

Fysio 9
Fysio 18
Buitenland
Tand Ongevallen
Tand 250
Tand 500

Aanvullende verzekeringen 2021

Welkom bij Univé

Uw zorgverzekeraar zonder winstoogmerk!

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden voor uw aanvullende zorgverzekering(en) bij Univé. Op unive.nl vindt u meer informatie over bijvoorbeeld declareren en onze zorgverzekeringspakketten. U kunt ook één van onze Univé-winkels bezoeken. Kijk op unive.nl/contact voor de winkel bij u in de buurt.

Mijn Univé Zorg

Via Mijn Univé Zorg kunt u onder andere uw polis wijzigen, uw declaraties inzien en uw premie betalen. Met uw DigiD kunt u direct veilig inloggen op mijnunivezorg.nl.

Univé App

In de Univé App heeft u uw online zorgpas altijd bij de hand en ziet u hoeveel zorgbudget u nog over heeft. Ook kunt u heel eenvoudig online uw declaraties indienen en een zorgverlener zoeken. De Univé App toont naast uw zorgverzekering ook uw andere verzekeringen bij Univé.

Actueel nieuws

Op de hoogte blijven van alle ontwikkelingen? Meldt u aan voor de digitale Univé-nieuwsbrief op unive.nl/nieuwsbrief.

Contact

Wij staan voor u klaar. Kijk voor onze contactgegevens op unive.nl/contact.

Gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners

U vindt onze gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners op unive.nl/zorgzoeker.

Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf onze toestemming (een machtiging) nodig heeft? Dit vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden. Ga naar unive.nl/machtiging voor alle informatie.

Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via mijnunivezorg.nl. Of nog sneller met de Univé App. U logt veilig in met uw DigiD. U ontvangt uw vergoeding binnen 10 werkdagen op uw rekening.

Declareert u liever per post? Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

Univé Zorg
Postbus 25030
5600 RS Eindhoven



Inhoud

Welkom bij Univé	2
I. Algemeen	4
Artikel 1. Verzekerde zorg	4
Artikel 2. Algemene bepalingen	7
Artikel 3. Premie	8
Artikel 4. Overige verplichtingen	9
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	10
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)	10
Artikel 7. Klachten en geschillen	11
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling	12
II. Fysio 9 en 18, Buitenland, Tand Ongevallen, Tand 250 en 500	13
FYSIOTHERAPIE	
Artikel 9. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie	13
BUITENLAND	
Artikel 10. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	14
MONDZORG	
Artikel 11. Tandheelkundige kosten door een ongeval	15
Artikel 12. Tandheelkundige zorg	16
IV. Begrippen	18



I. Algemeen

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u bij medische noodzaak recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Hiervan is sprake als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgverleners aan zorg 'plegen te bieden'.

1.2 Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgverlener moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Per zorgartikel vindt u welke zorgverleners de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgverlener moet voldoen. Voor een aantal vormen hebben we zorgverleners gecontracteerd, aangewezen of erkend.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners vindt u op onze website.

1.3 Vergoeding van de kosten van zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

1.3.1 Zorg verleend door een gecontracteerde zorgverlener

Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij aan de zorgverlener het afgesproken tarief.

1.3.2 Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de (voor u betreffende) zorg geen contract hebben? Dan moet u misschien de rekening of een deel van de rekening zelf betalen. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden. U kunt uw vordering op ons voor mindfulness bij burn-out klachten of seksuologische zorg niet overdragen aan zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

1.3.3 Zorg verleend door een niet-aangewezen of niet-erkende zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden.

1.3.4 Budget

Krijgt u voor de betreffende zorg een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale budget dat in het betreffende zorgartikel staat.

1.3.5 Wij vergoeden een aantal zorgsoorten ook als de zorg wordt verleend door een zorgverlener die in het buitenland is gevestigd, mits deze zorgverlener vergelijkbare zorg biedt. Dit geven wij in de betreffende zorgartikelen aan. Als u vanuit deze verzekeringsvoorwaarden recht heeft op vergoeding van een wettelijke eigen bijdrage op grond van de zorgverzekering, dan vergoeden wij deze ook als deze zorg in het buitenland is verleend en vanuit de zorgverzekering is vergoed.

1.4 Insturen van nota's

Veel zorgverleners sturen nota's rechtstreeks naar ons. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de Univé App. Hiervoor maakt u een foto of scan van de nota of uploadt een pdf.

