
- Nederlands Gilde voor Health Counselling en Psychotherapie en Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH);
- Nederlands Instituut voor Bio-energetische Analyse (NIBA);
- Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (NVPA);
- Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);
- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
- Nederlandse Artsenvereniging voor Neuraaltherapie volgens Huneke en Regulatietherapie (NVNR);
- Nederlandse Beroepsvereniging Meridiaan Kleurentherapie (NBMK);
- Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalttherapeuten (NBGT);
- Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH);
- Nederlandse Federatie Gezondheidszorg (NFG);
- Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH);
- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Zorgaanbieders (NVAZ);
- Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten (NVBT);
- Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH);
- Nederlandse Vereniging van Speltherapeuten (NVVS);
- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
- Nederlandse Vereniging voor Fytotherapie (NVF);
- Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN);
- Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);
- Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);
- Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPITea);
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT);
- Nederlandse Vereniging voor Soma Therapeuten (NVST);
- Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (NVTG Zhong);
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunde (NWP);
- Stichting International Free University (IFU);
- Vereniging Additieve Genezers (VAG);
- Vereniging Beter Natuurlijk (VBN);
- Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);
- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG);
- Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
- Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT);
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
- Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT);
- Vereniging van Transpersoonlijke Psychosociale Therapeuten (VTP);
- Vereniging Verloskunde & Homeopathie (VV&H);
- Vereniging voor lokai meridiaan Shiatsu-therapeuten® (VIS);
- Vereniging voor Psychosynthese-therapie Nederland (VPN).

2. Een arts, die zich specifiek heeft toegelegd op:
 - acupunctuur;
 - behandeling op antroposofische grondslag;
 - behandeling volgens de Moermannmethode;
 - behandeling volgens de natuurgeneeswijze;
 - homeopathie.

Aanvullende voorwaarden:

1. Per dag komt slechts 1 consult of behandeling voor vergoeding in aanmerking.
2. Het consult moet plaatsvinden in het kader van een medische behandeling.
3. Het consult wordt gegeven op individuele basis.
4. Als de alternatief therapeut ook de huisarts is, worden de kosten niet vergoed.
5. De kosten van kuren en reizen zijn niet bij de vergoeding inbegrepen.

Heeft u klachten aan uw bewegingsapparaat? Kijk dan ook in artikel 10.4 Beweegzorg. Daarin zijn naast de reguliere therapieën, zoals fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck, ook alternatieve therapieën, specifiek gericht op het behandelen van klachten aan het bewegingsapparaat opgenomen. Zo vindt u daar bijvoorbeeld (ortho)manuele therapie maar ook antroposofische bewegingstherapie.

4.2. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Omschrijving Geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt.

Door Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten 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 één van de verenigingen genoemd bij artikel 4.1.1.;
2. een arts zoals bedoeld onder artikel 4.1.2.;
3. een huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige.

Vergoeding

Module A € 300,- voor de kosten van honorarium en geneesmiddelen samen.

Module B € 500,- voor de kosten van honorarium en geneesmiddelen samen.

Module C € 800,- voor de kosten van honorarium en geneesmiddelen samen.

Het budget alternatieve geneeswijzen is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in artikel 4.1. en 4.2. aangegeven zorg. Binnen het budget alternatieve geneeswijzen heeft u vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

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 Aanspraak bestaat op de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven vergoedingen 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 of instelling die voldoet aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden 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 zorgen 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 moet de verzekerde gespecificeerde rekeningen in het Engels, Frans, Duits, Spaans of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen 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 als u woonachtig bent in het buitenland.
6. Wanneer u op grond van een sociale verordening of verdrag ingeschreven staat bij een buitenlandse zorgverzekeraar, komen de eigen bijdragen of het eigen risico die door de buitenlandse zorgverzekeraar in rekening wordt gebracht voor vergoeding in aanmerking conform de hierna genoemde wijze van vergoeden.
7. Een eventuele vergoeding vanuit de verzekering van de buitenlandse zorgverzekeraar wordt op de vergoeding in mindering gebracht.

Vergoeding

Module A, B en C

- 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 in de deze verzekeringsvoorwaarden 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 verzekeringsvoorwaarden 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 die woonachtig zijn buiten een EU/EER of verdragsland zijn bij een klinische opname in een ziekenhuis 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 zorgen 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 op geneeskundige behandeling en verzorging buiten het land van vestiging voorzover deze geneeskundige behandeling en verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf aldaar, tenzij 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, moet de verzekerde gespecificeerde rekeningen, in het Engels, Frans, Spaans, Duits of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen 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 u op grond van een sociale verordening of verdrag ingeschreven staat bij een buitenlandse zorgverzekeraar, komen de eigen bijdragen of het eigen risico die door de buitenlandse zorgverzekeraar in rekening wordt gebracht voor vergoeding in aanmerking conform de hierna genoemde manier van vergoeden.
 9. Een eventuele vergoeding vanuit de verzekering van de buitenlandse zorgverzekeraar wordt op de vergoeding in mindering gebracht.

