



Algemene verzekerings- voorwaarden ZEKUR 2012

- Gewoon ZEKUR Zorg
- Extra ZEKUR Zorg
- Extra ZEKUR Doorlopende Reis

ZEKUR.nl

van
UNIVÉ

Veel verzekering voor weinig

2012

Premiebijlage Gewoon ZEKUR Zorg

Premiegrondslag

De premiegrondslag voor Gewoon ZEKUR Zorg 2012 bedraagt € 92,50 per maand.

Korting bij vrijwillig eigen risico

Onderstaand zijn voor de verschillende te kiezen vrijwillig eigen risico-bedragen de maandpremies weergegeven.

Vrijwillig eigen risico	Maandpremie
€ 100,-	€ 88,50
€ 500,-	€ 73,50

ZEKUR.nl

van
UNIVÉ

Veel verzekering voor weinig

Welkom bij ZEKUR van Univé

Uw zorgverzekeraar zonder winsttoogmerk!

In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over Gewoon ZEKUR Zorg. Om het vinden van de juiste informatie eenvoudiger te maken, kunt u gebruik maken van het trefwoordenregister achterin deze voorwaarden of de inhoudsopgave. Daarnaast hebben wij voor uw gemak tekstblokken opgenomen in deze voorwaarden met een nadere uitleg of toelichting.

De telefoonnummers en adressen die voor u van belang zijn, hebben wij op deze pagina voor u op een rij gezet.

U kunt de informatie over Gewoon ZEKUR Zorg ook vinden op www.zekur.nl/zorg.

Met vriendelijke groeten,
ZEKUR van Univé

Belangrijke telefoonnummers en adressen:

Klantenservice:	0900 - ALZEKUR of 0900 – 259 35 87 (€ 0,10/min). De klantenservice van ZEKUR heeft gespecialiseerde medewerkers paraat staan om uw vragen goed te beantwoorden. Wij zijn elke werkdag bereikbaar van 8.00 tot 20.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 13.00 uur.
Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders:	Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten? U kunt deze informatie vinden op www.zekur.nl/zorgvinder of hiervoor bellen met onze klantenservice
Vervoer:	Wilt u een Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvoer? Dit kunt u vinden op www.zekur.nl/documenten of telefonisch opvragen bij onze klantenservice.
Zorgadvies en bemiddeling:	Wilt u zorgadvies of bemiddeling? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice.
ZEKUR Gezondheidslijn:	+ 31 (0)72 – 527 72 54 (€ 0,10/min) (+= internationaal toegangsnummer)
ZEKUR Alarmcentrale:	+31 (0)40 – 297 57 60 (+= internationaal toegangsnummer)
Univé Kraamzorg:	0800- 899 80 99 (gratis)
Aanvragen toestemming:	U kunt uw aanvraag voor toestemming van een behandeling sturen naar: ZEKUR van Univé Postbus 25150 5600 RS Eindhoven In deze verzekeringsvoorwaarden kunt u terugvinden in welke gevallen u toestemming nodig hebt.
Insturen nota's :	Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota sturen naar: ZEKUR van Univé Postbus 25030 5600 RS Eindhoven

Inhoudsopgave

I. ALGEMEEN GEDEELTE	4		28
Artikel 1. Verzekerde zorg	4		
Artikel 2. Algemene bepalingen	7		
Artikel 3. Premie	8		
Artikel 4. Overige verplichtingen	10		
Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	11		
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van Gewoon ZEKUR Zorg	11		
Artikel 7. Verplicht eigen risico	12		
Artikel 8. Vrijwillig eigen risico	13		
Artikel 9. Buitenland	14		
Artikel 10. Klachten en geschillen	15		
		Paramedische zorg	28
		Artikel 24. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/ Mensendieck	28
		Artikel 25. Logopedie	29
		Artikel 26. Ergotherapie	30
		Mondzorg	30
		Artikel 27. Tandheekkundige zorg	30
		Artikel 28. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder	32
		Farmaceutische zorg	32
		Artikel 29. Geneesmiddelen	32
		Artikel 30. Dieetpreparaten	34
II. ZORGARTIKELEN	16	Hulpmiddelenzorg	35
Geneeskundige zorg	16	Artikel 31. Hulpmiddelen en verbandmiddelen	35
Artikel 11. Huisartsenzorg	16	Verblijf in een instelling	36
Artikel 12. Zorgprogramma's (ketenzorg)	17	Artikel 32. Verblijf	36
Artikel 13. Verloskundige zorg en kraamzorg	17	Ziekenvervoer	37
Artikel 14. Medisch specialistische zorg	19	Artikel 33. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	37
Artikel 15. Revalidatie	20	Zorgbemiddeling	38
Artikel 16. Erfelijkheidsonderzoek	21	Artikel 34. Zorg- en wachtlijstbemiddeling	38
Artikel 17. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	21		
Artikel 18. Audiologische zorg	22	III. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	39
Artikel 19. Plastische en/of reconstructieve chirurgie	23		
Artikel 20. Transplantatie van weefsels en organen	24	IV. TREFWOORDENREGISTER	41
Artikel 21. Dyslexiezorg	25		
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	26		
Artikel 22. Eerstelijnspsychologische zorg	26		
Artikel 23. Specialistische GGZ	27		

I Algemeen gedeelte

ARTIKEL 1. VERZEKERDE ZORG

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Gewoon ZEKUR Zorg is een naturaverzekering van ZEKUR van Univé. Dit betekent dat u recht hebt op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook hebt u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert u in welke instelling of bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken hebt met onacceptabel lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via onze website of telefonisch; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden 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 zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Door wie mag de zorg worden verleend

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Voor enkele vormen van zorg bent u verplicht gebruik te maken van een specifiek voor ZEKUR van Univé gecontracteerde zorgaanbieder. U vindt deze zorg in de artikelen 14 (Medisch specialistische zorg), 29 (Geneesmiddelen) en 32 (Verblijf).

De vergoeding van de kosten van zorg vindt rechtstreeks aan de betreffende zorgaanbieder plaats op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten.

Wilt u toch naar een zorgaanbieder die geen contract met ons heeft afgesloten, houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

1.4. Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2012, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkooptarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. De kosten die voor uw rekening komen bedragen maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Uitzondering:

Specialistische GGZ zoals omschreven in artikel 23. Gaat u voor deze zorg naar een GGZ-instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? U ontvangt dan maximaal 60% van de geldende Wmg-tarieven.

U kunt de maximale vergoedingen raadplegen op de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Univé 2012. Deze lijst kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering gebracht. 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 de behandeling heeft plaatsgevonden. U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

Verzoek

- Spaar uw nota's niet op. Stuur ze direct naar ons door.
- Voeg de originele nota(s) bij een declaratieformulier. Kopieën, duplicaten en betalingsherinneringen nemen wij niet in behandeling.
- U ontvangt uw originele nota's niet terug. Wij raden u aan een kopie te maken voor uw eigen administratie.
- Maak voor de verzending gebruik van de retourenvelop. Hebt u geen retourenvelop ontvangen? Stuur uw declaratie dan naar het adres dat u voorin deze voorwaarden vindt.

1.6. Tijdsige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdsig kan leveren, hebt u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De kosten worden dan vergoed tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdsige zorgverlening, gaan wij uit van:

- medisch inhoudelijke factoren;
- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, wordt er geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen brengen wij later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel. Een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande toestemming is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

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

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben gesloten?

Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. Dat kan. U kunt uw aanvraag

ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten?

Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.10. Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van Gewoon ZEKUR Zorg plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de Gewoon ZEKUR Zorg.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.11. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering of de AWBZ, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- 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, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

1.12. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt 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 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, hebt u maar 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 de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan hebt u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een grootschalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald.

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. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol Afwickelen schadeclaims.

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 verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk of per e-mail hebt doorgegeven.

Na het sluiten van Gewoon ZEKUR Zorg, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. Werkgebied

Gewoon ZEKUR Zorg staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland of in het buitenland.

Univé is een landelijk werkende verzekeraar. Zolang u verzekeringsplichtig bent, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een in het buitenland wonende verzekeringsplichtige heeft recht op deze verzekering.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden. Het gaat om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- het Clausuleblad terrorismedekking;
- premiebijlage;
- het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg;
- Reglement farmaceutische zorg Univé;
- Reglement hulpmiddelen Univé;
- overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht vrijstelling eigen risico;
- het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling.

Deze documenten kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

2.4. Fraude

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U hebt ook geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger registreren in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kunnen wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van vijf jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen schadeverzekeringen sluiten binnen de Coöperatie VGZ U.A. Onder deze schadeverzekeringen vallen ook de aanvullende zorgverzekering(en).

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. Persoonsgegevens worden ook gebruikt voor het voorkomen en bestrijden van fraude. Op de registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vanaf de ingangsdatum van Gewoon ZEKUR Zorg mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de zorgverzekering te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen

in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt Gewoon ZEKUR Zorg sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen. Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt in deze situatie ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk of per e-mail aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van Gewoon ZEKUR Zorg hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk of per e-mail opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Interpretatie

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze

verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetsgeschiedenis bepalend.

2.10. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op Gewoon ZEKUR Zorg, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ingeval van strijdigheid van het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde met de bepalingen van deze overeenkomst, gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet voor.

2.11. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 3. PREMIE

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een in de collectieve overeenkomst overeengekomen collectiviteitskorting.

De premiegrondslag en de premiekortingen vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. De premiebijlage kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

De voor u geldende premiegrondslag en premiekortingen vindt u op uw polisblad.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premiegrondslag.

3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Verschuldigheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de

dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

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

3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.4.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.4.2. U betaalt de premie op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen. Voor betaling per acceptgiro brengen wij per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd. Ook dan betaalt u per papieren acceptgiro € 0,50.
- 3.4.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en overige verschuldigde kosten is gemaximeerd tot € 250 per maand. Voor bedragen boven de € 250 sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.5. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

3.6. Niet-tijdig betalen

- 3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag 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 volgende op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet tijdige betaling Gewoon ZEKUR Zorg te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.2. Wij kunnen € 15 administratiekosten en daarnaast de (buiten-)gerechtelijke incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

3.6.3. Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij u bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.6.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.

3.6.5. Als wij de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

3.6.6. Als u een betalingsachterstand hebt van twee maandpremies, bieden wij u als verzekeringnemer uiterlijk tien werkdagen nadat wij deze betalingsachterstand hebben vastgesteld een betalingsregeling aan. Deze betalingsregeling bestaat ten minste uit:

- a. - uw machtiging voor automatische incasso van nieuwe verschuldigde premie, of;
- uw opdracht aan uw werkgever, pensioenfonds, uitkeringsinstantie of een andere derde van wie u periodieke betalingen ontvangt, om namens u als verzekeringnemer de nieuwe verschuldigde premies rechtstreeks aan ons te betalen;
- b. afspraken over de wijze waarop u uw schulden, inclusief rente- en incassokosten, aan ons betaalt en binnen welke termijnen;
- c. onze toezegging dat wij uw zorgverzekering niet beëindigen, schorsen of opschorten zolang u uw machtiging of opdracht tot betaling zoals opgenomen onder a niet intrekt en de afspraken zoals opgenomen in de betalingsregeling nakomt.

Wij geven u vier weken de tijd om ons aanbod voor een betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot zes of meer maandpremies; zie artikel 3.6.8.

Het kan ook zijn dat u een ander hebt verzekerd voor een zorgverzekering bij ons. In dat geval nemen wij in ons aanbod voor een betalingsregeling ook een bereidverklaring tot opzegging van deze verzekering op met ingang van de dag waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:

- de verzekerde zich uiterlijk met ingang van dezelfde dag op grond van een andere zorgverzekering heeft verzekerd;
- en de verzekerde de machtiging of opdracht tot betaling

zoals omschreven onder a heeft afgegeven als de nieuwe zorgverzekering ook bij ons is gesloten.

Wij sturen deze verzekerde een kopie van alle in dit artikel genoemde stukken op hetzelfde moment dat de stukken aan u als verzekeringnemer worden gestuurd.

3.6.7. a. Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van vier maandpremies, delen wij u mee dat wij u bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zullen aanmelden zoals opgenomen in artikel 3.6.8. Als de zorgverzekering voor een ander is gesloten, zullen wij deze verzekerde informeren.

b. U of de verzekerde kunt ons uiterlijk binnen vier weken laten weten het bestaan of de hoogte van de schuld te betwisten. Als wij uw betwisting tijdig hebben ontvangen, zullen wij een onderzoek instellen. Als wij u meedelen dat wij ons standpunt handhaven, kunt u binnen vier weken een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijke rechter voorleggen.

c. Als de betalingsregeling zoals opgenomen in artikel 3.6.6 ingaat nadat er een betalingsachterstand van vier maandpremies is ontstaan sturen wij u geen mededeling zoals vermeld onder a zolang u de nieuwe premies voldoet.

3.6.8. Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van zes of meer maandpremies, melden wij u aan bij het CVZ. Na de aanmeldingsbevestiging van het CVZ, bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie aan het CVZ te betalen. Het CVZ int deze premie totdat u alle verschuldigde bedragen inclusief rente- en incassokosten hebt betaald.

Wij melden u niet aan bij het CVZ als:

- a. u de premieachterstand tijdig hebt betwist en wij ons standpunt nog niet aan u hebben meegedeeld;
- b. u binnen 4 weken nadat wij u hebben meegedeeld ons standpunt te handhaven en de premieschuld te zullen melden aan het CVZ, het geschil hebt voorgelegd aan de SKGZ of burgerlijke rechter en zolang er op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
- c. als u zich hebt aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden hebt gesloten.

Onderdeel van de melding bij het CVZ vormt onze verklaring dat wij artikel 18b en het tweede lid van artikel 18c Zvw in acht hebben genomen.

3.6.9. Wij stellen u en het CVZ meteen op de hoogte van de datum waarop:

- a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden volledig zijn voldaan of tenietgaan;
- b. de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet op u van toepassing heeft verklaard;
- c. u gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waarin wij deelnemen.

De plicht om de bestuursrechtelijke premie aan het CVZ te betalen, eindigt met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de data zoals hierboven vermeld. Vanaf dit moment herleeft uw plicht om de premie aan ons te betalen.

3.6.10. U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18d, eerste lid, of 18e, Zvw.

ARTIKEL 4. OVERIGE VERPLICHTINGEN

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van Gewoon ZEKUR Zorg;
- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. 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;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op de verzekerde zorg schorsen.