U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen.

Stuur alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling bij ons indienen.



Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgverlener.

De nota's moeten zo zijn, dat wij direct uit de nota kunnen opmaken op welke vergoeding u volgens de toepasselijke voorwaarden recht heeft. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat u behandeld bent. Nota's moeten in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans zijn geschreven. Als wij het nodig vinden, dan vragen wij u om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij mogen wachten met betaling van de nota totdat u de betaling van de kosten heeft aangetoond.

1.5 Rechtstreekse betaling

Wij mogen de zorgkosten rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. U heeft dan zelf geen recht meer op de vergoeding.

1.6 Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, moet u soms toch iets bijbetalen. Soms hebben wij meer vergoed dan waartoe we volgens uw aanvullende verzekering(en) verplicht zijn. Of de kosten van zorg komen om een andere reden voor uw rekening. Dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7 Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. In het zorgartikel vindt u informatie hierover.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgverlener die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft soms onze toestemming nodig voordat u de zorg krijgt. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgverlener beoordeelt dan of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de voor u betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.8 Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden spreken wij daarbij over (kalender)jaren. Om te bepalen aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden verbonden, kijken wij naar de door uw zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd. Deze datum is daarvoor bepalend. Stel uw behandeling valt in twee kalenderjaren, en de zorgverlener mag de kosten hiervan in één bedrag in rekening brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandel-combinatie). Dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en horen de kosten bij het kalenderjaar waarin uw behandeling is gestart.



1.9 Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- (vergoeding van de kosten van) zorg die samenhangt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die derden zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring in rekening brengen, administratiekosten of kosten voor het niet op tijd betalen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u moet betalen op grond van een andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige volgens die wet bent;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken of zou kunnen maken volgens de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan komt volgens deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking die boven het bedrag ligt waarop u ergens anders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid de kosten in rekening brengt.

1.10 Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van deze aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.



Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1 Grondslag van de aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk heeft doorgegeven.

2.2 Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de aanvullende verzekeringen:

- Tand Ongevallen
- Fysio 9
- Fysio 18
- Buitenland
- Tand 250
- Tand 500

2.3 Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden verwijzen we naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Regeling zorgverzekering
- Clausuleblad terrorismedekking
- Lijst maximale vergoedingen niet- gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen
- Lijst maximale vergoedingen buitenland
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgverleners
- Convenant Samenloop Reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

U vindt deze documenten op onze website.

2.4 Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) opnemen in:

- ons Incidentenregister;
- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

2.5 Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft.

Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.



2.6 Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u al onze mededelingen elektronisch wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in mijnunivezorg.nl

2.7 Lidmaatschap van de Coöperatie

Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering(en) wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft dit niet te willen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen. De opzegtermijn is één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval zodra de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8 Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9 Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1 Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Voorbeeld: iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2 Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

- 3.2.1 U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is afgesproken. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, dan ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting staat op het polisblad.
- 3.2.2 Als u geen gebruik maakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. U betaalt geen kosten voor de polis. Meer informatie en de hoogte van de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.2.3 U betaalt de premie, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is afgesproken.

Kosteloze betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.2.4).
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via mijnunivezorg.nl gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling, dit kan – als u wilt – direct via iDeal.
- c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden dan betaalt u € 1,50 per papieren factuur. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruik maakt van de papieren factuur. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

- 3.2.4 Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatisch incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u minimaal 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.3 Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.4 Niet-tijdig betalen

- 3.4.1 Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij mogen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.4.2 Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening als u niet tijdig betaalt:
- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
 - incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.4.3 Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.4.4 Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.4.5 Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. Denk aan kosten die wij zouden kunnen verhalen op de aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van een ongeval. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);
- de zorgverlener te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt) scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1 Wijziging premie en voorwaarden

Wij mogen de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2 Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1 Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij aangeven dat de Univé Zorg Selectpolis aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2 Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1 Toelating tot de aanvullende verzekering(en)

De aanvullende verzekeringen zijn alleen als aanvulling op de Univé Zorg Selectpolis af te sluiten en als u verzekeringsplichtig bent in de zin van de Zorgverzekeringswet. Er geldt geen medische selectie.

6.2.2 Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen maximaal vier aanvullende modules afsluiten. Voor de modules Fysio en Tand kunnen ze kiezen uit één van beide mogelijkheden.