Vergoeding

Module A, B en C

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

5.3. Preventieve inentingen en malariapillen bij reis naar buitenland

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

Door Preventieve inentingen moeten worden verleend door de GGD, huisarts, Tropencentrum AMC, het Havenziekenhuis Travel Clinic, Airport Medical Services of Vaccinatiepunt. Malariapillen moeten worden geleverd door een apotheker of apothekhoudende huisarts.

Univé heeft met de GGD'en in Nederland speciaal voor u afspraken gemaakt. Zo krijgt u korting op vaccinaties. U krijgt ook korting op artikelen die tijdens een buitenlandse reis van nut kunnen zijn zoals DEET en ORS. Ga naar www.unive.nl/ledenvoordeel voor meer informatie.

Vergoeding

Module A Geen vergoeding.
Module B Maximaal € 50,-.
Module C Maximaal € 100,-.

5.4. 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 Alarmservice hierin bemiddelt en vaststelt dat adequate medische behandeling in het land waar tijdelijk wordt verbleven niet mogelijk is.

Vergoeding

Module A Volledig.
Module B Volledig.
Module C Volledig.

Artikel 6 Cosmetische behandelingen

6.1. Vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk tot 18 jaar

Omschrijving Vergoeding van de kosten voor vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk voor verzekerden tot 18 jaar, waarbij de aanleiding voortvloeit uit psychische noodzaak.

Waar Vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk moeten worden verleend in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of na schriftelijke toestemming van Univé, 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 moet worden ingediend door de behandelend plastisch chirurg.

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

Vergoeding

Module A Geen vergoeding.
Module B Geen vergoeding.
Module C 75% van de kosten.

6.2. Boven ooglidcorrectie

Omschrijving Vergoeding van de kosten voor een medisch noodzakelijke bovenooglidcorrectie bij ernstige vermindering van het gezichtsveld.

Door Een ooglidcorrectie moet worden uitgevoerd door een medisch-specialist.

Waar Een ooglidcorrectie moet worden uitgevoerd in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen instelling.

Toestemmingsvereisten Voor een ooglidcorrectie is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. De aanvraag om toestemming moet worden ingediend door de behandelend plastisch chirurg.

Aanvullende voorwaarden Er wordt geen vergoeding verleend als aanspraak kan worden gemaakt op een vergoeding uit de hoofdverzekering.

Vergoeding

Module A Geen vergoeding.
Module B Geen vergoeding.
Module C Eenmalig 75% tot maximaal € 1.000,- voor de totale duur van de verzekering.

6.3. Buikwandcorrectie

Omschrijving Vergoeding van de kosten voor een medisch noodzakelijke buikwandcorrectie.

Door Een buikwandcorrectie moet worden uitgevoerd door een medisch-specialist.

Waar Een buikwandcorrectie moet worden uitgevoerd in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen instelling.

Toestemmingsvereisten Voor een buikwandcorrectie is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist. De aanvraag om toestemming moet worden ingediend door de behandelend plastisch chirurg.

Aanvullende voorwaarden Er wordt geen vergoeding verleend als aanspraak kan worden gemaakt op een vergoeding uit de hoofdverzekering.

Vergoeding

Module A Geen vergoeding.
Module B Geen vergoeding.
Module C Eenmalig 75% tot maximaal € 3.000,- voor de totale duur van de verzekering.

6.4. Ooglaserbehandeling

Omschrijving Tegemoetkoming in de kosten van ooglaserbehandelingen.

Door Een oogarts

Vergoeding

Module A Geen vergoeding.
Module B Geen vergoeding.
Module C € 500,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering.

Univé heeft met een aantal ooglasercentra speciaal voor u afspraken gemaakt. Zo krijgt u flinke korting, waardoor het bedrag dat u zelf nog moet betalen behoorlijk lager wordt. Ga naar www.unive.nl/ledenvoordeel voor meer informatie.

Artikel 7 Hulpmiddelen

7.1. Brillen en contactlenzen

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

Door Opticien of optiekbedrijf

Aanvullende voorwaarden

1. Het tijdvak van 2 kalenderjaren vangt aan per 1 januari van het kalenderjaar waarin voor het eerst kosten zijn gemaakt.

Vergoeding

Module A	Geen vergoeding.
Module B	Maximaal € 100,- per verzekerde per 2 kalenderjaren.
Module C	Maximaal € 150,- per verzekerde per 2 kalenderjaren.

Univé heeft met een aantal opticienketens speciaal voor u afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij deze voorkeursleveranciers uw bril en/of lenzen aan te schaffen dan levert u dat extra voordeel op. Zo kunt u voor hetzelfde geld een duurdere bril of contactlenzen uitzoeken. Ga naar www.unive.nl/ledenvoordeel voor meer informatie.

7.2. Hoortoestellen

Omschrijving Tegemoetkoming in de kosten van de volgens Regeling zorgverzekering wettelijk verschuldigde eigen bijdrage voor een hoortoestel.

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Module A	Maximaal € 100,- voor linker- en rechterhoortoestel samen.
Module B	Maximaal € 100,- voor linker- en rechterhoortoestel samen.
Module C	Maximaal € 100,- voor linker- en rechterhoortoestel samen.

7.3. Plaswaker

Omschrijving Vergoeding van de huur- of aanschafkosten van een plaswaker 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.