ARTIKEL 5. WIJZIGING PREMIE(GRONDSLAG) EN VOORWAARDEN

5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van Gewoon ZEKUR Zorg op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van Gewoon ZEKUR Zorg in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zorgverzekeringswet gestelde regels.

ARTIKEL 6. BEGIN, DUUR EN BEÏNDIGING VAN GEWOON ZEKUR ZORG

6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Door een zorgverzekering bij ons aan te vragen, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen.
- 6.1.2. Het is mogelijk dat wij niet uit uw aanvraag kunnen afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. Gewoon ZEKUR Zorg gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.
- 6.1.3. Als u al een andere zorgverzekering hebt op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, gaat Gewoon ZEKUR Zorg in op de door u aangegeven latere datum.
- 6.1.4. Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. U moet

zich dan binnen een maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.

- 6.1.5. Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, gaat Gewoon ZEKUR Zorg in op de dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Voorbeeld

U bent verplicht uw kind binnen vier maanden na de geboorte te verzekeren, zodat uw kind vanaf de datum van geboorte is verzekerd.

- 6.1.6. De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringsplicht. Onverzekerden riskeren een boete. Wij handelen bij het opleggen van een boete in overeenstemming met de bepalingen van paragraaf 9.3 van de Zorgverzekeringswet.

6.2. Einde van rechtswege

Gewoon ZEKUR Zorg eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- Univé door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk twee maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet-tijdig meedeelt en wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, zullen wij deze kosten bij u (terug)vorderen.

Als wij vaststellen dat Gewoon ZEKUR Zorg is geëindigd, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.3.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt Gewoon ZEKUR Zorg schriftelijk of per e-mail opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari Gewoon ZEKUR Zorg opzeggen op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert. Naast de jaarlijkse mogelijkheid Gewoon ZEKUR Zorg van Univé op te zeggen, kunt u als verzekeringnemer Gewoon ZEKUR Zorg tussentijds schriftelijk opzeggen (zie artikel 6.3.2.).

6.3.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt Gewoon ZEKUR Zorg tussentijds schriftelijk of per e-mail opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u Gewoon ZEKUR Zorg opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- als u bij ons deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding;
- per de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin wij uw opzegging hebben ontvangen.

6.3.3. U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.1 en 6.3.2 ook gebruik maken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

6.3.4. U kunt Gewoon ZEKUR Zorg niet opzeggen als er sprake is van een betalingsachterstand en wij u hiervoor een aanmaning hebben gestuurd. U kunt de Gewoon ZEKUR Zorg wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen twee weken uw opzegging bevestigen.

6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen Gewoon ZEKUR Zorg schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang Gewoon ZEKUR Zorg opzeggen. Wij zijn

in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Bewijs van einde

Als Gewoon ZEKUR Zorg eindigt, ontvangt u een bewijs van einde met de volgende informatie:

- naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop Gewoon ZEKUR Zorg eindigt;
- of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

Als de verzekeringsplicht is geëindigd, wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het College voor zorgverzekeringen (CVZ) op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens u heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- u kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het CVZ binnen twee weken aantoonst dat u al een zorgverzekering hebt gesloten. De termijn van twee weken gaat in op de datum waarop het CVZ u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig bent;
- u kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste twaalf maanden niet opzeggen.

ARTIKEL 7. VERPLICHT EIGEN RISICO

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 220 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.

Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde

geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;

- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (zogenaamde zorgprogramma's). Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);
- verloskundige zorg en kraamzorg.
Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, vlokkestest of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;
- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg Univé;
- hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 20, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen.

Deze informatie is opgenomen in het Overzicht vrijstelling eigen risico. U kunt dit overzicht vinden op www.zekur.nl/ documenten of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Bijzonder bij Gewoon ZEKUR Zorg van Univé is dat de kosten van de anticonceptiepil geleverd door een specifiek voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder voor verzekerden tot 21 jaar buiten het verplicht eigen risico vallen. Zie voor meer informatie www.zekur.nl.

7.4. Berekeningswijze hoogte verplicht eigen risico

Als Gewoon ZEKUR Zorg niet start of eindigt op 1 januari, dan wordt het eigen risico als volgt berekend:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat Gewoon ZEKUR Zorg loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

Gewoon ZEKUR Zorg loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 366 dagen. Het eigen risico is:

€ 220 x 30 gedeeld door 366 is € 18,03 en wordt afgerond op € 18.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

ARTIKEL 8. VRIJWILLIG EIGEN RISICO

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen uit een Gewoon ZEKUR Zorg met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting is vermeld op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico is van toepassing op dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

8.3. Berekeningswijze hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als Gewoon ZEKUR Zorg niet start of eindigt op 1 januari, dan wordt het vrijwillig eigen risico als volgt berekend:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat Gewoon ZEKUR Zorg loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

U hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. Gewoon ZEKUR Zorg loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar bestaat uit 366 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 366 is € 8,20 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 220 x 30 gedeeld door 366 is € 18,03 en wordt afgerond op € 18. Het totale eigen risico bedraagt € 26 (€ 18 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

- 8.3.2. Als Gewoon ZEKUR Zorg niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:
- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is;
 - de som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
 - de uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk of per e-mail doorgeven.

8.5. Berekening vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het te dragen vrijwillig eigen risicobedrag is dezelfde bepaling van toepassing als genoemd in artikel 7.5.

ARTIKEL 9. BUITENLAND**9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland**

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot

maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet-tijdig kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas is de EHIC afgedrukt. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, hebt u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. De EHIC is ook geldig als u naar Australië gaat. In Australië hebt u hiermee recht op spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet dat deze niet meer geldig is, dan kunnen wij de kosten van zorg die u hebt ontvangen bij u verhalen.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten in het buitenland zijn vaak hoger dan de kosten van een behandeling in Nederland. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u één of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met de ZEKUR Alarmcentrale. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

ARTIKEL 10. KLACHTEN EN GESCHILLEN

10.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

10.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

10.1.2. 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 hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

10.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website.

10.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- 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 is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

II Zorgartikelen

GENEESKUNDIGE ZORG

ARTIKEL 11. HUISARTSENZORG

Omschrijving

U hebt recht op:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvies, begeleiding bij het stoppen met roken en preconceptiezorg (kinderwensconsult).

Onder begeleiding bij het stoppen met roken wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

- korte behandelingen, zoals eenmalige korte stopadviezen;
- intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel). De behandeling bestaat uit ten minste vier contacten van ten minste tien minuten in een periode van één tot enkele maanden.

Onder preconceptiezorg (kinderwensconsult) wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

- adviezen voor gezonde voeding;
- advies over inname van foliumzuur;
- advies over inname van vitamine D;
- adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
- adviezen over geneesmiddelengebruik;
- adviezen voor behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
- adviezen over infectieziekten en vaccinaties;
- het opsporen van risico's aan de hand van uw ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling als u (nog) niet zwanger bent;

2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover wij met uw huisarts afspraken hebben gemaakt. Voorbeelden van deze zorg zijn:
 - (kleine) chirurgische verrichtingen;
 - ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
 - longfunctiemeting (spirometrie);
 - dopplersonderzoek (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders);
 - MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus);
 - audiometrie (onderzoek van het gehoor);
 - het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Bent u 21 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel;

- het inspuiten van spataderen (varices sclerosering);
- therapeutische injecties.