6.2.3 Gezinsdekking

Kinderen jonger dan 18 jaar op deze polis krijgen dezelfde aanvullende verzekering(en) als de verzekeringnemer. Bovenstaande is alleen van toepassing als het kind een Univé Zorg Select polis heeft.

6.2.4 Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1. en 6.2.2. en 6.2.3. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2021 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2021. Onder een wijziging verstaan we het overstappen naar een andere aanvullende verzekering die wij aanbieden. Als u wilt overstappen naar een aanvullende verzekering van een andere verzekeraar, dan moet u uw huidige aanvullende verzekering opzeggen. Uw opzegging moet u uiterlijk 31 december aan ons doorgeven (zie artikel 6.4).

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen Univé. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3 Einde van rechtswege

De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekerde niet meer verzekeringsplichtig is op grond van de Zorgverzekeringswet;

- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van tevoren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, dan sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4 Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

6.4.1 Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.



Let op

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering(en) opzeggen. Voorwaarde is wel dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2 Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de Univé Zorg Selectopolis;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt. Voorwaarde is dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering(en) op te zeggen.

6.5 Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als u de verschuldigde bedragen niet op tijd betaald heeft, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken.

In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1 Indienen klacht

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.



- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent. Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan kunt u dit ook door iemand anders laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, [skgz.nl](https://www.skgz.nl). U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2 Klachten over formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice, kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, [nza.nl](https://www.nza.nl), is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U heeft recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgverlener die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgverlener met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.



II. Fysio 9 en 18, Buitenland, Tand Ongevallen, Tand 250 en 500

FYSIOTHERAPIE

Artikel 9. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. fysiotherapie
2. oefentherapie Cesar/Mensendieck
3. oedeemtherapie

Fysio 9

maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar; voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.

Fysio 18

maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar; voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.

Dit krijgt u niet vergoed

- Arbocuratieve zorg en re-integratietrajecten;
- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysio-fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.



Let op

De behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering. Dat geldt voor:

Jonger dan 18 jaar

Chronische aandoeningen: alle behandelingen.

Niet-chronische aandoeningen: de 1e 18 behandelingen.

18 jaar en ouder

Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie: de 1e 9 behandelingen

Oefentherapie:

- Bij etalagebenen: de 1e 37 behandelingen
- Bij artrose van heup- of kniegewricht: de 1e 12 behandelingen
- Bij COPD vanaf stadium Gold II: de zorgverzekering vergoedt een maximum aantal behandelingen oefentherapie.

De behandelingen oedeemtherapie die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet uit uw aanvullende verzekering vergoed. Dit geldt voor:

18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

De chronische aandoeningen staan in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U vindt deze Lijst op onze website.

Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben of gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgverlener in het buitenland, die vergelijkbare zorg levert? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen' en 'Lijst maximale vergoedingen buitenland' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.



Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

BUITENLAND

Artikel 10. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval te krijgen.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. De Univé Alarmcentrale voor zorg beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Buitenland

volledig

Dit moet u zelf regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u de Univé Alarmcentrale voor zorg (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de Univé App, op uw zorgpas of op onze website.



Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van XE.com.

10.1 Repatriëring

Dit krijgt u vergoed

Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van:

- vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer
- (medisch) noodzakelijke begeleiding
- noodzakelijke communicatie
- het brengen en/of toesturen van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn

De alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.

Buitenland

volledig

Dit krijgt u niet vergoed

Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Hier kunt u terecht

Bij de Univé Alarmcentrale voor zorg. Verzorgt de Univé Alarmcentrale voor zorg de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de Univé App, op uw zorgpas of op onze website.

MONDZORG

Artikel 11. Tandheelkundige kosten door een ongeval

Dit krijgt u vergoed

De kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering Tand Ongevallen. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval plaatsvindt. Tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Tand Ongevallen

maximaal € 10.000 per ongeval

Wat krijgt u niet vergoed

De kosten:

- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- die niet onvoorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- van een behandeling in het buitenland;
- van orthodontische zorg.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Dit moet u zelf regelen

U heeft van tevoren onze toestemming nodig. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is. Bij deze aanvraag moeten minimaal de volgende gegevens zitten; een verslag van de spoedeisende hulp of (tand)arts waar u voor noodhulp bent geweest, röntgenfoto's van de schade aan uw gebit, kleurenfoto's van de tandheelkundige situatie vlak na het ongeval en een behandelplan met kostenbegroting.

