

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

(ingaaude 1 januari 2000)

Inhoudsopgave	blz	OVERZICHT INHOUD ARTIKELEN	ZNS	Module 1	Module 2	Module 3
<b>Artikel 1</b> Begripsomschrijving	2					
<b>Artikel 2</b> Omvang dekking Ziektekostenverzekering Particulier ZNS	3	Acne-behandeling Alternatieve geneeswijzen Antroposofische geneeskunde Audiologische zorg	3.15	6.6.	7.6.	8.19. 8.6. 8.20.
<b>Artikel 3</b> Basisvoorzieningen Ziektekostenverz. Particulier ZNS (zie nevenstaand "overzicht inhoud artikelen")	3	Bevalling en kraamzorg Brimonturen voor kinderen Buitenlanddekking	3.11. 4.1.		7.10. 7.19.2.	8.10. 7.19.2.
<b>Artikel 4</b> Bijzondere aanspraken Ziektekostenverz. Particulier ZNS (zie nevenstaand "overzicht inhoud artikelen")	6	Camouflagetherapie Chronisch intermitterende beademing	3.4.		7.13.	8.13.
<b>Artikel 5</b> AWBZ-aanspraken	6	Cursussen kruiswerk-/ thuiszorgorganisatie				8.21.
<b>Artikel 6</b> Aanvullende verzekering Module 1 (zie nevenstaand "overzicht inhoud artikelen")	6	Elektrische epilatie Erfelijkheidsonderzoek Ergotherapie	3.14.		7.12. 7.11.	8.12. 8.11.
<b>Artikel 7</b> Aanvullende verzekering Module 2 (zie nevenstaand "overzicht inhoud artikelen")	8	Farmaceutische zorg Flebologische behandeling Fysiotherapie en oefentherapie	3.6. 4.6. 3.8.	6.13.	6.13.	8.22.
<b>Artikel 8</b> Aanvullende verzekering Module 3 (zie nevenstaand "overzicht inhoud artikelen")	9	Gezichtshulpmiddelen			7.19.1.	7.19.1.
<b>Artikel 9</b> Uitsluitingen	9	Herstellingsoord Homeopathische en antropo- sofische geneesmiddelen	4.4.			8.18.
<b>Artikel 10</b> Algemene voorwaarden	10	Hoortoestellen Huisarts Hulpmiddelen	3.10. 3.7.		7.15.	7.15.
10.1. Grondslag van de verzekering		In Vitro Fertilisatie (IVF)	4.7.			
10.2. Kinderen		Klasse-verzekering Kraampakket	4.2.		7.10.3.	7.10.3.
10.3. Vrije keus van arts e.d.		Leukemie bij kinderen Logopedie	4.3. 3.9.			
10.4. Opname in een hogere dan de verzekerde klasse		Mamma-prothesen Mondhygiënist	3.12.5	6.10.1	7.16.	7.16.
10.5. Begin en einde van de dekking		Nierdialyse	3.2.			
10.6. Telefonische en mondelinge informatie		Oedeemtherapie Opname en medisch-specialistische zorg	3.1	6.3.	7.3.	8.3.
10.7. Wijziging van risico		Orthodontie	3.12.3	6.9.	7.9.	8.9.
10.8. Duur en einde van de verzekering		Plastische chirurgie Plaswekkers Podo(posturale) therapie Preventieve geneeskunde				8.16 7.18. 7.18. 6.12. 6.12. 6.12.
10.9. Leeftijdsgrenzen		Pruiken Psoriasisbehandeling		6.12. 6.15.	6.12. 6.15.	6.12. 6.15.
10.10. Privacy-reglement		Psychiatrie Psychologische zorg (eerstelijns)	5.4.	6.2.	7.2.	8.2.
<b>Artikel 11</b> Bijzondere voorwaarden Aanvullende Verzekering Module 1, 2 en 3	11	Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen Revalidatie Ronald McDonaldhuis (verblijfkosten)		6.5.	7.5.	8.5.
<b>Artikel 12</b> Schade en eigen risico	11	Second Opinion Sport Medisch Adviescentrum Sterilisatie en abortus Steunzolen Stottertherapie		6.14. 6.11.	6.14. 6.11.	6.14. 6.11.
12.1. Bijzondere verplichtingen van de verzekerde		Tandheelkundige zorg Therapeutische kampen voor jongeren Thuiszorg Transplantaties	3.12. 4.8. 3.3.	6.10. 6.8.	6.10. 7.14. 7.8.	6.10. 8.14. 8.8.
12.2. Vergoeding van nota's		Ziekenvervoer	3.13.			8.15.
12.3. Bepaling eigen risico						
12.4. Verrekening van het eigen risico						
<b>Artikel 13</b> Premie en schorsing	12					
13.1. Premiebetaling						
13.2. Premiereregeling						
13.3. Schorsing						
13.4. Teruggave van premie						
13.5. Herziening van premie of voorwaarden						
<b>Artikel 14</b> Collectieve contracten	12					
<b>Artikel 15</b> Geschillen en klachten	12					

## Artikel 1 Begripsomschrijving

### De Verzekeraar

Onderlinge Verzekerings Maatschappij Univé Zorg u.a.

(verder in alfabetische volgorde)

### Acupuncturist

Een in Nederland gevestigde acupuncturist die is geregistreerd bij de N.G.V.A., de N.A.A.V., het HWA TO Centre, de N.V.A. of de N.A.A.S. (met een C-diploma).

### Antroposofische geneeskunde

Geneeskunde die wordt uitgeoefend door artsen en therapeuten die zijn gecertificeerd of als zodanig erkend door de desbetreffende beroepsvereniging.

### Antroposofische geneesmiddelen

Geneesmiddelen zoals die voorkomen op de door de verzekeraar gehanteerde lijst Antroposofische Geneesmiddelen, gebaseerd op de KNMP-taxe.

### Audiologische zorg

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psycho-sociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

### AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

### Bijkomende kosten

De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de medisch-specialistische behandeling (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, geneesmiddelen, bestralingen, verbandmiddelen en gebruik operatiekamer of polikliniek) en door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

### Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een in Nederland gelegen instelling die door de overheid is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

### Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

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

### Chiropractor

Een in Nederland gevestigde chiropractor, die is aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (N.C.A.), de Nederlandse Vereniging voor Chiropractie (NVC) of bij de International Chiropractors Association (ICA).

### Collectief contract

Overeenkomst gesloten tussen een collectief contractant en de verzekeraar met betrekking tot de voorwaarden waaronder bepaalde personen een collectieve verzekering bij de verzekeraar kunnen afsluiten. Dit contract ligt bij de collectief contractant ter inzage.

### Collectief contractant

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

### CTG

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

### Dagverpleging

Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis, waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch-specialist.

### Eerstelijns Psycholoog

Een in Nederland gevestigde psycholoog die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen voor eerstelijns psychologen zoals gedefinieerd door de sectie Eerstelijns Psychologen van het NIP (Nederlands Instituut voor Psychologie).

### Eigen bijdrage

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

### Eigen risico

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

### Ergotherapeut

Een in Nederland gevestigde ergotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

### Farmaceutische zorg

De bij ministeriële Regeling aangewezen onderdelen van farmaceutische zorg, zoals verwoord in de Uniforme Regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.

### Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

### Gezin

De volgende op het verzekeringsbewijs vermelde personen:

- twee gehuwden dan wel twee personen die buiten echt duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van de verzekeraar;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, uitkering uit hoofde van de Wet op de studiefinanciering of op buitengewone lastenaftrek wegens voorziening in levensonderhoud in gevolge artikel 3c, Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990.

### Herstellingsoord

Een somatisch herstellingsoord, voorkomend op de door de verzekeraar gehanteerde lijst van herstellingsoorde, dat niet onder de AWBZ-verstrekkingen wordt vergoed.

### Homeopathische Geneesmiddelen

Geneesmiddelen zoals die voorkomen op de door de verzekeraar gehanteerde lijst Homeopathische Geneesmiddelen, gebaseerd op de KNMP-taxe.

### Hoofdverzekering

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

### Huidtherapeut

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

### Huisarts

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

### Hulpmiddelen

De middelen die in de Uniforme Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

### Kaakchirurg

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

### Kinderfysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het register van bevoegde kinderfysiotherapeuten van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg.

### Klassiek Homeopaat

Een in Nederland gevestigde klassiek homeopaat die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH).

### Kosten

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

### Kraamverzorgende

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

### Kraamzorg

1. **Kraamzorg thuis**  
De zorg na de geboorte, verleend door een kraamverzorgende of verpleegkundige, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt;
2. **Kraamcentrum**  
Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door de verzekeraar als zodanig erkende instelling;

### Kruis-/thuiszorgorganisatie

Een door de AWBZ erkende kruisorganisatie of thuiszorginstelling die zorg verleent zoals omschreven in artikel 15 van het Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektenkostenverzekering (BZA) en nader omschreven in de Regeling Nadere Regels Zorgaanspraken AWBZ.

### Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is toegelaten.

### Logopedist

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

### Manueel therapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de

Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het register van de Nederlandse Vereniging van Manuele Therapie (NVMT), danwel de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).

#### *Medisch adviseur*

De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

#### *Medische noodzaak*

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

#### *Medisch-specialist*

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Een kaakchirurg wordt gelijkgesteld aan een medisch-specialist.

#### *Medisch-specialistische zorg*

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

#### *Mondhygiënist*

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

#### *Niet-klinische medisch-specialistische zorg*

- Het onderzoek en/of de behandeling door een medisch-specialist dat/die niet plaatsvindt tijdens een ziekenhuisverpleging van meer dan 24 uur;
- De diensten die in rechtstreeks verband met dit onderzoek of deze behandeling op voorschrift van de medisch-specialist worden verleend door een ziekenhuis of door een erkend laboratorium.