Door

Huisarts of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, verpleegkundige, maatschappelijk werker, nurse practitioner (NP), physician assistant (PA) of praktijkondersteuner.

De gezondheidsadviesing zoals genoemd onder omschrijving, punt 1, mag ook plaatsvinden door de ZEKUR Gezondheidslijn.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

ZEKUR Gezondheidslijn

Hebt u een vraag over uw gezondheid, dan kunt u daarvoor terecht bij uw huisarts, maar u kunt ook de ZEKUR Gezondheidslijn bellen. De ZEKUR Gezondheidslijn is een medische advieslijn. U overlegt telefonisch met een ervaren verpleegkundige. Met behulp van een aantal gerichte vragen bepaalt deze verpleegkundige de ernst van uw klachten en geeft u vervolgens een advies. Dit gebeurt eventueel in samenspraak met een huisarts. Dit advies kan variëren van een zelfzorgadvies ('u kunt het beste een paracetamol nemen') tot 'ga direct naar de huisarts'.

De ZEKUR Gezondheidslijn is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar voor gezondheidsadviesing. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Als u 18 jaar of ouder bent en u schrijft zich in bij één van de geselecteerde huisartsenpraktijken in Amsterdam, bent u vrijgesteld van het verplicht eigen risico van € 220 voor medisch specialistische zorg (artikel 14) van de voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder in Amsterdam en levering van geneesmiddelen (artikel 29) door de voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder. Meer informatie vindt u op www.zekur.nl.

ARTIKEL 12. ZORGPROGRAMMA'S (KETENZORG)

Omschrijving

U hebt recht op een van de volgende zorgprogramma's (ketenzorg):

1. diabetes mellitus type 2;
2. COPD (chronisch obstructieve longziekte; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem), of;
3. cardiovasculair risicomanagement.

De inhoud en de bekostiging van deze zorgprogramma's is vastgesteld volgens de beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg.

Deze zorg omvat ook dieetadvisering als dit onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg. U hebt recht op voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëten die plegen te bieden, tot maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

Zorgprogramma's (ketenzorg)

Zorgprogramma's zijn speciaal ontwikkeld om de zorg voor chronisch zieken kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren. Het doel van deze aanpak is dat zorgaanbieders nauwer met elkaar samenwerken, zodat de zorg die u als patiënt nodig hebt beter op elkaar wordt afgestemd tussen de verschillende zorgaanbieders.

Door

Een door ons gecontracteerde zorggroep. Een lijst van gecontracteerde zorggroepen, de vergoedingsmogelijkheden, welke zorgprogramma's zijn vrijgesteld van het verplicht en vrijwillig eigen risico en de zorgstandaarden kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van de zorg verleend door de individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen.

Bijzonderheden

Medisch specialistische zorg valt niet onder het zorgprogramma (de ketenzorg). Voor het recht op deze zorg, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg.

ARTIKEL 13. VERLOSKUNDIGE ZORG EN KRAAMZORG

13.1. Verloskundige zorg

Omschrijving

U hebt recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt.

Deze zorg omvat ook:

- preconceptiezorg (kinderwensconsult):
als u een kindwens hebt, kunt u gebruik maken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- counseling:
als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, hebt u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo;
- combinatietest:
u kunt met de combinatietest laten onderzoeken hoe groot de kans is op een kind met Downsyndroom. De combinatietest bestaat uit twee onderzoeken:
 1. een bloedonderzoek tussen week 9 en 14 van de zwangerschap;
 2. de nekplooiemeting via een echo, die gemaakt wordt tussen week 11 en 14 van de zwangerschap.
 U hebt recht op de combinatietest als u een medische indicatie hebt of als u 36 jaar of ouder bent;
- twintig-weeken echo (SEO):
met de twintig-weeken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Door

Verloskundige, huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist. De combinatietest en de twintig-weeken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder, die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Zodra er sprake is

van een medische indicatie is er geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Welke verloskundige zorg is opgenomen in Gewoon ZEKUR Zorg?	
Omschrijving	Opgenomen in Gewoon ZEKUR Zorg?
Bevalling thuis of in een kraamzorghotel	Ja
(Poli)klinische bevalling, zonder medische noodzaak	€ 193 per dag (€ 225 minus € 32 voor de eigen bijdrage kraamzorg in het ziekenhuis). In het rekenvoorbeeld dat opgenomen is in artikel 13.2, Kraamzorg, vindt u hoe dit bedrag is opgebouwd.
(Poli)klinische bevalling, met medische noodzaak	Ja

13.2. Kraamzorg

Omschrijving

U hebt recht op verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Door

Gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige die als kraamverzorgende werkt, al of niet verbonden aan een kraamcentrum, kraamzorghotel of ziekenhuis.

Een kraamzorghotel is een organisatie voor het leveren van kraamzorg ter vervanging van kraamzorg in de thuissituatie.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 4 per uur voor kraamzorg thuis of bij een verblijf in een kraamzorghotel. Voor een kraamzorghotel wordt voor de eigen bijdrage maximaal 8 uur per dag gerekend;
- € 16 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een ziekenhuis, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het ziekenhuistarief en de maximale vergoeding van € 112,50 per dag voor zowel moeder als kind.

Rekenvoorbeeld

Als u in het ziekenhuis bevalt zonder dat dit medisch noodzakelijk is, hebt u recht op de volgende vergoeding voor moeder en kind samen:

Maximale vergoeding is 2 x € 112,50 is:	€ 225 per dag
Af: Eigen bijdrage is 2 x € 16 is:	€ 32 per dag
Vergoeding vanuit Gewoon ZEKUR Zorg is:	€ 193 per dag

Dit betekent dat u het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 193 per dag zelf moet bijbetalen.

Bijzonderheden

1. Wij stellen het aantal te realiseren zorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U hebt recht op ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen. Het kraamcentrum indiceert de benodigde uren. U kunt dit protocol vinden op onze website of telefonisch opvragen.
2. Voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengen wij het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering op het aantal geïndiceerde kraamzorguren.
3. Als meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kraamzorg in rekening brengen, dan hebt u ook op deze dubbele dag recht op kraamzorg.

Let op

Vraag kraamzorg ten minste vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via onze website of Univé Kraamzorg. Dan weet u zeker dat uw aanvraag tijdig kan worden verwerkt. Kijk voorin deze voorwaarden voor het telefoonnummer.

Welke kraamzorg is opgenomen in Gewoon ZEKUR Zorg?	
Omschrijving	Opgenomen in Gewoon ZEKUR Zorg?
Kraamzorg thuis of in een kraamzorghotel	Maximaal 10 dagen. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4 per uur.
Kraamzorg in het ziekenhuis bij een bevalling zonder medische noodzaak	Maximaal 10 dagen. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 16 per dag voor moeder en kind. Naast deze eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het ziekenhuistarief en de maximale vergoeding van € 112,50 per dag. Dit betekent dat u voor moeder en kind samen recht hebt op een vergoeding van maximaal € 193 per dag (€ 225 minus € 32 per dag). In het rekenvoorbeeld dat opgenomen is in dit artikel, vindt u hoe dit bedrag is opgebouwd.
Kraamzorg in het ziekenhuis, bij bevalling met medische noodzaak	Ja

- financiert een onderzoek naar deze behandeling. U hebt alleen recht op deze behandeling als uw indicatie en behandeling voldoet aan de voorwaarden van het onderzoeksvoorstel;
- verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. U hebt recht op deze zorg als alleen uw medisch specialist eindverantwoordelijk is of wijziging in de behandeling kan aanbrengen. Ook moet het gaan om handelingen die tot het specifieke zorgarsenaal van de medisch specialist behoren. Deze zorg omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg (zorg in de laatste levensfase);
 - begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder worden eenmalige korte stopadviezen verstaan.