Als de adviserend tandarts het noodzakelijk acht, kan hij aanvullende informatie opvragen bij uw zorgverlener. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7 van deze voorwaarden.

Artikel 12. Tandheelkundige zorg

U krijgt 1 budget dat u kunt inzetten voor de volgende tandheelkundige zorg:

- Periodieke controle en probleemgericht consult Artikel 12.1
- Algemene tandheelkundige zorg Artikel 12.2
- Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen Artikel 12.3

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Tand 250

maximaal € 250 per kalenderjaar.

Tand 500

maximaal € 500 per kalenderjaar.

12.1 Periodieke controle en probleemgericht consult

Dit krijgt u vergoed

- De periodieke controle (C11)
- Het probleemgericht consult (C13)

Tand 250

100 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Tand 500

100 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

12.2 Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:

- consulten en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

Tand 250

75 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Tand 500

75 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed

C84 (voorbereiding narcose)
A20 (algehele narcose of sedatie)
E97 en E98 (uitwendig bleken)

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Voor eenvoudige extracties en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

12.3 Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen

Dit krijgt u vergoed

- tandvleesbehandelingen (T-codes);
- kronen en bruggen (R-codes);
- implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes);
- gedeeltelijke protheses (P-codes).

Tand 250

75 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Tand 500

75 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

12.4 Eigen bijdrage kunstgebit

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:

- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknoppen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

Tand 250

volledig

Tand 500

volledig



IV. Begrippen

Aanvullende verzekering: de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en) van Univé: Fysio 9, Fysio 18, Buitenland, Tand Ongevallen, Tand 250 en Tand 500.

Beëdigd vertaler: dit is een vertaler die bevoegd is om gewaarmerkte vertalingen te maken. Dit is nodig bij de vertaling van officiële documenten zoals medische verklaringen en documenten van de burgerlijke stand. Beëdigde vertalers staan in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv), bureauwbtv.nl

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose-behandelcombinatie (dbc): een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt, tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

Extracties: het trekken of verwijderen van een tand of kies.

Fraude: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Implantologie: tandheelkunde die tot doel heeft een of meerdere tanden te vervangen door tandimplantaten. Implantaten zijn kunstmatige wortels die in het bot geplaatst worden, deze worden na het plaatsen voorzien van bijvoorbeeld een kroon.

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen of indien in werking getreden de Wet toetreding zorgaanbieders;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Mesostructuur: een constructie, die zich tussen implantaten (of natuurlijke tanden en kiezen) en het kunstgebit bevindt. Deze structuur kan bestaan uit drukknoppen of magneten op implantaten of uit een staaftconstructie waarmee de implantaten met elkaar verbonden zijn.

Mijnunivezorg.nl: persoonlijke online omgeving om verzekeringsgegevens in te zien en te wijzigen.

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck: de oefentherapeut is specialist in het aanleren van gezond beweggedrag. Gericht op het behandelen en voorkomen van klachten die kunnen ontstaan door een verkeerde houding en beweging tijdens dagelijkse activiteiten.

Ongeval: een onverwachte gebeurtenis die leidt tot schade en/of letsel.

Polisblad: document waarop staat waarvoor en hoe je verzekerd bent.

Schriftelijk: betekent in deze verzekeringsvoorwaarden op papier maar ook per e-mail.

Sedatie: verdoving

Termijnbetalingskorting: betalingskorting bij vooruit betalen.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg. Deze toestemming krijgt u van ons of namens ons. U moet de toestemming aanvragen voordat u die bepaalde zorg afneemt.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verzekerde: degene voor wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Wettelijke eigen bijdrage: u betaalt soms een deel van de zorg zelf, bijvoorbeeld bij een kunstgebit of hoortoestel. De overheid bepaalt hoe hoog de eigen bijdrage is en waarvoor u deze bijdrage betaalt.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg. Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorgverzekeraar, de/Univé: N.V. Univé Zorg, statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 37112407. N.V. Univé Zorg is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000665. N.V. Univé Zorg is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet.

Meer weten?

Website

unive.nl

Telefoonnummer

072-527 75 95

unive.nl/klantenservice

Postadres

Univé

Postbus 445

5600 AK Eindhoven

Kom langs in onze winkel

U bent van harte welkom in de Univé winkel bij u in de buurt. Kijk voor een overzicht op unive.nl/contact

Klachtenprocedure

Heeft u klachten over uw zorgverzekering? Op unive.nl vindt u onze klachtenprocedure.