#### *Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck*

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

#### *Opname*

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, waarbij onafgebroken behandeling door een medisch-specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

#### *Orthodontist*

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

#### *Osteopaat*

Een in Nederland gevestigde osteopaat (D.O.) die is ingeschreven in het Nederlands register van Osteopaten.

#### *Podoposturale) therapeut*

Beoefenaar van de podoposturale) therapie voorzover deze lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of de Omni Podo Federatie.

#### *Privé-kliniek*

Een niet erkende instelling waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en waarin niet-klinische medisch-specialistische zorg wordt verleend.

#### *Revalidatie*

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, dat is verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor revalidatie.

#### *Sport Medisch Adviescentrum*

Een Sport Medisch Adviescentrum aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Adviescentra in Nederland.

#### *Tandarts*

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

#### *Tandheelkundig adviseur*

De tandarts die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

#### *Tandprotheticus*

Een in Nederland gevestigd tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

#### *Techniekkosten*

De kosten verband houdende met tandtechnische werkzaamheden in opdracht van de tandarts of tandarts-specialist bedragen ten hoogste de door de Nederlandse Maatschappij Tandheelkunde en Vereniging van Laboratoriumhoudende Tandtechnici resp. het Nederlands Tandtechnisch Genootschap vastgestelde tarieven. Onder techniekkosten wordt ook verstaan: materiaal/laboratoriumkosten behorende bij alle tandheelkundige behandelingen genoemd in deze verzekeringsvoorwaarden.

#### *Verloskundige*

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

#### *Verpleegkundige*

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

#### *Verzekerde*

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

#### *Verzekeringsbewijs*

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

#### *Verzekeringsnemer*

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

#### *VWS*

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

#### *Ziekenhuis*

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten.

#### *Zorgverzekeraars Nederland*

De overkoepelende organisatie van Zorgverzekeraars en particuliere Ziekttekostenverzekeraars in Nederland.

## **Artikel 2 Omvang dekking Ziekttekostenverzekering Particulier ZNS**

### **2.1. Omvang dekking Ziekttekostenverzekering Particulier ZNS**

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

### **2.2.**

Indien een eigen risico van toepassing is, komen, nadat de totale kosten welke volgens het eerste lid voor vergoeding in aanmerking komen, in de loop van het kalenderjaar tot boven het eigen risico zijn gestegen, slechts de meerdere kosten voor vergoeding in aanmerking.

### **2.3.**

Indien en voorzover de verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande is gehouden, wordt de verzekerde geacht aan de verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het door de verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

## **Artikel 3 Dekking Basisvoorzieningen Ziekttekostenverzekering Particulier ZNS**

### **3.1. Opname en medisch-specialistische zorg**

#### **3.1.1. Opname van langer dan 24 uur in de verzekerde klasse van een ziekenhuis**

De kosten van verpleging, medisch-specialistische of kaakchirurgische zorg en de bijkomende kosten. Indien een meeverzekerd kind, vanwege de verpleging van de moeder, in het ziekenhuis moet verblijven, worden de verpleegkosten van het kind vergoed zolang het kind de leeftijd van 3 maanden nog niet heeft bereikt.

#### **3.1.2. Dagverpleging in een ziekenhuis**

- de kosten van het medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis verband houdend met medisch-specialistische behandeling en onderzoek (M10-tarief);
- de bijkomende kosten;
- het honorarium van de medisch-specialist.

#### **3.1.3. Niet-klinische medisch-specialistische zorg**

- het honorarium van een medisch-specialist voor een niet-klinische behandeling of onderzoek (poliklinisch of bij de medisch-specialist thuis);
- de bijkomende kosten.

#### **3.1.4. Privé-klinieken**

Vergoeding voor (bijkomende) kosten van behandeling in een privé-kliniek waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten tot ten hoogste het door of namens de verzekeraar met de privé-kliniek overeengekomen tarief. Vergoeding vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming voor de behandeling is gevraagd bij de verzekeraar en de verzekeraar deze toestemming expliciet kenbaar heeft gemaakt. Univé Zorg informeert u graag over de klinieken waarmee overeenkomsten zijn gesloten en over de bij deze klinieken behorende mogelijkheden.

#### **3.1.5. Opname voor bepaalde duur in het Nederlands Astma Centrum te Davos, Zwitserland**

De kosten van onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum te Davos, indien en voor zover de noodzaak tot opname is vastgesteld na evaluatie van de klachten en na opti-

- male behandeling in een ziekenhuis in Nederland. De verzekeraar dient op een desbetreffend verzoek tevoren een machtiging te hebben afgegeven.
- 3.2. Nierdialyse**  
De kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij de verzekerde thuis.  
Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten, overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, indien en voorzover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.
- 3.3. Orgaantransplantaties**  
De kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart-long, nier-pancreas en lever (orthotoop) alsmede de kosten van weefsel-typeringen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de verzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.  
Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.
- 3.4. Chronisch intermitterende beademing**  
De kosten verband houdend met mechanische beademing op voorschrift van een medisch-specialist in een daartoe toegelaten beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.
- 3.5. Revalidatie**
- 3.5.1. Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:
- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangegeven ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en,
  - de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen redelijkerwijs mogelijk is.
- 3.5.2. Revalidatie kan plaatsvinden:
- in een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
  - in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).
- 3.5.3. Vergoeding van de kosten, bedoeld onder lid 3.5.1. en 3.5.2. vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijd en vooraf schriftelijk toestemming is gevraagd voor opname en/of behandeling bij de verzekeraar en wanneer de verzekeraar als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.
- 3.6. Farmaceutische zorg**
- 3.6.1. De kosten van farmaceutische zorg overeenkomstig de Uniforme Regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De middelen zijn afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker/apotheekhoudend huisarts, tenzij de verzekeraar anders bepaalt.  
Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing.  
De Uniforme Regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en is op aanvraag verkrijgbaar.
- 3.6.2. De kosten van dieetpreparaten worden vergoed - overeenkomstig de Uniforme Regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - na toestemming vooraf door de verzekeraar. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige: slikstoornis, passagestoornis, resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.
- 3.6.3. De kosten van verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangegeven.  
N.B.: Voor de kosten van farmaceutische zorg geldt geen eigen risico.
- 3.7. Hulpmiddelen**
- 3.7.1. De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgescreven door de behandelend arts, worden vergoed overeenkomstig de Uniforme Regeling Hulpmiddelen, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. In deze regeling zijn voor bepaalde hulpmiddelen maximale vergoedingen vastgelegd. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn: een en ander ter beoordeling van de verzekeraar.
- 3.7.2. Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf dan wel bruikleen bestaat uitsluitend indien en voorzover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek te voren toestemming heeft gegeven. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- 3.7.3. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Uniforme Regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- 3.8. Fysiotherapie en oefentherapie**  
De kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut of manueel therapeut of 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie geïndiceerd is, worden vergoed. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar. Indien en voorzover geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of medisch-specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar, dan wel nogmaals 9 behandelingen kinderfysiotherapie. Hiervoor is vooraf toestemming van de verzekeraar noodzakelijk. Indien de verzekerde een indicatie heeft voor (kinder-)fysiotherapie (met uitzondering van manuele therapie) dan wel oefentherapie Mensendieck / Cesar in verband met een chronische aandoening — overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck / Cesar, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld — dan bestaat recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per indicatie. Hiervoor is vooraf toestemming vereist van de verzekeraar. Deze regeling maakt onderdeel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.  
N.B. Manuele therapie toegepast door een in Nederland geregistreerde arts is gedekt overeenkomstig alternatieve geneeswijzen (respectievelijk artikel 6.6., 7.6. en 8.6.). Onder fysiotherapie wordt o.a. niet verstaan: haptonomie, zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie. Tevens komen individuele behandelingen dan wel groepsbehandelingen die er slechts toe strekken om de conditie door middel van training te bevorderen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 3.9. Logopedie**  
De kosten van behandeling op voorschrift van de huisarts of de medisch-specialist door een logopedist. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en evenmin behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.
- 3.10. Behandeling door de huisarts**
- Het honorarium van de huisarts, alsmede
  - de kosten van laboratoriumonderzoek, röntgenonderzoek of functie-onderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.
- N.B.: Voor het honorarium van de huisarts (niet zijnde verloskundige zorg) geldt geen eigen risico.
- 3.11. Bevalling en kraamzorg**
- 3.11.1. *Bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een kraaminrichting, kraamhotel, poliklinisch of thuis*
- volledige vergoeding van het honorarium voor verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
  - vergoeding van de kosten van gebruik polikliniek tot maximaal f 285,-;
  - vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, tot maximaal 48 uur binnen een periode van 8 dagen direct aansluitend op de bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van de moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum. Deze kraamzorg moet ten minste vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum worden aangevraagd. Voor informatie over deze kraamzorg en de voorwaarden kunt u contact opnemen met Univé Kraamzorg, telefoon 0900-8998099 (f 0,22 per minuut);  
In plaats van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, kan de kraamvrouw die staat ingeschreven op deze verzekering

kiezen voor een vaste vergoeding van f 2.000,- per bevalling. Voorwaarde hierbij is dat de verzekerde zelf heeft voorzien in professionele kraamzorg door een verpleegkundige dan wel kraamverzorgende. Na afloop van de kraamperiode dient een kopie van het diploma van de door verzekerde gecontracteerde verpleegkundige of kraamverzorgende te worden overgelegd om voor vergoeding in aanmerking te komen.