U hebt geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op circumcisie.

Door

Medisch specialist.

Let op:

Wij sluiten voor medisch specialistische zorg met een beperkt aantal zorgaanbieders contracten. U vindt deze zorgaanbieders op onze website. Kijk voor meer informatie op www.zekur.nl/zorgvinder.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij specifiek voor ZEKUR van Univé geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Als u wordt doorverwezen door een medisch specialist die voor Gewoon ZEKUR Zorg is gecontracteerd naar een andere medisch specialist die gecontracteerd is voor Univé, hebt u ook recht op zorg. Nadere uitleg vindt u op www.zekur.nl/zorgvinder.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg.

ARTIKEL 14. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al hebt besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten (klachten waar geen duidelijke oorzaak voor gevonden kan worden) met toepassing van radiofrequente denervatie. De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW)

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. Deze lijst staat op onze website of kunt u telefonisch opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen.

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg hebt u voorafgaande toestemming nodig?

U hebt voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze voorafgaande toestemming nodig.

Om welke behandelingen gaat het?

Oogheelkunde: refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglid correcties.

KNO-heelkunde: oorschelp correcties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.

Heelkunde: gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.

Dermatologie: Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

Er zijn natuurlijk altijd uitzonderingen op de regel te bedenken; wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming hebt.

Let op: het recht op behandelingen van plastisch-chirurgische aard is geregeld in artikel 19, Plastische en/of reconstructieve chirurgie. Voor deze behandelingen moet u altijd vooraf toestemming aanvragen, met een toelichting van uw behandelend medisch specialist.

Bijzonderheden

1. De apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten vallen onder hulpmiddelenzorg, zie artikel 31, Hulpmiddelenzorg.
2. Voor meer informatie over thuisdialyse kunt u onze website raadplegen.
3. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
4. Voor het recht op:
 - medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg;

- zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 23, Specialistische GGZ;
- mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 27, Tandheelkundige zorg.

ARTIKEL 15. REVALIDATIE

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- de quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kan bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Door

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatie-arts worden uitgevoerd.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

ARTIKEL 16. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook adviesing plaatsvinden.

Door

Centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts of medisch specialist.

ARTIKEL 17. IN-VITROFERTILISATIE (IVF) EN OVERIGE FERTILITEITS-BEVORDERENDE BEHANDELINGEN

17.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap. Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het een of meerdere keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen.

Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen.

Wanneer hebt u opnieuw recht op drie IVF-pogingen?

Na een doorgaande (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet ontstaan met IVF, ontstaat opnieuw recht op drie pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste infertiliteit.

Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op een IVF-behandeltraject van drie pogingen, als er sprake is van gezamenlijke onvruchtbaarheid (infertiliteit).

Door

Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden

1. Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. U hebt geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie.
2. Voor het recht op geneesmiddelen die verband houden met de eerste, tweede en derde poging in-vitrofertilisatie (IVF), zie artikel 29, Geneesmiddelen.

IVF in het buitenland

Of u in aanmerking komt voor IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden.

Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

17.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen**Omschrijving**

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg wordt ook begrepen kunstmatige inseminatie.

Door

Gynaecoloog of uroloog.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

Voor het recht op geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid, zie artikel 29, Geneesmiddelen.

ARTIKEL 18. AUDIOLOGISCHE ZORG**Omschrijving**

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Door

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

Het recht op gehoorapparatuur is geregeld in artikel 31, Hulpmid-delenzorg.

ARTIKEL 19. PLASTISCHE EN/OF RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

U hebt geen recht op:

- a. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Wel of geen recht op plastische en/of reconstructieve chirurgie?
Enkele voorbeelden.

Buikwandcorrectie (abdominoplastiek)

U hebt alleen recht op een buikwandcorrectie als er sprake is van een van de volgende criteria:

1. verminking door ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
2. lichamelijke functiestoornissen:
 - a. als gevolg van continu aanwezige smetten in huidplooiën die ondanks adequate behandeling niet te voorkomen of te genezen zijn. Een operatie vormt de enige oplossing voor het probleem.
Als het smetten wordt veroorzaakt door onvoldoende hygiënische maatregelen, hebt u geen recht op deze zorg;
 - b. een ernstige bewegingsbeperking waarbij in staande positie het buikschort (de plooi) minimaal een kwart van de lengte van de bovenbenen bedekt.
Als u voor vergoeding in aanmerking wilt komen, dan mag u

teveel wegen. Uw Body Mass Index (BMI) moet gedurende 12 maanden 30 of minder zijn.

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).
Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang.
Uw BMI is dan $85 \text{ gedeeld door } (1.75 \times 1.75) = 85 \text{ gedeeld door } 3,0625 = 27,76$. Dit is afgerond 28.

Verwijderen van een borstprothese

U hebt recht op het verwijderen van een borstprothese als de prothese is geplaatst na een borstamputatie maar ook als er sprake is van ernstige kapselvorming of lekkage. Ook het klieven of wegsnijden van het kapsel kan voor vergoeding in aanmerking komen. U hebt alleen recht op het plaatsen of vervangen van een prothese na een (gedeeltelijke) borstamputatie.

Borstverkleining

U hebt recht op een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt of als u cup D hebt en u bent kleiner dan 1.60 meter, en u aantoonbaar lichamelijke klachten hebt. Het gaat dan om klachten die u fors beperken en die veroorzaakt worden door de zwaarte van de borsten. Uw gewicht mag niet te hoog zijn. Bij het opereren van te zware mensen is er namelijk een grotere kans op complicaties en een kleinere kans op een goed resultaat.

Correctie van ongelijke borsten

U hebt recht op verkleining van één van de borsten als uw borsten twee cupmaten of meer van elkaar verschillen ('zeer opvallende asymmetrie'). Dit kan gezien worden als een verminking. Er is dan alleen een vergoeding mogelijk voor de verkleining van één van de borsten. Zijn de borsten ongelijk na een borstreconstructie als gevolg van een (gedeeltelijke) amputatie, dan zijn ook andere manieren van correctie mogelijk, bijvoorbeeld het plaatsen van een borstprothese.

Correctie van ingetrokken tepels

Dit wordt niet vergoed. Ingetrokken tepels worden gezien als een 'natuurlijke variant' van het menselijk lichaam.

Littekencorrectie

U hebt recht op een littekencorrectie als het litteken flinke, aanneemelijke klachten geeft of zo lelijk is dat er sprake is van een verminking.