Vergoeding

Module A	Eenmalig € 80,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.
Module B	Eenmalig € 80,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.
Module C	Eenmalig € 80,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.

7.4. Pruiken

Omschrijving Tegemoetkoming in de kosten van de volgens Regeling zorgverzekering wettelijk verschuldigde eigen bijdrage voor pruiken.

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Module A	Geen vergoeding.
Module B	Maximaal € 125,-.
Module C	Maximaal € 125,-.

7.5. Steunzolen

Omschrijving Vergoeding van de kosten voor steunzolen.

Door

Steunzolen moeten worden geleverd door een:
– leverancier (orthopedische instrument-/schoenmakerijen) die door Univé is erkend; of

- register B podoloog die is aangesloten bij Stichting LOOP; of
- podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of staat geregistreerd in het A-register van het Omni Podo Genootschap.

Voorschrijfvereisten

Voor steunzolen is een voorschrift van de huisarts of medisch-specialist vereist.

Vergoeding

Module A	Geen vergoeding.
Module B	Geen vergoeding.
Module C	Maximaal € 50,-

Artikel 8 Mondzorg

8.1. Gebitsprothese volledig

Omschrijving Een tegemoetkoming in de kosten van de volgens Regeling zorgverzekering wettelijk verschuldigde eigen bijdrage voor aanschaf of vervanging van een volledige boven- en/of onder gebitsprothese.

Door

Volledige gebitsprothesen moeten worden aangemeten door een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG of een in Nederland gevestigde tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Aanvullende voorwaarden

1. Vergoeding geldt alleen voor verzekerden met een volledig tandenloze boven/ en-of onderkaak.
2. Er kan alleen aanspraak op deze vergoeding worden gemaakt als recht bestaat op vergoeding vanuit de hoofdverzekering.

Vergoeding

Module A	Maximaal € 400,- per verzekerde per 5 kalenderjaren.
Module B	Maximaal € 400,- per verzekerde per 5 kalenderjaren.
Module C	Maximaal € 400,- per verzekerde per 5 kalenderjaren.

8.2. Gebitsprothese gedeeltelijk

Omschrijving Vergoeding van de kosten voor het vervaardigen of repareren van een gedeeltelijke gebitsprothese door een tandprotheticus.

Door

Gedeeltelijke gebitsprothesen moeten worden verleend door een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Aanvullende voorwaarden

Vergoeding van de kosten voor het vervaardigen of repareren van een gedeeltelijke gebitsprothese door een tandarts staat beschreven in artikel 8.5.

Vergoeding

Module A	<ul style="list-style-type: none">– Vervaardigen partiële prothese: maximaal € 75,-.– Vervaardigen partiële frameprothese: maximaal € 175,-.– Rebasen/reparatie partiële (frame-)prothese: maximaal € 35,-.
Module B	<ul style="list-style-type: none">– Vervaardigen partiële prothese: maximaal € 75,-.– Vervaardigen partiële frameprothese: maximaal € 175,-.– Rebasen/reparatie partiële (frame-)prothese: maximaal € 35,-.
Module C	<ul style="list-style-type: none">– Vervaardigen partiële prothese: maximaal € 75,-.– Vervaardigen partiële frameprothese: maximaal € 175,-.– Rebasen/reparatie partiële (frame-)prothese: maximaal € 35,-.

8.3. Kronen ten gevolge van een ongeval

Omschrijving Vergoeding van de kosten van kroon of brugwerk ten gevolge van een ongeval voor verzekerden tot en met 21 jaar. Onder ongeval wordt in dit verband verstaan: een niet opzettelijk van buiten komend onheil.

Door

Kronen ten gevolge van een ongeval moeten worden geplaatst door een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.

Toestemmingsvereisten

Om voor vergoeding van de kosten voor kronen ten gevolge van een ongeval in aanmerking te komen is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.

Aanvullende voorwaarden

Geen vergoeding wordt verleend als de kosten vanuit de hoofdverzekering vergoed kunnen worden.

Vergoeding

Module A	Volledige vergoeding.
Module B	Volledige vergoeding.
Module C	Volledige vergoeding.

8.4. Orthodontie tot 18 jaar (kaakorthopedische behandelingen)

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

Door Orthodontische behandelingen moeten worden verleend door:

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

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Module A	Maximaal € 600,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.
Module B	Maximaal € 1200,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.
Module C	Maximaal € 2400,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.

8.5. Overige mondzorg

Omschrijving Vergoeding van de kosten voor overige tandheelkundige behandelingen.

Door Overige mondzorg moet worden verleend door een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG of door een mondhygiënist die voldoet aan de eisen in het Besluit: "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

Voorschriftvereisten

De mondzorg verleend door de mondhygiënist moet plaatsvinden op advies van een tandarts of tandarts-specialist.

Aanvullende voorwaarden

1. Vergoeding voor een behandeling door een tandarts in het buitenland vindt uitsluitend plaats als de nota is opgesteld in één van de volgende talen: Nederlands, Duits, Spaans, Engels of Frans.
2. Volledige gebitsprothesen (zie artikel 8.1.) en zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt krachtens de hoofdverzekering vallen niet onder de vergoeding van dit artikel.
3. Techniekkosten horende bij de behandelingen worden alleen vergoed vanuit Module C.
4. Orthodontie wordt vergoed volgens artikel 8.4..