### 3.11.2. *Bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak*

- a. volledige vergoeding van het honorarium voor verloskundige zorg;
- b. volledige vergoeding van de kosten van gebruik polikliniek of de verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse. Op de vergoeding van verpleegkosten blijft over een periode van maximaal 8 dagen, gerekend vanaf de dag van bevalling, een bedrag van f 65,- per door het ziekenhuis in rekening gebrachte verpleegdag voor rekening van de verzekerde;
- c. vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, tot maximaal 48 uur binnen een periode van 8 dagen direct aansluitend op de bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum. Voor elke wegens ziekenhuisopname in rekening gebrachte verpleegdag (met uitzondering van de dag van ontslag uit het ziekenhuis) wordt het maximum van 48 uur kraamzorg verminderd met 6 uur. Deze kraamzorg moet ten minste vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum worden aangevraagd. Voor informatie over deze kraamzorg en de voorwaarden kunt u contact opnemen met Univé Kraamzorg, telefoon 0900-8998099 (f 0,22 per minuut);  
In plaats van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, kan de kraamvrouw die staat ingeschreven op deze verzekering kiezen voor een vaste vergoeding van f 2.000,- per bevalling. Voorwaarde hierbij is dat de verzekerde zelf heeft voorzien in professionele kraamzorg door een verpleegkundige dan wel kraamverzorgende. Na afloop van de kraamperiode dient een kopie van het diploma van de door verzekerde gecontracteerde verpleegkundige of kraamverzorgende te worden overgelegd om voor vergoeding in aanmerking te komen. Voor elke wegens ziekenhuisopname in rekening gebrachte verpleegdag (met uitzondering van de dag van ontslag uit het ziekenhuis) wordt op de vergoeding f 250,- in mindering gebracht.

## 3.12. Tandheelkundige zorg

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

Vergoed worden de kosten tot maximaal f 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Niet vergoed worden de techniekkosten behorende bij de behandelingen alsmede orthodontie.

### 3.12.2. *Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen*

De kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen:

- a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
- b. een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- d. een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnatofalatoschisis);
- e. een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oromaxillo-faciaal defect).

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
  - de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft gegeven.
- Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

### 3.12.3. *Kaakorthopedische behandeling*

Kaakorthopedische behandeling (orthodontie) door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts in de volgende gevallen:

- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatofalatoschisis);
- een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd behoort te worden en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is.

### 3.12.4. *Tandheelkundige implantaten*

De kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak worden vergoed, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak en
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de implantaten door de kaakchirurg worden ingebracht;
- de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. De vergoeding beperkt zich tot het honorarium van de kaakchirurg en van de anesthesist en de bijkomende ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de suprastructuur op implantaten en de (overkappings)prothese.

### 3.12.5. *Tandheelkundige zorg door een tandarts of mondhygiënist aan verzekerden vanaf 18 jaar*

#### 3.12.5.1 *Preventieve tandheelkundige zorg door een tandarts*

Volledige vergoeding op basis van het voor tandartsen geldende CTG-tarief voor de volgende preventieve behandelingen:

- periodieke controle C10
- eerste bezoek nieuwe patiënt C30
- consult inclusief kleine verrichting C20/C21
- het verwijderen van tandsteen M50, M55, M59
- controle en instructie mondhygiëne M30, M40

#### 3.12.5.2 *Preventieve mondhygiënistische behandeling door een mondhygiënist*

70% vergoeding op basis van het voor tandartsen geldende CTG-tarief voor de volgende preventieve behandelingen:

- het verwijderen van tandsteen M50, M55, M59
- controle en instructie mondhygiëne M30, M40

#### 3.12.5.3 *Bovengenoemde behandelingen worden maximaal twee keer per kalenderjaar vergoed.*

### 3.12.6. *Tandheelkundige zorg aan verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap*

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is de vergoeding zoals vermeld onder 3.12.1 respectievelijk 3.12.5 niet van toepassing. Na vooraf verleende goedkeuring door de verzekeraar vindt vergoeding van kosten plaats, onder de door de verzekeraar gestelde voorwaarden.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor de verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Het aanvraagformulier voor de toestemming wordt op verzoek door de verzekeraar verstrekt.

## 3.13. Medisch noodzakelijk ziekenvervoer

### 3.13.1. *De kosten van medisch noodzakelijk vervoer binnen Nederland per ambulance, taxi of (huur)auto, in welk laatste geval de kosten worden berekend op basis van f 0,40 per kilometer, naar en van de/het dichtstbijzijnde:*

- ziekenhuis, revalidatie-inrichting, audiologisch centrum of AWBZ-inrichting (zoals vermeld in artikel 5) waarin de verzekerde een onderzoek of behandeling zal ondergaan en dit vervoer geen betrekking heeft op tijdelijk verlof tijdens opname;
- kraaminrichting of kraamhotel voor verpleging, behandeling of onderzoek;
- orthopedisch instrumentmaker voor het aanmeten en passen van een prothese.

Een en ander voorzover de kosten van deze medische noodzakelijk zorg worden vergoed door de verzekeraar of AWBZ en de vergoeding van de vervoerskosten niet uitdrukkelijk in de voorwaarden is uitgesloten. Vervoerskosten in verband met bovengenoemde medische noodzakelijke zorg door verder dan de dichtstbijzijnde gevestigde hulpverleners of instellingen worden niet vergoed, tenzij om medische redenen behandeling elders noodzakelijk is.

### 3.13.2. *Er is sprake van medisch noodzakelijk vervoer, indien uit een verklaring van de behandelend arts blijkt dat openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is, één en ander ter beoordeling van de medisch adviseur.*

### 3.13.3. *De declaratie van taxikosten of gebruik van eigen (huur)auto dient altijd vergezeld te gaan van de onder 3.13.2. genoemde verklaring van de behandelend arts en een kopie van de afspraakkaart.*

### 3.13.4. *Per kalenderjaar geldt voor de kosten van medisch noodzakelijk vervoer per taxi en/of (huur)auto een eigen bijdrage van f 100,- per kalenderjaar per polis of f 50,- per kalenderjaar voor een alleenstaande verzekerde.*

**3.14. Erfelijkheidsonderzoek**  
De kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door huisarts of medisch-specialist, worden vergoed. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diag-nostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psycho-sociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde kan tevens onderzoek plaatsvinden bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan eveneens adviesing plaatsvinden.  
De kosten van laatstgenoemde onderzoeken komen voor rekening (van de verzekeraars) van de onderzochte andere personen.

**3.15. Audiologische zorg**  
De kosten van zorg door een - daartoe door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten - audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts worden vergoed.

#### **Artikel 4 Bijzondere aanspraken**

##### **4.1. Geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden**

**4.1.1.** Kosten van medisch spoedeisende opname in een ter plaatse erkend algemeen ziekenhuis, alsmede medisch spoedeisende niet-klinische zorg, als omschreven in artikel 3, die gemaakt zijn tijdens verblijf in het buitenland zijn waar ook ter wereld gedekt. Verzekerden zijn bij een klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de ANWB-alarminstantie, telefoon (070) 314 14 14.

**4.1.2.** In geval van opname in een ziekenhuis is de dekking tevens beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval. Onder ziektegeval wordt verstaan: iedere ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.

**4.1.3.** De kosten van medisch noodzakelijk vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis worden volledig vergoed. De kosten van medisch noodzakelijk vervoer van de verblijfplaats naar Nederland (repatriëring) zijn per verzekerde gedekt tot ten hoogste f 10.000,- inclusief de kosten van noodzakelijke medische begeleiding, uitsluitend na voorafgaande toestemming door de verzekeraar. De vervoerskosten van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland zijn gedekt tot ten hoogste f 10.000,-.

**4.1.4.** Niet gedekt zijn de kosten verband houdend met een opname en/of medische behandeling die uitsluitend of mede het doel vormde van een verblijf in het buitenland.

**4.1.5.** De vergoeding van de gedekte kosten geschiedt met inachtneming van de omrekeningskoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door de hulpverlener zijn uitgeschreven. Om voor uitkering in aanmerking te komen moet de verzekerde behoorlijk gespecificeerde rekeningen, alsmede de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen, overleggen.  
Nota's van zorgverleners in het buitenland dient u eerst zelf te voldoen indien het totaalbedrag lager is dan f 500,-. Bij hogere bedragen kunnen wij voor rechtstreekse betaling zorgdragen.

##### **4.2. Aanvullende klasse-verzekering**

**4.2.1.** Voor personen die een aanvullende klasse-dekking hebben meeverzekerd, is gedekt het verschil in kosten van verpleegdagarieven tussen de derde klasse en de verzekerde klasse.

**4.2.2.** Indien de verzekerde bij een ziekenhuisopname in de derde klasse wordt verpleegd, terwijl hij voor een hogere klasse is verzekerd, ontstaat na aanvraag door de verzekerde een recht op vergoeding van f 60,- per ligdag, tot een maximum van 15 ligdagen per opname.  
NB: Klasseverpleging is niet in elk Nederlands ziekenhuis mogelijk en soms is bij opname geen klassefaciliteit beschikbaar. Het toewijzen van klassefaciliteiten is uitsluitend voorbehouden aan de ziekenhuizen zelf. Univé kan geen garantie geven dat u bij ziekenhuisopname daadwerkelijk klasseverpleging kunt genieten.

##### **4.3. Leukemie bij kinderen**

De kosten van de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

##### **4.4. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen**

De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen welke worden voorgeschreven door een arts of een klassiek homeopaat worden volledig vergoed onder voorwaarde dat:

- deze geneesmiddelen worden geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts;
- de arts die homeopathische geneesmiddelen voorschrijft lid is van de Vereniging Homeopathisch Artsen Nederland (VHAN) en/of specifieke (contractuele) afspraken hierover met de verzekeraar heeft;

- de klassiek homeopaat die homeopathische geneesmiddelen voorschrijft lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten;
- de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen vermeld staan op een door de verzekeraar gehanteerde lijst. Deze lijst is bij de apothekers en apotheekhoudend huisartsen bekend.

N.B.: Voor de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen geldt geen eigen risico.