Borstvorming bij mannen (gynaecomastie)

U hebt recht op chirurgische correctie van deze borstvorming wanneer er aantoonbaar klierweefsel aanwezig is en deze gynaecomastie langer dan 12 maanden bestaat. Daarbij moeten er ernstige pijnklachten bestaan die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en/of sprake zijn van een verminking. Verminking wil zeggen dat er een duidelijk vrouwelijke borstvorm zichtbaar is.
U hebt zelden recht op deze behandeling als uw BMI hoger is dan 30, omdat er dan voornamelijk sprake is van vetweefsel.

Als er naast het weghalen van de borst ook nog liposuctie plaatsvindt, is voor de liposuctie geen extra vergoeding mogelijk.

Laserbehandeling

Laserbehandeling van zichtbare bloedvaatjes, pigmentvlekken, andere vlekken en onregelmatigheden wordt slechts zelden vergoed.

Liposuctie, ofwel het wegzuigen van vetweefsel

Liposuctie wordt zelden vergoed. U hebt alleen recht op liposuctie als dit de meest aangewezen behandelmethode is bij een medisch noodzakelijke ingreep (deze ingreep moet dan op zichzelf niet zijn uitgesloten van vergoeding).

Neuscorrectie

U hebt alleen recht op een neuscorrectie als u fors beperkende onbehandelbare neusklachten hebt. In een enkel geval is vergoeding mogelijk als er sprake is van een vermindering of een aangeboren misvorming.

Schaamlipcorrectie

Schaamlipcorrectie wordt zelden vergoed, omdat het vrijwel altijd gaat om klachten die weliswaar vervelend en hinderlijk kunnen zijn, maar niet fors beperkend. Echte misvormingen zijn er zelden. U hebt in dat geval wel recht op vergoeding.

Psychisch lijden

Psychisch lijden en psychosociale oorzaken zijn geen reden voor vergoeding van plastische chirurgie. Onder psychosociale oorzaken wordt bijvoorbeeld verstaan het niet naar het zwembad durven, zich schamen voor de partner waardoor problemen in de (seksuele) relatie ontstaan of geen nieuwe relatie durven aangaan omdat men zich schaamt of gepest wordt. Deze oorzaken zijn bijzonder vervelend maar zijn geen reden voor vergoeding.

Geen vergoeding

Voor bijvoorbeeld correctie van onderoogleden, tatoeageverwijdering of het 'liften' van hangende borsten is zelden een vergoeding mogelijk. Er is hierbij namelijk geen sprake van een medische noodzaak zoals in dit artikel beschreven.

Meer informatie kunt u vinden in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). U vindt deze werkwijzer op onze website. U kunt deze ook telefonisch bij ons opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen.

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Door

Medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

ARTIKEL 20. TRANSPLANTATIE VAN WEEFSELS EN ORGANEN

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat.

Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan hebt u alleen recht op deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- het onderzoek, de preservatie, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het

- transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opneming;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten worden niet vergoed.

Door

Medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

ARTIKEL 21. DYSLEXIEZORG

Omschrijving

Het recht op dyslexiezorg in verband met ernstige dyslexie bestaat alleen voor kinderen bij wie de zorg in 2012 begint op zeven-, acht-, tien- of elfjarige leeftijd en die basisonderwijs volgen. Onder deze zorg wordt verstaan het diagnosticeren en behandelen van deze kinderen met ernstige dyslexie volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol is een leidraad voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van cliënten met ernstige dyslexie met als doel het beschrijven van de optimale zorg voor cliënten met ernstige dyslexie, gebaseerd op de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten.

Dyslexie Diagnostiek en Behandeling plaatsvindt. Ook moet de school er alles aan hebben gedaan wat volgens het Protocol Leesproblemen en Dyslexie nodig is.

Het onderzoek moet uitwijzen of er daadwerkelijk sprake is van ernstige dyslexie, een lichtere vorm van lees- en spellingsproblemen, of juist een meer complexe problematiek. Als vastgesteld wordt dat er géén sprake is van ernstige dyslexie, dan komen de kosten van de diagnostiek wel voor vergoeding in aanmerking, maar de kosten voor behandeling niet.

U kunt het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Door

Kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of gezondheidszorgpsycholoog. De zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. De eindverantwoordelijkheid van de dyslexiezorg is in handen van de gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist.

De gezondheidszorgpsycholoog moet zijn ingeschreven in het Register van het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) of moet het keurmerk Kwaliteitsregister Dyslexie hebben.

De kinder- en jeugdpsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogogen en onderwijskundigen (NVO).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Leerkracht, remedial teacher, logopedist of andere leesspecialist verbonden aan de basisschool van het kind, met daarbij een onderwijskundig rapport waarin staat dat het kind 3 tot 6 maanden schoolse hulp heeft gehad voor dyslexie. Bij dit rapport moet ook een toelichting worden opgenomen waarin aangegeven wordt dat op basis van het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is vastgesteld dat verdere diagnostiek noodzakelijk is.

Het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is een handreiking voor leerkrachten, remedial teachers, logopedisten en andere leesspecialisten

Wanneer is sprake van ernstige dyslexie?

Er is sprake van ernstige dyslexie als het gaat om een ernstige specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die erfelijk is bepaald. Dit is een stoornis in de hersenen, waarbij bepaalde zenuwpraktoren onvoldoende worden doorgegeven. Deze stoornis is te onderscheiden van andere lees- en spellingsproblemen.

U hebt alleen recht op de diagnostiek als deze volgens het Protocol

van de groepen 1 tot en met 4. Doel van dit protocol is een zo goed mogelijke begeleiding van leerlingen met (dreigende) leesproblemen.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

ARTIKEL 22. EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG

Omschrijving

U hebt recht op eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot maximaal vijf zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Onder deze zorg wordt ook verstaan:

- preventie van problematisch alcoholgebruik, als het gaat om behandelingen die zijn gebaseerd op motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie. Hieronder worden ook verstaan de programma's Minder drinken en De Drinktest die specifiek gericht zijn op preventie (en behandeling) van alcoholproblematiek. U hebt recht op deze zorg als u meer drinkt dan verantwoord is, maar nog geen stoornis hebt ontwikkeld op het gebied van alcohol;
- preventie van depressie als het gaat om cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en problem solving therapy, eventueel in combinatie met psycho-educatie. U hebt recht op deze zorg bij een (beginnende) subklinische depressie. Hiervan is sprake als u één kernsymptoom, bijvoorbeeld een neerslachtige stemming, en maximaal drie andere symptomen van depressie hebt. Bijvoorbeeld een ontregelde slaap, energiegebrek en een gebrek aan eetlust. Van een depressie is dan nog geen sprake;
- preventie van paniekstoornis in de vorm van programma's op basis van cognitieve gedragstherapie. U hebt recht op deze zorg als er sprake is van een subklinische paniekstoornis waarbij geïndiceerde preventie van angststoornissen aangewezen is;
- begeleiding bij het stoppen met roken die gericht is op gedragsverandering in een groep of individueel;
- het programma Mindfulness based cognitive therapie (MBCT) om herhaling van depressieve klachten te voorkomen;
- behandeling van lichte tot matige depressies en angststoornissen. De programma's Beating the Blues en Kleur je leven mogen worden ingezet bij deze zorg als het behandeling betreft van lichte tot matige depressies.

U hebt geen recht op behandeling van aanpassingsstoornissen.

Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt ook niet verstaan intelligentieonderzoek, schoolpsychologische zorg en neurofeedback.

Door

Gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, psycholoog, cognitief therapeut, gedragstherapeut, ECP-therapeut, A&G-psycholoog, seksuoloog of arts. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of orthopedagoog.

De A&G-psycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De arts moet zijn ingeschreven in het Register van de Nederlandse vereniging voor verslavingsgeneeskunde (VVGNG).

De cognitief therapeut moet als lid zijn ingeschreven bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).

De ECP-therapeut moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Associatie voor Psychotherapie (NAP).

De eerstelijnspsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De gedragstherapeut moet als lid zijn ingeschreven bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).

De kinder- en jeugdpsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De orthopedagoog moet in het bezit zijn van het diploma orthopedagogiek van een in Nederland erkende universiteit en ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) met de registraties "NVO Basis-Orthopedagoog" of "NVO Basisaantekening diagnostiek".

De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

De psycholoog moet naast het lidmaatschap van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) ook zijn ingeschreven in een van de volgende Registers van het NIP:

- Eerstelijnspsychologie NIP;
- Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP;
- Kinder- en Jeugdpsycholoog Specialist NIP;
- Lichaamsgericht Werkend Psycholoog NIP;
- Psycholoog Arbeid en Gezondheid NIP;
- Psycholoog Mediator NIP.

Een psycholoog die beschikt over het 'dienstmerk Psycholoog NIP' voldoet ook aan onze voorwaarden.

De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van € 20 per zitting en € 50 voor een internetbehandeltraject.

Berekening aantal zittingen

Een zitting komt overeen met een consult. Afhankelijk van de zorg die wordt geboden, kan het ook voorkomen dat er een vijfde, een kwart, een halve of een dubbel consult in rekening wordt gebracht. Het aantal zittingen/consulten waarop u recht hebt en de hiervoor geldende eigen bijdrage wordt in dit geval naar rato berekend.

Voorbeelden:

- een e-mail consult telt als een kwart zitting. Hiervoor geldt dan een eigen bijdrage van $\frac{1}{4}$ van € 20 is € 5;
- een consult relatietherapie telt als een halve zitting per partner. Hiervoor geldt dan een eigen bijdrage per partner van $\frac{1}{2}$ van € 20 is € 10.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijzing plaatsvindt door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

ARTIKEL 23. SPECIALISTISCHE GGZ

Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandel doel te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van uw behandelaar. Uw behandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. U

kunt hierbij denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

U hebt geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- psychoanalyse (4 tot 5 keer in de week psychotherapie) gestart op of na 23 maart 2010;
- neurofeedback.

Door

Psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent van € 100 voor een DBC tot honderd minuten en € 200 voor een DBC vanaf honderd minuten.

U betaalt per kalenderjaar niet meer dan € 200 aan eigen bijdragen voor deze zorg.

U bent geen eigen bijdrage verschuldigd voor:

- een DBC voor indirecte tijd;
- een DBC voor crisis;
- voor specialistische GGZ zoals in dit artikel omschreven als u, met toepassing van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, verblijft in een psychiatrisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel h, van Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen;
- zorg als bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van de DBC.

Eigen bijdrage

Uitgangspunt is dat u de zorg hebt ontvangen op het moment dat de DBC is geopend.

Dat betekent dat als u in een kalenderjaar 18 jaar wordt, u een eigen bijdrage bent verschuldigd, als de DBC is geopend nadat u 18 jaar bent geworden. Als de DBC is geopend voordat u 18 jaar bent, dan bent u geen eigen bijdrage verschuldigd.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

PARAMEDISCHE ZORG**ARTIKEL 24. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR/MENSENDIECK****Omschrijving**

U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Jonger dan 18 jaar:

- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst;
- hebt u een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan hebt u per kalenderjaar recht op maximaal negen behandelingen per aandoening. Als u na deze negen behandelingen nog last hebt van de aandoening, hebt u nog recht op maximaal negen extra behandelingen voor die aandoening. In totaal hebt u in dit geval dus recht op maximaal achttien behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder:

- u hebt recht op de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.
De kosten van de eerste twintig behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt.

Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst worden vermeld. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het betreft in sommige gevallen ook de behandeling van een aandoening na bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel.

Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen.

U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen.
Om het voor u overzichtelijk te maken, volgt hieronder een schema waarin u kunt terugvinden op hoeveel zorg u recht hebt:

	Jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	geen vergoeding	9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)
Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen LET OP: voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt	volledig	vanaf 21e behandeling
Uw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen.	geen vergoeding

Door

Fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut.

Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

De geriatrisch fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

De kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Register van verbijzonderde oefentherapeuten Cesar/Mensendieck.

De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar

Deze zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Verwijsbrief

U hebt alleen een verwijsbrief nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of reïntegratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

ARTIKEL 25. LOGOPEDIE

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De Hanen Oudercursus valt ook onder deze zorg.

Door

Logopedist.

Bij de indicatie stotteren, indicatie preverbale logopedie en/of indicatie afasie mag de zorg alleen worden verleend door een gespecialiseerde logopedist. Dit geldt ook voor de logopedische behandeling volgens het Hanen-ouderprogramma en de groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren (IZS).

Stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut die is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar

Deze zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van de logopedist of stottertherapeut of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

ARTIKEL 26. ERGOTHERAPIE

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen, tot maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar.

Door

Ergotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar

Deze zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.

MONDZORG

ARTIKEL 27. TANDHEELKUNDIGE ZORG

27.1. Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); één keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op dit onderzoek;
2. incidenteel consult;
3. tandsteen verwijderen;
4. fluoridebehandeling ter preventie van tandcariës vanaf zes jaar; twee keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op deze behandeling;
5. sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen);
6. behandeling van het tandvlees (parodontale hulp);
7. verdoving (anesthesie);
8. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);

9. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
10. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
11. volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen);
12. kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken;
13. chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten. U hebt alleen recht op het aanbrengen van implantaten voor de zorg omschreven onder punt 12;
14. röntgenonderzoek. U hebt geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

Door

Tandarts, kaakchirurg, instelling voor jeugdtandverzorging, tandprotheticus of mondhygiënist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als het gaat om kronen, bruggen en implantaten.

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

27.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

U hebt recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt.
U hebt ook recht op het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;
- als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;
- als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

U hebt alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is.

Let op

Het ontbreken van enkele blijvende tanden of kiezen door een aanlegstoornis komt regelmatig voor. U hebt recht op bijzondere tandheelkunde als bij u ten minste zes tanden en kiezen in aanleg ontbreken.

Gebitsprothese op implantaten

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om twee implantaten in de onderkaak waarop twee drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Als u een vastzittende of geschroefde brug of prothese wilt in plaats van een uitneembaar kunstgebit, dan worden de implantaten voor deze brug niet vergoed.

Door

Tandarts of orthodontist verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts-implantoloog, orthodontist of kaakchirurg.

Een Centrum voor bijzondere tandheelkunde is een centrum verbonden aan een ziekenhuis of universiteit voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Voor een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) in het kader van de bijzondere tandheelkunde bent u een wettelijke bijdrage verschuldigd van € 125 per kaak. Deze eigen bijdrage geldt ook voor een gebitsprothese gemaakt voor implantaten.

Verwijzing door

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig.