Bijzonderheden De verzekerde heeft de mogelijkheid tegen een aanvullende premie het genoemde maximale bedrag van € 225,- te verhogen tot € 500,- of € 1.000,-.

Verhoging van de dekking is mogelijk onder de volgende voorwaarden:

- gunstige tandheelkundige keuring door Univé;
- verhoging is alleen mogelijk per 1 januari volgend op de datum van aanvraag.

Vergoeding

Module A	75% van de kosten voor zorg verleend door een tandarts en/of mondhygiënist samen bedraagt in totaal maximaal € 225,-/ € 500,-/ € 1.000,- exclusief techniekkosten.
Module B	75% van de kosten voor zorg verleend door een tandarts en/of mondhygiënist samen bedraagt in totaal maximaal € 225,-/ € 500,-/ € 1.000,- exclusief techniekkosten.
Module C	75% van de kosten voor zorg verleend door een tandarts en/of mondhygiënist samen bedraagt in totaal maximaal € 225,-/ € 500,-/ € 1.000,- inclusief techniekkosten.

Artikel 9 Preventie

9.1. EHBO-cursus

Omschrijving Vergoeding van een EHBO-cursus.

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

Vergoeding

Module A	Geen vergoeding.
Module B	Geen vergoeding.
Module C	Eenmalige vergoeding van € 25,-.

9.2. Gezondheidstest

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

Door De gezondheidstest moet worden uitgevoerd door een medisch zorgverlener.

Aanvullende voorwaarden

Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van de nota waaruit blijkt dat het gaat om een gezondheidstest.

Vergoeding

Module A	Geen vergoeding.
Module B	Geen vergoeding.
Module C	Maximaal € 100,-.

9.3. 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 moet worden verleend door een huisarts of medisch-specialist.

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Module A	Geen vergoeding.
Module B	Geen vergoeding.
Module C	Eenmaal per kalenderjaar volledige vergoeding.

9.4. Lidmaatschap patiëntenvereniging

Omschrijving: Lidmaatschap van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie.

Aanvullende voorwaarden

Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.

Vergoeding

Module A	Geen vergoeding.
Module B	Geen vergoeding.
Module C	Eenmalige vergoeding van € 25,-.

9.5.	Reanimatiecursus
Omschrijving	Vergoeding van een reanimatiecursus.
Door	Een reanimatiecursus moet worden gegeven door een door de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR) erkend opleidingsinstituut.
Vergoeding	
Module A	Geen vergoeding.
Module B	Geen vergoeding.
Module C	Eenmalige vergoeding van € 25,-

9.6.	Sport Medisch Adviescentrum
Omschrijving	Vergoeding van de kosten van een consult of keuring.
Door	Het consult of de keuring moet plaatsvinden in een Sport Medisch Centrum aangesloten bij de Federatie van Sport Medische instellingen.
Vergoeding	
Module A	Maximaal 2 consulten of keuringen. Per consult of keuring geldt een maximum bedrag van € 25,-.
Module B	Maximaal 2 consulten of keuringen. Per consult of keuring geldt een maximum bedrag van € 25,-.
Module C	Maximaal 2 consulten of keuringen. Per consult of keuring geldt een maximum bedrag van € 25,-.

Artikel 10 Therapieën

10.1.	Camouflagetherapie
Omschrijving	Vergoeding van de kosten van de te volgen lessen en te gebruiken producten.
Door	Camouflagetherapie moet worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici of een schoonheidsspecialiste die is aangesloten bij de ANBOS.
Vergoeding	
Module A	Maximaal € 500,-.
Module B	Maximaal € 750,-.
Module C	Maximaal € 1.000,-.

10.2.	Dieetadvisering
Omschrijving	Vergoeding van de kosten voor voorlichting, met een medisch doel, over voeding en eetgewoonten zoals diëten die plegen te bieden.
Door	Dieetadvisering moet worden verleend door: <ul style="list-style-type: none"> - een diëtist die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. Dieetadvisering voor gezonde mensen met een ongezond gewicht mag ook worden verleend door: <ul style="list-style-type: none"> - een gewichtsconsulent aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland of een nader door Univé aan te wijzen zorgaanbieder.
Waar	Dieetadvisering moet plaatsvinden in de praktijk van de diëtist of gewichtsconsulent, thuiszorginstelling, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.
Voorschrijvereisten	Voor dieetadvisering door een diëtist is een voorschrift van een huisarts, of de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of tandarts noodzakelijk.
Aanvullende voorwaarden	De kosten van voedingsmiddelen en dieetpreparaten, ook al worden deze door de diëtist of gewichtsconsulent voorgeschreven, worden op grond van dit artikel niet vergoed.
Vergoeding	
Module A	Geen vergoeding.
Module B	Geen vergoeding.
Module C	Maximaal 2 uur.