##### **4.5. Sterilisatie en abortus**

Vergoed worden de kosten van sterilisatie en abortus in een ziekenhuis.

##### **4.6. Flebologische behandeling**

80% van de kosten van behandeling door een arts-fleboloog tot maximaal f 60,- per bezoek. In deze vergoeding zijn de kosten van de door de arts-fleboloog gegeven injecties begrepen. Genees- en verbandmiddelen via de apotheek betrokken, worden vergoed conform de Uniforme Regeling Farmaceutische Zorg zoals vermeld in artikel 3.6. Reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

##### **4.7. In Vitro Fertilisatie (IVF)**

Na voorafgaande toestemming door de verzekeraar vergoeding van In Vitro Fertilisatie tot maximaal 3 behandelingen voor de totale duur van de verzekering van de vrouw, indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- er sprake is van een onder beroepsgenoten als gebruikelijk geaccepteerde medische indicatie;
- de behandeling plaatsvindt in één van de daarvoor aangewezen ziekenhuizen;
- de verzekerde vrouw niet ouder is dan 40 jaar;
- IVF niet plaatsvindt na een sterilisatie.

##### **4.8. Aanvullende thuiszorg**

Met ingang van 1 januari 1998 worden de kosten van aanvullende thuiszorg vergoed op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. U dient voor thuiszorg contact op te nemen met de regionale thuiszorginstelling.

##### **4.9. Stottertherapie Doetinchemse methode**

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar worden de kosten van stottertherapie volgens de Doetinchemse methode in een daartoe door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instituut vergoed.

N.B.: De met deze therapie gepaard gaande verblijfskosten komen voor vergoeding in aanmerking indien u een Aanvullende Verzekering Module 1, 2 of 3 met de verzekeraar heeft afgesloten.

#### **Artikel 5 AWBZ-aanspraken**

**5.1.** Op grond van de AWBZ heeft verzekerde aanspraak op de verstrekingen zoals op dat moment rechtsgeldig vastgesteld in het Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering.

**5.2.** Aanspraak op de AWBZ-verstrekingen bestaat uitsluitend indien en voorzover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden en bepalingen kunnen worden gesteld.

**5.3.** Bij reglement AWBZ zijn nadere regels gesteld met betrekking tot het geldig kunnen maken van deze aanspraken. Het reglement ligt bij de verzekeraar ter inzage, of wordt op verzoek toegestuurd.

##### **5.4. Psychiatrische hulpverlening**

De zorg omvat, op verwijzing van de behandelend arts, de zorg van een psychiater, poliklinische psychiatrische zorg, psychiatrische deeltijdbehandeling, opname op een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis of opname in een psychiatrisch ziekenhuis. De kosten van deze zorg worden vergoed conform de regelgeving AWBZ, met inachtneming van de van toepassing zijnde eigen bijdragen.

#### **Artikel 6 Aanvullende Verzekering Module 1**

##### **6.1. Omvang van de dekking**

Aan verzekerden die naast de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS tevens de Aanvullende Verzekering Module 1 hebben afgesloten, vergoedt de verzekeraar indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat naast de vergoedingen zoals omschreven in artikel 3 en 4 de kosten van de in artikel 6 genoemde medische behandelingen en middelen op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de verzekeraar de kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige (CTG-)tarief.

##### **6.2. Psoriasisbehandeling**

Vergoeding tot maximaal f 1.000,- per kalenderjaar van de behandeling van een ernstige vorm van psoriasis. De behandeling kan bestaan uit (dag-)behandeling in een gespecialiseerd centrum in Nederland, de maximale vergoeding bedraagt f 60,- per (dag-)



behandeling, of uit behandeling met UV-B bruikleenapparatuur via een door de verzekeraar aangewezen leverancier.

Vergoeding wordt slechts gegeven na een gemotiveerde aanvraag van een dermatoloog en na schriftelijke toestemming van de verzekeraar.

### 6.3. Oedeemtherapie

De kosten van oedeemtherapie, verleend door een daartoe bevoegde huidtherapeut(e), worden vergoed tot een maximum van f 30,- per behandeling voor ten hoogste 10 behandelingen per kalenderjaar per verzekerde. De vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de therapie plaatsvindt op verwijzing van de behandelend medisch-specialist en na voorafgaande toestemming door de verzekeraar.

### 6.4. Stottertherapie

#### 6.4.1. Stottertherapie Doetinchemse Methode

Volledige vergoeding van verblijfskosten in een instituut waar volgens de Doetinchemse Methode stottertherapie wordt gegeven, indien en zolang de therapie op basis van artikel 4.9. wordt vergoed.

#### 6.4.2. Overige instituten voor stottertherapie

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar worden de kosten van stottertherapie in een door de verzekeraar erkend instituut voor 80% vergoed tot maximaal f 2.000,- voor de totale duur van de verzekering. Bijkomende kosten, zoals reis- of verblijfskosten, worden niet vergoed.

### 6.5. Reiskosten bezoek aan ernstig zieke kinderen

Indien een meeverzekerd kind wegens ernstige (levensbedreigende) ziekte voor 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 (e.e.a. op basis van een verklaring van de behandelend arts), dan wordt vanaf de 10e dag van opname een tegemoetkoming in de kosten gegeven van f 25,- per etmaal met een maximum van f 300,- per opname. Vergoeding kan niet plaatsvinden indien gelijktijdig uitkering ingevolge artikel 6.16. wordt gedaan.

### 6.6. Alternatieve geneeswijzen

Hieronder verstaan we de geneesmethode voorzover toegepast door in Nederland geregistreerde: artsen voor natuurgeneeskunde, homeopathie, (ortho-)manuele geneeskunde, Moerman- en enzymtherapie en acupuncturisten, osteopaten, chiropractoren en klassiek homeopaten.

Van de kosten van alternatieve geneeswijzen bestaat recht op vergoeding van maximaal f 37,50 per consult (ongeacht de tijdsduur). Per dag komt slechts 1 consult voor vergoeding in aanmerking. In totaal worden maximaal 20 consulten alternatieve geneeswijze per kalenderjaar per verzekerde vergoed. Binnen het maximum van 20 consulten worden maximaal 8 consulten voor behandelingen door een (ortho)manueel geneeskundige, osteopaat en/of chiropractor per verzekerde per kalenderjaar vergoed.

Vergoeding wordt slechts gegeven voor consulten die op individuele basis door de arts/osteopaat/chiropractor/acupuncturist zelf zijn verleend. Dit betekent dat bijvoorbeeld behandelingen met een groeps karakter en behandelingen uitgevoerd door anderen (al dan niet onder verantwoording van de arts/osteopaat/chiropractor/acupuncturist) niet voor vergoeding in aanmerking komen.

### 6.7. Eerstelijns psychologische zorg

De kosten van eerstelijns psychologische zorg worden slechts vergoed indien:

- de behandeling plaatsvindt op verwijzing door de huisarts;
- het kortstondige hulpverlening betreft door een eerstelijns psycholoog;
- verwijzing naar en behandeling door het RIAGG of het maatschappelijk werk op korte termijn niet mogelijk is;
- behandeling op een psychiatrische polikliniek of door een vrijgevestigde psychiater niet is aangewezen;

Per kalenderjaar wordt vergoeding gegeven voor maximaal 8 consulten per verzekerde tot ten hoogste een bedrag van f 50,- per consult.

### 6.8. Aanvullende Thuiszorg

Met ingang van 1 januari 1998 worden de kosten van aanvullende thuiszorg vergoed op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. U dient voor thuiszorg contact op te nemen met de regionale thuiszorginstelling.

### 6.9. Kaakorthopedische behandelingen (orthodontie) voor kinderen tot 18 jaar

100% van de kosten van kaakorthopedische behandeling door een orthodontist overeenkomstig het gedeponeerde specialistentarief of door een tandarts overeenkomstig de goedgekeurde tarieven met een maximum van f 1.500,- (tijdens de totale duur van de verzekering) voor kinderen tot 18 jaar.

## 6.10. Tandheelkundige zorg

### 6.10.1. Tandheelkundige zorg door een tandarts of mondhygiënist aan verzekerden vanaf 18 jaar

De maximale vergoeding voor zorg verleend door een tandarts en / of mondhygiënist tezamen bedraagt in totaal maximaal f 500,- per verzekerde per kalenderjaar, tenzij met de verzekeraar is overeengekomen dat de maximale vergoeding per verzekerde per kalenderjaar f 1.000,- of f 2.000,- zal bedragen. De techniekkosten behorende bij onderstaande behandelingen worden niet vergoed. Volledige gebitsprothesen (zie artikel 6.10.5.) en zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt krachtens artikel 3 en 4 van de hoofdverzekering, vallen niet onder de vergoeding van dit artikel.

#### a. behandeling door een tandarts:

vergoeding van 75% van het voor tandartsen geldende CTG-tarief met inachtneming van het in artikel 6.10.1. genoemde maximale vergoedingsbedrag.

#### b. behandeling door een mondhygiënist:

voor mondhygiënistische behandelingen door een mondhygiënist, mits deze behandeling plaatsvindt op advies van een tandarts of tandarts-specialist, vergoeding van maximaal 50% op basis van het voor tandartsen geldende CTG-tarief met inachtneming van het in artikel 6.10.1. genoemde maximale vergoedingsbedrag.

### 6.10.2. Verhoging maximale jaarlijkse vergoeding

De verzekerde heeft de mogelijkheid tegen een aanvullende premie het in artikel 6.10.1. genoemde bedrag van f 500,- te verhogen tot f 1.000,- of f 2.000,- onder de volgende voorwaarden:

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

### 6.10.3. Bijkomende kosten

Eventueel gemaakte reiskosten en andere bijkomende kosten in verband met de in artikel 6.10. genoemde behandelingen worden niet vergoed.