10.3.	Elektrische epilatie en laserontharing
Omschrijving	Elektrische epilatie en laserontharing in geval van abnormale, ernstig ontsierende haargroei in het gelaat.
Door	Elektrische epilatie en laserontharing moet 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.
Vergoeding	
Module A	Eenmalige vergoeding van de kosten tot maximaal € 500,- waarvan de eerste € 180,- voor rekening van de verzekerde komt.
Module B	Eenmalige vergoeding van de kosten tot maximaal € 750,- waarvan de eerste € 180,- voor rekening van de verzekerde komt.
Module C	Eenmalige vergoeding van de kosten tot maximaal € 1.000,- waarvan de eerste € 180,- voor rekening van de verzekerde komt.

10.4.	Beweegzorg (Budget)
Omschrijving	Beweegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dit kan zorg zijn zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck plegen te bieden. Zorg zoals ergotherapeuten plegen te bieden heeft als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Daarnaast kan gekozen worden voor behandeling door alternatieve therapeuten. Onder beweegzorg valt: <ol style="list-style-type: none"> 1. fysiotherapie 2. oedeemtherapie 3. oefentherapie Cesar/Mensendieck 4. ergotherapie 5. alternatieve bewegingstherapie, zoals chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele therapie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn, antroposofische therapie.

10.4.1.	Fysiotherapie, oedeemtherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, ergotherapie en alternatieve bewegingstherapie
Door	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fysiotherapie: door een fysiotherapeut die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG. Bekkenfysiotherapie, kinderfysiotherapie, psychosomatische en geriatrische fysiotherapie: door een fysiotherapeut die tevens als bekkenfysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut is geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten. 2. Oedeemtherapie: door een fysiotherapeut die tevens als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederland Genootschap voor Fysiotherapeuten. Lymfoedeemtherapie mag tevens worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. 3. Oefentherapie: door een (kinder)oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck of psychosomatisch oefentherapeut die op grond van artikel 18 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel oefentherapeut en tevens staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. 4. Ergotherapie: door een ergotherapeut die op grond van artikel 6 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel ergotherapeut en tevens staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. 5. Alternatieve bewegingstherapie moet worden verleend door een: <ul style="list-style-type: none"> - chiropractor (Mchiro, D.C., Bsc, Msc); - osteopaat (MRO, DO-MRO); - manueel therapeut zijnde een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of degene die als manueel therapeut E.S. is aangesloten bij de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT); - orthomanueel arts die lid is van de Nederlandse Vereniging van artsen voor OrthoManuele Genees-

kunde (NVOMG) of is ingeschreven in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
 - cranosacraaltherapeut die als zodanig is ingeschreven in het register van Craniosacraal Therapie Nederland (RCN) of lid is van de Nederlandse Cranio-Sacraalvereniging (NCSV);
 - haptotherapeut die als zodanig lid is van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH);
 - antroposofisch therapeut;
 - adem- en ontspanningstherapeut die in het bezit is van het certificaat Adem- en Ontspanningstherapie, methode van Dixhoorn en is aangesloten bij de Van Dixhoorn Vereniging voor AOT (VDV).

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

Verwijzingsvereisten
 Voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie is een verwijzing van een huisarts, de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts of medisch-specialist vereist. Als u naar een gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat is geen verwijzing vereist.

Maakt u gebruik van de voorkeursaanbieders van Univé dan is de screening door de fysiotherapeut gratis. In de screening stelt de fysiotherapeut vast of uw klachten behandeld kunnen worden door een fysiotherapeut. Voor meer informatie zie www.unive.nl.

Aanvullende voorwaarden

1. Verzekerden van 18 jaar en ouder 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 zorgvragen@unive.nl.
2. Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de 19e behandeling. De eerste 18 behandelingen zijn opgenomen in de hoofdverzekering.
3. Vergoeding van de kosten van ergotherapie geldt vanaf het 11e behandeluur. Vergoeding van de eerste 10 behandeluren vindt plaats vanuit de hoofdverzekering.
4. Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
 - zwangerschapsgymnastiek en kraamvrouwengymnastiek;
 - sportmassage;
 - arbeids- en bezigheidstherapie;
 - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
 - niet curatieve behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van de conditie zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.
5. Onder behandelingen wordt niet verstaan de toelagen buiten de reguliere werktijden, de niet-curatieve (groeps)zittingen, instructies aan derden, kosten (als gevolg) van niet nagekomen afspraken en het opstellen van rapportages.
6. Behandeling door twee fysiotherapeuten/oefentherapeuten voor dezelfde indicatie is niet toegestaan.
7. Individuele behandelingen en groepsbehandeling voor dezelfde indicatie is niet toegestaan.

Univé werkt samen met voorkeursaanbieders fysiotherapie, die naast het behandelen van gezondheidsklachten ook speciale groepsprogramma's aanbieden voor verzekerden met specifieke aandoeningen zoals diabetes, obesitas, COPD en lage rugklachten. Voor meer informatie zie www.unive.nl.

10.4.2. Therapeutisch zwemmen

Omschrijving Oefentherapie in het water
Door Een reuma- of bechterewvereniging onder leiding van een fysiotherapeut als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
Waar Therapeutisch zwemmen moet plaatsvinden in een zwembad.

Voorschrijfvereisten

Voor therapeutisch zwemmen is een voorschrift van een huisarts, de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts of medisch-specialist vereist.

Vergoeding

Module A	Maximaal € 200,-.
Module B	Maximaal € 400,-.
Module C	Maximaal € 600,-.

Het budget beweegzorg is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in artikel 10.4.1. en 10.4.2. aangegeven zorg. Binnen het budget beweegzorg heeft u vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

Voorbeeld:

U heeft module A afgesloten en u bent onder behandeling bij een fysiotherapeut. De behandelingen fysiotherapie worden vergoed binnen het budget beweegzorg tot een maximum van € 200,-. Een reguliere behandeling fysiotherapie kost ongeveer € 28,-. Heeft u 4 behandelingen fysiotherapie gehad à € 28,- dan worden deze behandelingen volledig vergoed uit het budget. De totale vergoeding bedraagt dan 4 X € 28,- = € 112,-. Heeft u naast fysiotherapie ook behandelingen chiropractie gehad dan worden de kosten hiervan tot ten hoogste € 88,- vergoed omdat dan het totale maximum van het budget is bereikt.

10.5. Herstel en Balans

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

Door Het revalidatieprogramma Herstel en Balans moet worden verleend door één van de integrale kankercentra of door overige instellingen die door de Stichting Herstel & Balans voor het revalidatieprogramma zijn gecertificeerd.

Voorschrijfvereisten

Om voor vergoeding in aanmerking te komen is een voorschrift van de behandelend medisch-specialist vereist.

Toestemmingsvereisten

Voor het revalidatieprogramma Herstel en Balans is voorafgaande schriftelijke toestemming van Univé vereist.

Aanvullende voorwaarden

Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding voor zover geen aanspraak bestaat op vergoeding conform de AWBZ of de hoofdverzekering.

Vergoeding

Module A	- Fysiotherapie wordt vergoed conform artikel 10.4. - Psychologie wordt vergoed conform artikel 10.12.
Module B	- Fysiotherapie wordt vergoed conform artikel 10.4. - Psychologie wordt vergoed conform artikel 10.12.
Module C	- Fysiotherapie wordt vergoed conform artikel 10.4. - Psychologie wordt vergoed conform artikel 10.12.

10.6. Herstellingsoord

Omschrijving Vergoeding van de verblijfskosten in een herstellingsoord.

Waar Verblijf moet plaatsvinden in een somatisch herstellingsoord, voorkomend op de door Univé gehanteerde lijst van herstellingsoorden. De door Univé gehanteerde lijst is raadpleegbaar op www.unive.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service centrum van Univé via telefoonnummer (072)-5277595 of via zorgvragen@unive.nl.

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Module A	€ 25,- per dag met een maximum van € 925,-.
Module B	€ 25,- per dag met een maximum van € 925,-.
Module C	€ 25,- per dag met een maximum van € 925,-.

10.8.	Overgangsconsulent
Omschrijving	Hulp bij problemen in verband met de overgang.
Door	Hulp tijdens de overgang moet worden verleend door een overgangsconsulent die als verpleegkundige is BIG-geregistreerd en zich heeft gespecialiseerd in de problematiek van de overgang.
Vergoeding	
Module A	Geen vergoeding.
Module B	75% tot maximaal € 100,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.
Module C	75% tot maximaal € 200,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.

10.9.	Pedicure voor diabetici of reumapatiënten
Omschrijving	Vergoeding van de kosten van consulten en behandelingen.
Door	Pedicure voor diabetici moet worden verleend door een pedicure die beschikt over de aantekening 'diabetische voet'. Pedicure voor reumapatiënten moet worden verleend door een pedicure die beschikt over de aantekening 'reumatische voet'.
Verwijzingsvereisten	Een verwijzing van de behandelend medisch-specialist of arts is vereist.

10.10.	Podo(posturale)therapie
Omschrijving	Vergoeding van de kosten van therapiezolen, consulten en behandelingen.
Door	Podo(posturale)therapie moet 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.
Verwijzingsvereisten	Voor pedicure voor diabetici en reumapatiënten is een verwijzing van de behandelend medisch-specialist of arts vereist.
Vergoeding	
Module A	Voor pedicure en podo(posturale)therapie samen maximaal € 125,-.
Module B	Voor pedicure en podo(posturale)therapie samen maximaal € 175,-.
Module C	Voor pedicure en podo(posturale)therapie samen maximaal € 225,-.