### 6.10.4. Kosten voor kronen ten gevolge van een ongeval (voor kinderen jonger dan 18 jaar)

Indien een verzekerde jonger dan 18 jaar ten gevolge van een ongeval een kroon of brug moet laten plaatsen, worden de kosten van deze behandeling volledig vergoed conform de goedgekeurde CTG-tarieven (voorzover geen enkele aanspraak op vergoeding krachtens artikel 3 en 4 bestaat) mits vooraf toestemming voor deze behandeling is gegeven door de verzekeraar. Onder ongeval wordt in dit verband verstaan: een niet opzettelijk van buiten komend onheil.

### 6.10.5. Gebitsprothese (uitsluitend voor verzekerden met een tandeloze boven- en/of onderkaak)

De kosten voor een volledige prothese (inclusief techniekkosten) worden tot maximaal f 800,- vergoed (en voor een volledige boven- of onderprothese (inclusief techniekkosten) f 400,-), uitsluitend indien de prothese is aangemeten en geplaatst door een tandarts. De kosten voor een volledige prothese (inclusief techniekkosten) worden tot maximaal f 600,- vergoed (en voor een volledige boven- of onderprothese (inclusief techniekkosten) f 300,-), indien de prothese is aangemeten en geplaatst door een tandprotheticus.

In beide bovenstaande situaties heeft de verzekerde slechts één maal per 5 jaar recht op deze vergoeding, voorzover geen enkele aanspraak op vergoeding krachtens de hoofdverzekering bestaat.

### 6.11. Sport Medisch Adviescentrum

Vergoeding van de kosten van een consult of een keuring bij een Sport Medisch Adviescentrum tot maximaal f 50,- per consult of keuring. Per kalenderjaar komen maximaal 2 consulten of keuringen voor vergoeding in aanmerking.

### 6.12. Podo(posturale) therapie

Voor diabetespatiënten wordt, op verwijzing van de behandelend medisch-specialist, 80% van de kosten vergoed van een consult, een onderzoek, een herhalingsonderzoek en therapiezolen, tot een maximum van f 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Bij andere verzekerden wordt, op verwijzing van een arts, 80% van de kosten vergoed van een consult, een onderzoek en een herhalingsonderzoek tot een maximum van f 125,- per verzekerde per kalenderjaar.

### 6.13. Aanvullende Fysiotherapie/Oefentherapie

Vergoeding van ten hoogste 7 medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck of oefentherapie Cesar per kalenderjaar. De vergoeding wordt verleend op basis van de volgende voorwaarden:

- aan artikel 3.8. dient geen aanspraak op voortzetting van de behandeling te kunnen worden ontleend;
- de behandeling dient op voorschrift van de huisarts of behandelend medisch-specialist, op grond van dezelfde indicatie, direct aan te sluiten op een behandeling ingevolge de hoofdverzekering en dient door dezelfde therapeut te worden gegeven.

- 6.14. Second Opinion**  
Volledige vergoeding van het honorarium van een tweede medisch-specialist die wordt geraadpleegd bij twijfel aan of ter bevestiging van een voorgenomen behandeling.
- 6.15. Preventieve geneeskunde**  
Gedekt zijn de kosten van onderzoek of behandeling door huisarts of medisch-specialist voor:
- onderzoek van hart- en bloedvaten (maximaal 1 keer per 2 jaar);
  - baarmoederhals-(uitstrijkje) en borstkankeronderzoek, cholesterolltest, prostaatkankeronderzoek, electrocardiogram (ECG).
- Tevens zijn gedekt de kosten van vaccinaties indien men uit medisch oogpunt behoort tot een risicogroep voor de volgende ziekten: griep, rode hond, hepatitis-B, Pneumococcon-infectie, Haemofilus Influenza-B.

- 6.16. Verblijfkosten Ronald McDonaldhuis**  
Volledige vergoeding van de door het Ronald McDonaldhuis in rekening gebrachte kosten van overnachting voor de ouders van een meeverzekerd kind dat voor behandeling wordt opgenomen in een ziekenhuis.  
Indien de ouders overnachten in een door de verzekeraar aan een Ronald McDonaldhuis gelijkgestelde instelling, wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven van maximaal f 25,- per etmaal.  
Vergoeding kan niet plaatsvinden indien gelijktijdig uitkering ingevolge artikel 6.5. wordt gedaan.

## Artikel 7 Aanvullende Verzekering Module 2

- 7.1. Omvang van de dekking**  
Aan verzekerden die naast de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS tevens de Aanvullende Verzekering Module 2 hebben afgesloten, vergoedt de verzekeraar, naast de vergoedingen zoals omschreven in artikel 3, 4, en 6, op basis van dezelfde voorwaarden als omschreven in artikel 6.1. tevens de vergoedingen zoals omschreven in artikel 7.
- 7.2. Psoriasisbehandeling**  
In plaats van de maximale vergoeding zoals vermeld in artikel 6.2. wordt per kalenderjaar maximaal f 1.200,- vergoed.
- 7.3. Oedeemtherapie**  
In plaats van de uitkering zoals vermeld in artikel 6.3. vergoeding tot een maximum van f 60,- per behandeling voor ten hoogste 20 behandelingen per kalenderjaar per verzekerde.
- 7.4. Stottertherapie**  
In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.4.2. wordt een vergoeding verleend van 90% tot maximaal f 2.000,-.
- 7.5. Reiskosten bezoek aan ernstig zieke kinderen**  
In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.5. wordt een bedrag van f 25,- per etmaal vergoed tot een maximum van f 400,- per opname.
- 7.6. Alternatieve geneeswijzen**  
In plaats van het in artikel 6.6. genoemde maximale vergoedingsbedrag van f 37,50 geldt een maximaal vergoedingsbedrag van f 75,- per consult. De overige bepalingen van artikel 6.6. blijven onverminderd van toepassing.
- 7.7. Eerstelijns psychologische zorg**  
In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.7. wordt per kalenderjaar vergoeding gegeven voor maximaal 8 consulten per verzekerde tot ten hoogste een bedrag van f 65,- per consult.
- 7.8. Aanvullende Thuiszorg**  
Met ingang van 1 januari 1998 worden de kosten van aanvullende thuiszorg vergoed op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. U dient voor thuiszorg contact op te nemen met de regionale thuiszorginstelling.
- 7.9. Kaakorthopedische behandelingen (Orthodontie) voor kinderen tot 18 jaar**  
In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.9. vergoeding voor 100% van de kosten van kaakorthopedische behandeling door een orthodontist overeenkomstig het gedeponeerde specialistentarief of door een tandarts overeenkomstig de goedgekeurde tarieven met een maximum van f 2.500,- (tijdens de totale duur van de verzekering) voor kinderen tot 18 jaar.
- 7.10. Bevalling en kraamzorg**  
Indien in artikel 3.11. een lager bedrag c.q. een kleiner aantal uren kraamzorg wordt vergoed dan hieronder is vermeld, wordt de vergoeding aangevuld tot:
- 7.10.1. Bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een kraaminrichting, kraamhotel, poliklinisch of thuis**
- a. de kosten van gebruik polikliniek tot maximaal f 500,-;
  - b. vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, tot maximaal 56 uur binnen een periode van 8 dagen direct aansluitend op de bevalling. Het daadwerkelijke aantal

uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum. Indien de verzekerde heeft gekozen voor een uitkering ineens bedraagt de vergoeding maximaal f 2.300,-.

- 7.10.2. Bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak**  
Vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, tot maximaal 56 uur binnen een periode van 8 dagen direct aansluitend op de bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum. Voor elke wegens ziekenhuisopname in rekening gebrachte verpleegdag (met uitzondering van de dag van ontslag uit het ziekenhuis) wordt het maximum van 56 uur kraamzorg verminderd met 7 uur.  
Indien de verzekerde heeft gekozen voor een uitkering ineens bedraagt de vergoeding maximaal f 2.300,- per bevalling. Voor elke wegens ziekenhuisopname in rekening gebrachte dag (met uitzondering van de dag van ontslag uit het ziekenhuis) wordt op de vergoeding f 287,50 in mindering gebracht.
- 7.10.3. Kraampakket**  
Aanstaande moeders die op deze verzekering staan ingeschreven hebben vanaf de 4e maand van de zwangerschap recht op de verstrekking van een door Univé Kraamzorg (tel. 0900-8998099, f 0,22 per minuut) verzorgd kraampakket. Kraampakketten aangeschaft via andere instanties of via de detailhandel worden niet vergoed.
- 7.11. Ergotherapie**  
Vergoeding van de kosten van behandeling door een ergotherapeut op voorschrift van een arts, voor ten hoogste 50% van het tarief voor oefen therapie Cesar/Mensendieck. Per kalenderjaar worden maximaal 10 behandelingen vergoed.
- 7.12. Elektrische epilatie**  
Eenmalige vergoeding voor de kosten van elektrische epilatie bij vrouwelijke verzekerden in geval van abnormale, ernstig ontsierende haargroei in het gelaat, mits vooraf door de verzekeraar toestemming is verleend op basis van een gemotiveerde aanvraag van een huisarts of medisch-specialist en de behandeling uitgevoerd wordt door een daartoe bevoegde huidtherapeut(e). De eerste f 400,- komt voor eigen rekening van de verzekerde, waarna een maximale vergoeding van f 1.200,- zal plaatsvinden.
- 7.13. Camouflagetherapie**  
50% van de kosten van te volgen lessen en de te gebruiken producten, mits vooraf door de verzekeraar toestemming is verleend op basis van een gemotiveerde aanvraag van een huisarts, huidarts of plastisch chirurg.
- 7.14. Therapeutische kampen voor jongeren**  
Vergoeding van f 15,- per dag gedurende maximaal zes weken per kalenderjaar voor verblijf in een therapeutisch kamp voor jongeren met één van de volgende aandoeningen: astma; diabetes mellitus; longaandoening mucoviscidosis, mits vooraf door de verzekeraar toestemming is verleend op basis van een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts.
- 7.15. Hoortoestellen**  
Aanvullend op de vergoeding, conform de Uniforme Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland (art. 3.7.), vergoeding van 75% tot maximaal f 250,- van het verschil tussen de aanschafprijs van het hoortoestel en de verleende vergoeding uit de hoofdverzekering.
- 7.16. Mama-prothesen**  
Aanvullend op de vergoeding, conform de Uniforme Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland (art. 3.7.), volledige vergoeding van het verschil tussen de aanschafprijs van de mama-prothese en de verleende vergoeding uit de hoofdverzekering.
- 7.17. Pruik**  
Aanvullend op de vergoeding, conform de Uniforme Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland (art. 3.7.), vergoeding van 75% tot maximaal f 300,- van het verschil tussen de aanschafprijs van de pruik en de verleende vergoeding uit de hoofdverzekering.
- 7.18. Plaswекkers**  
Vergoeding van de huurkosten van een plaswекker en de aanschafkosten van bandage, voor een periode van ten hoogste twee maanden, mits vooraf door de verzekeraar toestemming is verleend op basis van een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts. Indien noodzakelijk kan opnieuw een aanvraag worden ingediend.
- 7.19. Gezichtshulpmiddelen**
- 7.19.1. Brillenglazen en contactlenzen**  
Een maximale tegemoetkoming van in totaal f 150,- per verzekerde per kalenderjaar in de aanschafkosten van brillenglazen en/of contactlenzen met een correctiewaarde van minimaal 8 (dioptrieën) per glas.