10.11.	Psoriasisbehandeling
Omschrijving	(Dag)behandeling of behandeling met UV-B bruikleenapparatuur voor de behandeling van zeer ernstige psoriasis.
Door	Psoriasisbehandeling moet worden verleend onder verantwoordelijkheid van een arts werkzaam in een in psoriasis gespecialiseerd centrum.
Waar	Psoriasisbehandeling moet plaatsvinden in een in psoriasis gespecialiseerd centrum in Nederland
Verwijzingsvereisten	Voor een psoriasisbehandeling is een verwijzing van een dermatoloog vereist die voorzien is van een gemotiveerde aanvraag om toestemming.
Aanvullende voorwaarden	De bruikleenapparatuur moet afkomstig te zijn van een door Univé aangewezen leverancier.
Vergoeding	
Module A	Voor (dag)behandeling en behandeling met UV-B bruikleenapparatuur samen wordt maximaal € 450,- per kalenderjaar vergoed. Voor een (dag)behandeling geldt een maximum bedrag van € 28,- per dag.
Module B	Voor (dag)behandeling en behandeling met UV-B bruikleenapparatuur samen wordt maximaal € 550,- per kalenderjaar vergoed. Voor een (dag)behandeling geldt een maximum bedrag van € 28,- per dag.
Module C	Voor (dag)behandeling en behandeling met UV-B bruikleenapparatuur samen wordt maximaal € 700,- per kalenderjaar vergoed. Voor een (dag)behandeling geldt een maximum bedrag van € 28,- per dag.

10.12.	Psychologische zorg
Omschrijving	Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.
Door	Eerstelijnspsychologische zorg moet worden verleend door: <ul style="list-style-type: none"> - een gezondheidspsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlandse Instituut van Psychologen (NIP); - een gezondheidspsycholoog die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Eerstelijnspsychologische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door: <ul style="list-style-type: none"> - een kinderpsycholoog die als zodanig is ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP); - een jeugdpsycholoog die als zodanig is ingeschreven in het Register van jeugdpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP); - een orthopedagoog-generalist die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
Verwijzingsvereisten	Voor eerstelijnspsychologische zorg is een verwijzing van de huisarts, specialist, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of bedrijfsarts vereist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijzing plaatsvindt door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Aanvullende voorwaarden	De kosten van eerstelijnspsychologische zorg worden slechts vergoed als: <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 vrijevestigde psychiater niet is aangewezen; - vergoeding van kosten geldt vanaf de 9e behandeling, vergoeding van de eerste 8 behandelingen vindt plaats vanuit de hoofdverzekering.
Vergoeding	
Module A	Maximaal 4 behandelingen. Per consult geldt een maximum bedrag van € 30,-; Vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage tot een maximum van € 30,-.
Module B	Maximaal 4 behandelingen. Per consult geldt een maximum bedrag van € 50,-; vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage tot een maximum van € 50,-.
Module C	maximaal 4 behandelingen. Per consult geldt een maximum bedrag van € 80,-; vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage tot een maximum van € 80,-.

10.13.	Stottertherapie of -coaching
Omschrijving	Vergoeding van de kosten van stottertherapie of coaching.
Door	Een door de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST) erkend stottertherapeut.
Verwijzingsvereisten	Voor stottertherapie of -coaching is een verwijzing van een huisarts, of de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts of medisch-specialist vereist.
Aanvullende voorwaarden	Bijkomende kosten, zoals reis- of verblijfskosten, worden niet vergoed.
Vergoeding	
Module A	Maximaal € 500,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.
Module B	Maximaal € 750,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.
Module C	Maximaal € 1.000,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.

10.14. Therapeutische kampen voor jongeren

Omschrijving Verblijf in een therapeutisch kamp voor jongeren met één van de volgende aandoeningen: astma, diabetes mellitus, longaandoening mucoviscidosis.

Vergoeding

Module A	€ 7,- per dag gedurende maximaal 6 weken.
Module B	€ 7,- per dag gedurende maximaal 6 weken.
Module C	€ 7,- per dag gedurende maximaal 6 weken.

Artikel 11 Thuiszorgverstrekingen

11.1. 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.

Door Hospicezorg moet plaatsvinden in een hospice met een AWBZ-erkenning of 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. Als verlenging van de termijn van 3 maanden noodzakelijk is dan moet hierover contact opgenomen te worden met Univé.

Vergoeding

Module A	Tegemoetkoming in eigen bijdragen tot maximaal € 25,- per dag per verzekerde.
Module B	Tegemoetkoming in eigen bijdragen tot maximaal € 25,- per dag per verzekerde.
Module C	Tegemoetkoming in eigen bijdragen tot maximaal € 25,- per dag per verzekerde.

11.2. Mantelzorgmakelaar

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

Door Een mantelzorgmakelaar moet aangesloten te zijn bij het Bureau TAPS in Zorg en Welzijn. Een lijst van gecertificeerde mantelzorgmakelaars is raadpleegbaar op www.taps.nl of www.mantelzorgmakelaar.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij het Service Centrum van Univé via telefoonnummer 072-5277595 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 als;
 - 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 mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt worden gedeclareerd.

Vergoeding

Module A	Maximaal € 500,-.
Module B	Maximaal € 500,-.
Module C	Maximaal € 500,-.

11.3. Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen

Omschrijving Als een kind wegens ernstige (levensbedreigende) ziekte voor een behandeling wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 km is verwijderd van de woonplaats en de aanwezigheid van de ouders is voor de behandeling noodzakelijk, dan wordt vanaf de 10e dag van de opname een tegemoetkoming in de kosten gegeven.

Voorschrijfvereisten

Voor vergoeding van de reiskosten in verband met een bezoek aan ernstige zieke kinderen is een voorschrift van de behandelend arts noodzakelijk.