#### 7.19.2. *Brilmonturen voor kinderen*

Een tegemoetkoming in de aanschafkosten van brilmonturen ten behoeve van kinderen tot 18 jaar wordt verleend tot ten hoogste f 75,- per kalenderjaar.

### Artikel 8 Aanvullende Verzekering Module 3

#### 8.1. **Omvang van de dekking**

Aan verzekerden die naast de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS tevens de Aanvullende Verzekering Module 3 hebben afgesloten, vergoedt de verzekeraar, naast de vergoedingen zoals omschreven in artikel 3, 4, 6 en 7, op basis van dezelfde voorwaarden als omschreven in artikel 6.1. tevens de vergoedingen zoals omschreven in artikel 8.

#### 8.2. **Psoriasisbehandeling**

In plaats van de maximale vergoeding zoals vermeld in artikel 6.2. resp. 7.2. wordt per kalenderjaar maximaal f 1.500,- vergoed.

#### 8.3. **Oedeemtherapie**

In plaats van de uitkering zoals vermeld in artikel 6.3. resp. 7.3. vergoeding tot een maximum van f 60,- per behandeling.

#### 8.4. **Stottertherapie**

In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.4.2. resp. 7.4. wordt volledige vergoeding verleend tot maximaal f 2.000,-

#### 8.5. **Reiskosten bezoek aan ernstig zieke kinderen**

In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.5. resp. 7.5. wordt een bedrag van f 25,- per etmaal vergoed tot een maximum van f 500,- per opname.

#### 8.6. **Alternatieve geneeswijzen**

In plaats van het in artikel 6.6. genoemde maximale vergoedingsbedrag van f 37,50 geldt een maximaal vergoedingsbedrag van f 75,- per consult. Het in artikel 6.6. genoemde maximaal aantal consulten van 20 is niet van toepassing. Het in artikel 6.6. genoemde maximaal aantal consulten van 8 blijft, evenals de overige bepalingen van artikel 6.6., onverminderd van toepassing.

#### 8.7. **Eerstelijns psychologische zorg**

In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.7. resp. 7.7. wordt per kalenderjaar vergoeding gegeven voor maximaal 12 consulten per verzekerde tot ten hoogste een bedrag van f 65,- per consult.

#### 8.8. **Aanvullende Thuiszorg**

Met ingang van 1 januari 1998 worden de kosten van aanvullende thuiszorg vergoed op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. U dient voor thuiszorg contact op te nemen met de regionale thuiszorginstelling.

#### 8.9. **Kaakorthopedische behandelingen (Orthodontie) voor kinderen tot 18 jaar**

In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.9. resp. 7.9. vergoeding voor 100% van de kosten van kaakorthopedische behandeling door een orthodontist overeenkomstig het gedeponeerde specialistentarief of door een tandarts overeenkomstig de goedgekeurde tarieven met een maximum van f 5.000,- (tijdens de totale duur van de verzekering) voor kinderen tot 18 jaar.

#### 8.10. **Bevalling en kraamzorg**

Indien in artikel 3.11. (resp. 7.10) een lager bedrag c.q. een kleiner aantal uren kraamzorg wordt vergoed dan hieronder is vermeld, wordt de vergoeding aangevuld tot:

##### 8.10.1. *Bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een kraaminrichting, kraamhotel, poliklinisch of thuis*

- volledige vergoeding van de kosten van gebruik polikliniek;
- vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, tot maximaal 64 uur binnen een periode van 8 dagen direct aansluitend op de bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum. Indien de verzekerde heeft gekozen voor een uitkering ineens bedraagt de vergoeding maximaal f 2.600,-.

##### 8.10.2. *Bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak*

- volledige vergoeding van de eigen bijdrage ad f 65,- per door het ziekenhuis in rekening gebrachte verpleegdag;
- Vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, tot maximaal 64 uur binnen een periode van 8 dagen direct aansluitend op de bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum. Voor elke wegens ziekenhuisopname in rekening gebrachte verpleegdag (met uitzondering van de dag van ontslag uit het ziekenhuis) wordt het maximum van 64 uur kraamzorg verminderd met 8 uur.  
Indien de verzekerde heeft gekozen voor een uitkering ineens bedraagt de vergoeding maximaal f 2.600,- per bevalling. Voor elke wegens ziekenhuisopname in rekening gebrachte dag (met

uitzondering van de dag van ontslag uit het ziekenhuis) wordt op de vergoeding f 325,- in mindering gebracht.

#### 8.11. **Ergotherapie**

In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 7.11. vergoeding van de kosten van behandeling door een ergotherapeut op voorschrift van een arts, voor ten hoogste het tarief voor oefentherapie Cesar/Mensendieck. Per kalenderjaar worden maximaal 10 behandelingen vergoed.

#### 8.12. **Elektrische epilatie**

In plaats van de uitkering zoals omschreven in artikel 7.12. eenmalige vergoeding voor de kosten van elektrische epilatie bij vrouwelijke verzekerden in geval van abnormale, ernstig ontsierende haargroei in het gelaat, mits vooraf door de verzekeraar toestemming is verleend. De eerste f 400,- komt voor eigen rekening van de verzekerde, waarna een maximale vergoeding van f 2400,- zal plaatsvinden.

#### 8.13. **Camouflagetherapie**

In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 7.13. vergoeding van 75% van de kosten van de te volgen lessen en de te gebruiken producten, mits vooraf door de verzekeraar toestemming is verleend op basis van een gemotiveerde aanvraag van een huisarts, huidarts of plastisch chirurg.

#### 8.14. **Therapeutische kampen voor jongeren**

In plaats van de vergoeding zoals omschreven in artikel 7.14. vergoeding van f 30,- per dag gedurende maximaal zes weken per kalenderjaar.

#### 8.15. **Eigen bijdrage medisch noodzakelijk ziekenvervoer**

Vergoeding van de in artikel 3.13.4. vermelde eigen bijdrage voor medisch noodzakelijk ziekenvervoer (f 100,- voor gezin en f 50,- per alleenstaande).

#### 8.16. **Vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk**

Voor verzekerden tot 18 jaar bestaat, na voorafgaande toestemming door de verzekeraar, recht op vergoeding van 75% van de kosten van vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit psychische noodzaak.

#### 8.17. **Steunzolen**

Voor een verzekerd kind tot 18 jaar bestaat recht op een tegemoetkoming in de kosten van steunzolen tot maximaal f 100,- per kalenderjaar.  
Dit recht bestaat alleen indien op voorschrift van een huisarts of medisch-specialist (voorzien van een medische indicatie) steunzolen worden aangeschaft bij door de verzekeraar erkende leveranciers (orthopedische instrument-/schoenmakerijen).

#### 8.18. **Herstellingsoord**

Vergoeding van f 50,- per dag met een maximum van f 2.000,- per kalenderjaar voor de verblijfkosten in een somatisch herstellingsoord, mits vooraf door de verzekeraar toestemming is verleend op basis van een gemotiveerde aanvraag van de huisarts.

#### 8.19. **Acne-behandeling**

Na voorafgaande machtiging door de verzekeraar bij een ernstige vorm van acne (e.e.a. ter beoordeling van de medisch adviseur), een eenmalige vergoeding tot ten hoogste f 400,- voor behandeling door een huidtherapeut.

#### 8.20. **Antroposofische geneeskunde**

- 80% vergoeding van de kosten van visites, consulten en behandeling door een antroposofisch arts, die niet de huisarts van de verzekerde is en
- 100% vergoeding van de kosten van onder antroposofen erkende therapieën, op schriftelijke verwijzing van een antroposofisch arts, die als zodanig bekend is bij de specifieke beroepsge-meenschap.  
Per kalenderjaar wordt maximaal f 1.000,- per verzekerde vergoed.

#### 8.21. **Cursussen kruiswerk-/thuiszorgorganisaties**

Vergoeding van de cursusprijs tot maximaal f 100,- per kalenderjaar per verzekerde voor deelname aan (preventieve) cursussen gegeven door AWBZ-erkende kruiswerk-/thuiszorgorganisaties, eventueel in samenwerking met RIAGG of GGD. De vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van een bewijs van deelname (certificaat) alsmede een kopie van de nota van de cursus, of een kopie van giro- of bankafschrift waarop het cursusbedrag vermeld staat.

#### 8.22. **Aanvullende fysiotherapie/oefentherapie**

In plaats van het in artikel 6.13. genoemde maximum aantal behandelingen geldt een maximum van 9 behandelingen. De overige bepalingen van artikel 6.13. blijven onverminderd van toepassing.

### Artikel 9 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

- voor een behandeling die verband houdt met een ziekte of afwijking die reeds vóór of bij het tot stand komen van de verzekering bestond

terwijl de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan op dat tijdstip kennis droeg of klachten ondervond, indien door de verzekeraar ten behoeve van een medische beoordeling verzocht is een gezondheidsverklaring in te vullen. Het hiervoor bepaalde is eveneens van toepassing bij een wijziging van de verzekering. Het bovenstaande is niet van toepassing indien de verzekeraar van die ziekte, afwijking of klachten schriftelijk op de hoogte is gebracht en de verzekeraar bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen;

- 9.2.** indien en voorzover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:
- een wettelijk geregelde verzekering;
  - een regeling van overheidswegen;
  - enigerlei subsidieregeling;
  - een andere overeenkomst;
- 9.3.** voor de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en van bevolkingsonderzoek;
- 9.4.** voor onderzoek en behandeling door een diëtist of psycholoog (uitgezonderd de vergoeding zoals omschreven in artikel 6.7., 7.7., 8.7.);
- 9.5.** voor vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- 9.6.** voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeed;
- 9.7. Atoomkernreacties**
- 9.7.1.** voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeit uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- 9.7.2.** de uitsluiting onder 9.7.1. geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225);
- 9.7.3.** voorzover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt artikel 9.7.2. geen toepassing;
- 9.8.** voor de kosten verband houdend met het inbrengen van implantaten in de kaak door een tandarts;
- 9.9.** voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen sterilisatie;
- 9.10.** voor keuringen (uitgezonderd het gestelde in artikel 6.11), attesten, vaccinatie en periodiek algeheel onderzoek;
- 9.11.** voor kosten verband houdend met een te maken buitenlandse reis;
- 9.12.** indien de verzekerde naar het oordeel van de verzekeraar heeft gehandeld in strijd met de verzekeringsvoorwaarden of heeft nagelaten de voorschriften van de behandelend arts op te volgen;
- 9.13.** voor verpleging op grond van sociale redenen;
- 9.14.** voor geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;
- 9.15.** voor de behandeling van ziekten of ongevallen waarvan eerdere behandeling door de verzekerde tegen het advies van de behandelend arts in is afgebroken;

## Artikel 10 Algemene voorwaarden

### 10.1. Grondslag van de verzekering

- 10.1.1.** Het ingevulde en getekende aanvraagformulier alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt vormen, met de bij een eventuele keuring door verzekerde verstrekte gegevens, de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit.

- 10.1.2.** Het onvolledig of onjuist invullen van het aanvraagformulier onthet de verzekeraar van haar verplichting tot het doen van uitkeringen en geeft haar het recht de verzekering te beëindigen. De verzekeraar kan de sinds de ingangsdatum van de verzekering gedane uitkeringen terugvorderen en is niet gehouden de reeds betaalde premie te restitueren.

### 10.2. Kinderen

- 10.2.1.** Voor kinderen geboren tijdens de duur van deze verzekering en binnen een maand na hun geboorte ter verzekering aangemeld, geldt, mits alle daarvoor in aanmerking komende kinderen bij de verzekeraar zijn meeverzekerd, dat de verzekering vanaf de geboorte van kracht is, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen.

- 10.2.2.** Meeverzekerd kunnen worden:

- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, en adoptiekinderen van 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag of op buitengewone lastenaftrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9, Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990.

### 10.3. Vrije keus van arts e.d.

Verzekerde is vrij in keuze van ziekenhuis, medisch-specialist, huisarts, kaakchirurg, orthodontist, tandarts, verloskundige, kraamverzorgster, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist en apotheker mits de instelling of zorgverlener in Nederland gevestigd is.

### 10.4. Opname in een hogere dan de verzekerde klasse

Bij opname in een hogere klasse wordt dekking verleend op basis van het rechtsgeldige tarief van de verzekerde klasse.

### 10.5. Begin en einde van de dekking

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de gedekte kosten, voorzover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

### 10.6. Telefonische en mondelinge informatie

Geen beroep kan worden gedaan op telefonische of mondelinge informatie.

### 10.7. Wijziging van risico

De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst ten spoedigste, doch uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mede te delen. Zodanige wijzigingen zijn ondermeer:

- het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling;
- verhuizing, huwelijk, samenwoning, geboorte of overlijden.

Voor het nalaten van het hierboven bepaalde, draagt de verzekeraar geen enkel risico. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

### 10.8. Duur en einde van de verzekering

- 10.8.1.** De verzekering wordt aangegaan voor de termijn van één jaar, met uitzondering van de verzekering die niet per 1 januari van een jaar is aangegaan. De laatstbedoelde verzekering geldt tot en met 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de verzekering is aangegaan.

- 10.8.2.** De verzekering wordt na verloop van de in het eerste lid bedoelde termijn, alsmede telkens na verloop van een overeenkomstig dit lid verlengde termijn, met één jaar verlengd, tenzij uiterlijk twee maanden voor de dag waarop die termijn is verstreken, van de verzekerde een schriftelijk verzoek om beëindiging van de verzekering is ontvangen. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.

- 10.8.3.** De verzekeraar mag de verzekering niet beëindigen, behoudens in geval van verzwijging of onjuiste opgave als bedoeld in artikel 10.1, in geval van schorsing als bedoeld in artikel 13.3. en in geval van bedrog, op een door hem te bepalen tijdstip.

- 10.8.4.** Onverminderd het bepaalde in lid 1 en 2 eindigt de verzekering voor de verzekerde tussentijds:

- op het tijdstip waarop deze ophoudt Nederlands ingezetene te zijn;
- door overlijden van verzekerde;
- ingeval het van kracht worden van een verplichte ziekenfondsverzekering of van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling en wel met ingang van de datum dat de verzekerde zijn rechten aan de inschrijving elders kan ontnemen, mits hiervan uiterlijk binnen twee maanden nadien schriftelijk aan de verzekeraar mededeling is gedaan door middel van een (kopie-)bewijs van inschrijving. Bij overschrijding van de termijn van twee maanden wordt de verzekering bij de verzekeraar beëindigd op de dag waarop de kopie van het bewijs van inschrijving door de verzekeraar is ontvangen;

- door opzegging op basis van het gestelde in artikel 13.5.2.;
  - op een door de verzekeraar te bepalen dag door royement, als gevolg van achterstand in de betaling van aan de verzekeraar verschuldigde premie of kosten, dan wel naar het oordeel van de verzekeraar, door de verzekerde op enigerlei wijze opzettelijk benadelen van de verzekeraar.
- 10.8.5. De medeverzekering eindigt voor kinderen op het moment waarop niet meer wordt voldaan aan het gestelde in artikel 10.2.2. Deze personen hebben het recht zich zelfstandig te verzekeren op dezelfde voorwaarden en tegen de geldende premie voor volwassenen.
- 10.9. Leefijdsgrenzen**
- 10.9.1. Het aangaan van een verzekering volgens één der verzekeringsvormen kan slechts plaatsvinden indien de voor die verzekeringsvorm bepaalde leeftijdsgrens niet is bereikt. Personen die de 65-jarige leeftijd hebben bereikt, kunnen uitsluitend worden ingeschreven in de Standaard Pakket Polis.
- 10.9.2. Bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd wordt de verzekeringsvorm omgezet in een Standaard Pakket Polis tegen de door de Minister van VWS vastgestelde premie. De omzetting vindt plaats per de eerste dag van de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt.
- 10.10. Privacy-reglement**
- De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing, dat ter inzage ligt bij de verzekeraar en op verzoek verkrijgbaar is.

## **Artikel 11 Bijzondere voorwaarden Aanvullende Verzekering Module 1, 2 en 3**

- 11.1. De verzekeraar schrijft iedere bij de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS ingeschrevene op diens verzoek in, in de Aanvullende Verzekering Module 1, 2 of 3, behoudens het bepaalde in de volgende leden van dit artikel. In door de verzekeraar te bepalen omstandigheden kunnen ook anderen worden ingeschreven.
- 11.2. De verzekeraar schrijft een verzekerde van de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS slechts in de Aanvullende Verzekering Module 1, 2, of 3 in, wanneer het desbetreffende verzoek mede omvat alle op de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS ingeschreven gezinsleden. Deze gezinsleden dienen dezelfde Aanvullende Verzekering Module aan te gaan als de verzekeringsnemer. Deze bepaling geldt niet voor een individueel aangevraagde verhoging van het in artikel 6.10.2. genoemde maximumbedrag.
- 11.3. Indien de aanmelding voor de Aanvullende Verzekeringsmodules later plaats vindt dan de aanmelding voor de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS, is acceptatie eerst mogelijk na gunstige medische beoordeling door de verzekeraar. Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van de verklaring van de verzekeringsnemer in het aanvraagformulier.
- 11.4. Wijziging van de verzekeringsvorm naar een meer uitgebreide dekking danwel een verhoging van het geldende maximale bedrag genoemd in artikel 6.10.2., dient schriftelijk te worden aangevraagd. Acceptatie is hierbij eerst mogelijk na gunstige medische en/of tandheelkundige beoordeling door de verzekeraar. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op de datum van de aanvraag.
- 11.5. Wijziging van de verzekeringsvorm naar een minder uitgebreide dekking danwel een verlaging van het geldende maximale bedrag genoemd in artikel 6.10.2., dient schriftelijk te worden aangevraagd. De wijziging gaat in op 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de inschrijvingsduur als bedoeld in artikel 10.8 lid 1 eindigt.
- 11.6. Indien de aanmelding voor de Aanvullende Verzekeringsmodules later geschiedt dan voor de aanmelding voor de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS, vindt na gunstige medische beoordeling inschrijving plaats per de eerste van de maand volgend op de maand van aanmelding. Inschrijving met terugwerkende kracht is niet mogelijk.
- 11.7. De verzekeraar kan de inschrijving weigeren indien de aspirant-verzekerde inschrijving verlangt op het moment waarop hij of zij op de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS ingeschreven gezinsleden reeds zorg behoeft, die qua aard en omvang behoort tot de vergoedingen ingevolge de Aanvullende Verzekeringsmodules.