Aanvullende voorwaarden

1. Vergoeding wordt niet gelijktijdig gegeven met een vergoeding voor overnachting ingevolge artikel 11.4.
2. Vergoeding geldt uitsluitend voor ouders van kinderen tot 18 jaar.

Vergoeding

Module A	€ 25,- per dag tot maximaal € 150,- per opname.
Module B	€ 25,- per dag tot maximaal € 200,- per opname.
Module C	€ 25,- per dag tot maximaal € 250,- per opname.

11.4. Verblijfskosten Ronald McDonaldhuis of familiehuis

Omschrijving Vergoeding van de kosten voor overnachting van de ouders van een meeverzekerd kind dat voor behandeling wordt opgenomen in het ziekenhuis.

Waar Overnachting moet plaatsvinden in een Ronald McDonaldhuis of een daaraan gelijkgestelde instelling (familiehuis).

Voorschrijfvereisten

Voor overnachting in een Ronald McDonaldhuis of gelijkgestelde instelling (familiehuis) is een voorschrift van de behandelend medisch-specialist vereist.

Bijzonderheden Vergoeding kan niet plaatsvinden als gelijktijdig uitkering ingevolge artikel 11.3. wordt gedaan.

Vergoeding

Module A	Geen vergoeding.
Module B	Geen vergoeding.
Module C	Ronald McDonaldhuis: volledige vergoeding. Familiehuis: maximaal € 25,- per dag.

Artikel 12 Verloskundige zorg en kraamzorg

12.1. Kraampakket

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

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Module A	Geen recht op kraampakket.
Module B	Gratis Univé kraampakket.
Module C	Gratis Univé kraampakket.

12.2. Kraamzorg (eigen bijdrage)

Omschrijving Vergoeding van de kosten voor de volgens Regeling zorgverzekering wettelijk verschuldigde eigen bijdrage voor kraamzorg.

Door Kraamzorg moet 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 als de kraamzorg is aangevraagd via Univé Kraamzorg (0800-8998099, gratis).

Vergoeding

Module A	Geen vergoeding.
Module B	Geen vergoeding.
Module C	Volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage.

12.3. Uitgestelde kraamzorg

Omschrijving Als 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. Verzekerden die een kind jonger dan 1 jaar adopteren kunnen ook aanspraak maken op vergoeding voor uitgestelde kraamzorg.

Door Uitgestelde kraamzorg moet worden verleend door een kraamcentrum, dat is een door de bevoegde overheidsin-

stantie als zodanig toegelaten, alsmede een door Univé als zodanig erkende, instelling.

Voorschrijfvereisten

Voor uitgestelde kraamzorg is een verwijzing van de behandelend arts vereist.

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Module A	Maximaal 12 uur.
Module B	Maximaal 12 uur.
Module C	Maximaal 12 uur.

12.4. Poliklinische bevalling zonder medische indicatie

Omschrijving Vergoeding van kosten voor de volgens Regeling zorgverzekering 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

Module A	Geen vergoeding.
Module B	Geen vergoeding.
Module C	Vergoeding van de eigen bijdrage kraamzorg in het ziekenhuis (€ 30,- voor moeder en kind samen) en vergoeding van het bedrag dat het tarief van het ziekenhuis de € 108,- per dag te boven gaat.

12.5. Prenataal onderzoek

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

Door Prenataal onderzoek moet worden verleend door een bevoegd verloskundige of gynaecoloog.

Aanvullende voorwaarden

Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding als er geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding uit de hoofdverzekering.

Structureel echoscopisch onderzoek in het 2e trimester van de zwangerschap wordt vergoed vanuit de hoofdverzekering.

Vergoeding

Module A	Geen vergoeding.
Module B	Geen vergoeding.
Module C	Volledig.

12.6. Sterilisatie en hersteloperatie

Omschrijving

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

Door Sterilisatie en hersteloperatie moet worden verricht door de medisch-specialist of huisarts.

Voorschrijfvereisten

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

Vergoeding

Module A	Geen vergoeding
Module B	Sterilisatie: eenmalig voor de totale duur van de verzekering. Hersteloperatie: geen vergoeding
Module C	Sterilisatie: volledige vergoeding. Hersteloperatie: volledige vergoeding.

Artikel 13 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, als Univé voor een medische beoordeling heeft verzocht een gezondheidsverklaring in te vullen. Bovenstaande is ook 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

Als verzekerde - als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade, of kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, is de verzekering op basis van de Aanvullende verzekering Module A, B en C 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 de eigen bijdrage door de AWBZ en van bevolkingsonderzoek.

Lid 4

Voor zorg die een verstrekking vormt van de AWBZ.

Lid 5

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

Lid 6

Voor verpleging op grond van sociale redenen.

Lid 7

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

Lid 8

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

Lid 9

Voor declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken.

Univé Verzekeringen
Rogier van de Weijdestraat 1
1817 MJ Alkmaar
www.unive.nl
zorgvragen@unive.nl
Telefoonnummer 072 527 75 95



2124.11/08

Daar plukt ú de vruchten van!