## **Artikel 12 Schade en eigen risico**

- 12.1. Bijzondere verplichtingen van de verzekerde**
- De verzekerde is verplicht:
- 12.1.1. aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;

- 12.1.2. indien de opname of behandeling het gevolg is van een ongeval, dit direct te melden aan de verzekeraar. Hij dient de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- 12.1.3. de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat daaruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden, binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. Alleen originele nota's komen voor vergoeding in aanmerking;
- 12.1.4. bij niet-klinische medisch-specialistische behandelingen en alle overige behandelingen waarvoor in de verzekeringsvoorwaarden een schriftelijke verwijzing vereist is, een verwijfsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt, dat de geboden zorg en/of vervoer medisch noodzakelijk is (is geweest). Indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat toestemming van de verzekeraar vereist is, dan dienen deze behandelingen vooraf te worden aangevraagd en goedgekeurd te zijn.
- 12.1.5. Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.
- 12.2. Vergoeding van nota's**
- 12.2.1. Verzekerde kosten worden in principe binnen 3 weken na ontvangst van de originele nota's vergoed.
- 12.2.2. Computernota's komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze door de hulpverlener zijn gewaarmerkt.
- 12.3. Bepaling eigen risico**
- 12.3.1. Bij het aangaan van de verzekering en vervolgens telkens per 1 januari van enig jaar wordt het op de polis van toepassing zijnde eigen risico bepaald aan de hand van het aantal op de polis verzekerde volwassenen. Het eigen risico heeft alleen betrekking op de dekking van de Ziektekostenverzekering Particulier ZNS (waarvan de dekking is geregeld in art. 3 en 4) en betreft een verhoging van de geldende eigen bijdragen. Nadat de totale kosten, welke volgens de dekking krachtens artikel 3 en 4 in het reglement door de verzekeraar moeten worden betaald, in de loop van het kalenderjaar tot boven het eigen risico zijn gestegen, zal het meerdere door de verzekeraar worden uitgekeerd. De kosten van alle op het verzekeringsbewijs vermelde verzekerden worden samengeteld.
- 12.3.2. Van het eigen risico zijn uitgezonderd het honorarium van de huisarts (niet zijnde verloskundige zorg), farmaceutische zorg (incl. homeopathische of antroposofische geneesmiddelen artikel 4.4.), AWBZ-verstrekingen en de vergoedingen van de Aanvullende Verzekering Module 1, 2 en 3 (artikel 6, 7 en 8).
- 12.3.3. Voor een in de loop van een kalenderjaar ingegane verzekering zal het eigen risico naar evenredigheid van de nog niet verstreken termijn van het kalenderjaar worden vastgesteld.
- 12.3.4. Voor een reeds lopende verzekering, zal een wijziging in het eigen risico, na schriftelijke aanvraag en na goedkeuring door de verzekeraar, slechts met ingang van 1 januari van het volgend kalenderjaar kunnen ingaan.
- 12.3.5. Indien een ziekenhuisopname niet eindigt in het jaar waarin de opname begon, zal slechts één maal het eigen risico in mindering worden gebracht, en wel in het jaar waarin de opname begon.
- 12.4. Verrekening van het eigen risico**
- 12.4.1. Door de verzekerde ingediende nota's, die betrekking hebben op een bepaald kalenderjaar, zullen door de verzekeraar worden vastgelegd. Zodra het van toepassing zijnde eigen risicobedrag is overschreden zal het meerdere automatisch via het opgegeven bank- of girorekeningnummer worden uitbetaald.
- 12.4.2. Bij opname, onderzoek en/of behandeling in een ziekenhuis kunnen alle nota's, welke hierop betrekking hebben, door de verzekeraar rechtstreeks aan de inrichting of medisch-specialist worden voldaan.
- 12.4.3. Indien kosten vallende onder de reglementaire dekking rechtstreeks bij de verzekeraar worden gedeclareerd, ofwel door zorgverleners waarmee de verzekeraar hieromtrent nadere afspraken heeft gemaakt, ofwel door verzekerden die de declaraties onbetaald aan de verzekeraar inzenden, vergoedt de verzekeraar deze kosten namens de verzekerde aan de zorgverleners. Voorzover de verzekerde krachtens de verzekeringsvoorwaarden niet voor 100% aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten voor de verleende zorg, o.a. vanwege een eigen risico of eigen bijdragen, vordert de verzekeraar deze niet gedekte kosten bij de verzekerde terug. De verrekening vindt op dezelfde wijze plaats als de op de polis van toepassing zijnde premiebetaling; indien verzekerde een machtiging heeft verleend tot automatische incasso van de premiebetaling, wordt hij geacht daarbij tevens machtiging te hebben verleend voor automatische incasso van deze vordering. In alle andere gevallen zal de terugvordering plaatsvinden door middel van een acceptgirokaart.

- 12.4.4. Bij beëindiging, wijziging of schorsing van de verzekering in de loop van het kalenderjaar zal geen restitutie danwel vermindering van het eigen risico plaatsvinden.

## Artikel 13 Premie en schorsing

### 13.1. Premiebetaling

De premies, kosten en bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen en bepalingen dienen bij vooruitbetaling te worden voldaan.

Bij wijziging van de verzekering vindt per de datum van wijziging (her-) berekening c.q. restitutie plaats.

Het is de verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van verzekeraar te vorderen vergoedingen.

### 13.2. Premieregeling

Voor ten hoogste drie kinderen beneden de 18 jaar in een gezin is premie verschuldigd. Bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd vervalt de kinderpremie, per eerste van de maand volgend op de maand waarin men de 18-jarige leeftijd heeft bereikt.

Voor studerende meeverzekerde kinderen van 18 tot 27 jaar geldt het speciale studententarief.

Voor personen, die bij toetreding de leeftijd van 45 jaar hebben bereikt, is een door de verzekeraar te bepalen toeslag op de premie verschuldigd.

De leeftijd op de ingangsdatum van de verzekering is bepalend voor de hoogte van de premie gedurende het gehele kalenderjaar. Vervolgens is steeds de leeftijd op 1 januari bepalend voor de hoogte van de premie gedurende het gehele kalenderjaar.

### 13.3. Schorsing

Indien de verzekeringsnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, de kosten en terugbetaling van de door de verzekeraar direct aan de zorgverleners betaalde kosten ex artikel 12.4.3., kan de verzekeraar schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 17 dagen onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervalddag van de openstaande vordering, zoals hiervoor omschreven. De verzekeringsnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen.

Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringsnemer.

De dekking wordt weer van kracht op de dag volgende op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen.

Indien de verschuldigde bedragen blijvend niet worden voldaan volgt roeyement van de verzekering.

### 13.4. Teruggave van premie

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

### 13.5. Herziening van premie of voorwaarden

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

- 13.5.2. De verzekeringsnemer die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan de verzekering per de in artikel 13.5.1. genoemde datum beëindigen, mits hij dit binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar maakt. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van de premie en/of voorwaarden die voortvloeit uit wettelijke regelingen of overheidsmaatregelen. Hieronder wordt tevens begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat.

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

## Artikel 14 Collectieve contracten

- 14.1. Indien verzekerden bij de verzekeraar zijn ingeschreven via een collectief contract kunnen er naast of in tegenstelling tot de algemene verzekeringsvoorwaarden afwijkende regelingen van toepassing zijn, welke voorrang hebben boven de algemene verzekeringsvoorwaarden. Deze regelingen zijn vastgelegd in het collectieve contract dat bij de werkgever ter inzage ligt en kunnen o.a. betreffen:
- omvang van de dekking (artikel 3, 4, 6, 7 en 8);
  - premieregeling (artikel 13.2.);
  - duur van de verzekering (artikel 10.8.).
- 14.2. Indien in het collectieve contract is overeengekomen dat de collectief contractant zorgdraagt voor betaling van de premie, wordt hij geacht de premie namens de verzekeringsnemer te voldoen.
- 14.3. Indien dit in het collectief contract is overeengekomen geldt, onverminderd het bepaalde in artikel 10.8., dat de verzekering eveneens eindigt:
- door beëindiging van het collectieve contract;
  - door beëindiging van het dienstverband van de verzekeringsnemer bij de collectief contractant.

## Artikel 15 Geschillen en klachten

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

Klachten kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de verzekeraar, ook schriftelijk worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen te Den Haag.

De directie beslist over geschillen en klachten. Indien de verzekerde het geschil aan de gewone rechter wil voorleggen, dient dit te geschieden binnen één maand na de uitspraak van de directie.

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 de verzekeraar opvraagbaar.

## Toepasselijk recht

Op de verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

### Opmerkingen, problemen en/of klachten

In geval van opmerkingen, problemen en/of klachten over de dienstverlening, producten en communicatie kan (kunnen) de verzekeringsnemer(s), verzekerde(n) of gerechtigde(n) tot uitkering zich wenden tot:

1. De algemeen directeur van Univé Verzekeringen, Postbus 607, 8000 AP Zwolle.

Univé neemt dan contact met u op om uw probleem of klacht op te lossen.

2. Externe klachteninstantie:

Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.