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bent u extreem bang voor de tandarts?

U kunt dan misschien in aanmerking komen voor bijzondere tandheelkunde. Alleen de extra tijd die nodig is om de angst te verminderen, valt onder bijzondere tandheelkunde.

27.3. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

U hebt recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. U hebt geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties.

Door

Kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk

een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijzing door

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

ARTIKEL 28. PROTHETISCHE VOORZIENINGEN VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

Omschrijving

U hebt recht op een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) voor de boven- en/of onderkaak. U hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

Door

Tandarts of tandprotheticus.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten. U bent geen eigen bijdrage verschuldigd voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Toestemming

- U hebt voorafgaande toestemming nodig als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de gebitsprothese hoger zijn dan:
 - € 600 voor een boven- of onderkaak;
 - € 1.200 voor een boven- en onderkaak samen.
- U hebt voorafgaande toestemming nodig als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen.

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Eigen bijdrage gebitsprothese

U hebt recht op een gebitsprothese (kunstgebit) voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking. Deze kosten worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering hebt.

U hebt recht op een implantaat voor een kunstgebit als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Kijk hiervoor in artikel 27.2. U betaalt in dit geval een eigen bijdrage van € 125 per kaak in plaats van een eigen bijdrage van 25% van de kosten.

Let op: naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

FARMACEUTISCHE ZORG

ARTIKEL 29. GENEESMIDDELEN

Omschrijving

Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Uw recht op farmaceutische zorg omvat ook de terhandstelling van een UR-geneesmiddel (een geneesmiddel dat uitsluitend op recept verkrijgbaar is bij de apotheek).

Voor de terhandstelling van een UR-geneesmiddel mag uw apotheker of apotheekhoudend huisarts één bedrag in rekening brengen. In dit bedrag zijn ook opgenomen de kosten van:

- instructie van een UR-geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel;
- medicatiebeoordeling van chronisch UR-geneesmiddelengebruik;
- dienstverlening thuis.

Geregistreerde geneesmiddelen:

u hebt recht op levering van door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze door ons zijn aangewezen (zie preferente geneesmiddelen). U vindt deze geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Preferente geneesmiddelen (voorkeursgeneesmiddelen):

wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als preferente geneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg Univé. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof

niet, hebt u aanspraak op de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u toch gebruik van niet-preferente geneesmiddelen, dan worden deze in principe niet vergoed. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het preferente middel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel. Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

Preferentiebeleid

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg Univé. Het verplicht en vrijwillig eigen risico geldt niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen.

Zelfzorgmiddelen:

u hebt recht op zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan zes maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, maagzuurremmers, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen:

u hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabriekantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Geleverd door

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Let op:

Wij sluiten voor geneesmiddelen op herhalingsrecept en de anti-conceptiepil met een beperkt aantal zorgaanbieders contracten. U vindt deze zorgaanbieder(s) op onze website. Ook vindt u hier een lijst van geneesmiddelen die niet (kunnen) worden geleverd door een voor Gewoon ZEKUR Zorg gecontracteerde zorgaanbieder. Als het betreffende geneesmiddel niet door de voor Gewoon ZEKUR Zorg zorgaanbieder wordt geleverd, kan het geneesmiddel door een andere apotheker of apotheekhoudend huisarts worden geleverd, met wie Univé een contract heeft gesloten. Kijk voor meer informatie op www.zekur.nl/zorgvinder.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij specifiek voor ZEKUR van Univé geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Als u moet bijbetalen voor een medicijn, telt deze eigen bijdrage niet mee voor uw eigen risicobedrag. Kijk voor meer informatie op onze website. U kunt voor informatie natuurlijk ook terecht bij uw apotheker.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal van de geneesmiddelen op bijlage 2 hebt u van ons voorafgaande toestemming nodig. De geneesmiddelen, waarvoor u toestemming nodig hebt, kunt u vinden in het Reglement farmaceutische zorg Univé. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie.

Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts met wie wij een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwe-

gingen dit formulier niet bij uw apotheek wil inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Gaat u naar een apotheker of apothekhoudend huisarts met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de artsverklaring rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor meer informatie voorin deze voorwaarden.

Bijzonderheden

1. U hebt geen recht op:
 - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - farmaceutische zorg met betrekking tot een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
 - voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep;
 - advies farmaceutische zelfzorg;
 - advies ziekterisico bij reizen;
 - preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
2. Geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 5 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (BR/CU-2035) van de Nederlandse Zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.
3. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Anticonceptiemiddelen

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals de anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing. Ook geldt vanaf 18 jaar een eigen risico.

De anticonceptiepil moet geleverd worden door een specifiek voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder. De anticonceptiepil geleverd door een specifiek voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder is vrijgesteld van het verplicht eigen risico. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage komt wel voor uw rekening. Hebt u een aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg? Dan krijgt u ook de wettelijke eigen bijdrage voor uw anticonceptiepil vergoed.

Wordt de anticonceptiepil geleverd door een andere apotheker of apothekhoudend huisarts? Dan ontvangt u een vergoeding volgens de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Univé 2012.

Bent u 21 jaar of ouder? U hebt alleen recht op anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). In alle andere gevallen vergoedt de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg anticonceptiemiddelen inclusief de wettelijke eigen bijdrage geleverd door een specifiek voor ZEKUR gecontracteerde apotheker.

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door de huisarts of medisch specialist.

U kunt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg Univé vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijkt u voor meer informatie voorin deze voorwaarden.

ARTIKEL 30. DIEETPREPARATEN

Omschrijving

U hebt recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

U hebt alleen recht op deze dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- b. lijdt aan een voedselallergie;
- c. lijdt aan een resorptiestoornis;
- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- e. daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Geleverd door

Zorgaanbieders waarmee wij hiervoor een overeenkomst hebben gesloten. U kunt voor dieet- en sondevoeding ook bij uw apotheker of apothekhoudend huisarts terecht.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.

Recept (voorschrift)

Diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw zorgaanbieder beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw zorgaanbieder wilt inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen. Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de artsenverklaring rechtstreeks naar ons te (laten) sturen. Kijk voor meer informatie voorin deze voorwaarden. De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op dieetproducten.

Dieetproducten (geen vergoeding)

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten worden niet vergoed.

HULPMIDDELENZORG**ARTIKEL 31. HULPMIDDELEN EN VERBANDMIDDELEN****Omschrijving**

U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen Univé hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. Sommige groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen Univé opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen Univé vindt u de volgende informatie:

- of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;
- of u voorafgaande toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Door

Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

In het Reglement hulpmiddelen Univé vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een bruikleenhulpmiddel? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 80% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten, die wij zouden hebben betaald voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen Univé voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Verwijsbrief

In het Reglement hulpmiddelen Univé kunt u terugvinden voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig hebt. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

U hebt voor de eerste aanschaf van een hulpmiddel of verbandmiddel altijd voorafgaande toestemming nodig. Wij beoordelen of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Hierbij beoordelen wij of u bent aangewezen op het hulpmiddel of verbandmiddel. Ook bekijken wij of het hulpmiddel doelmatig is en niet onnodig kostbaar. U vindt in het Reglement hulpmiddelen Univé per hulpmiddel of u voor vervanging of reparatie van het hulpmiddel ook voorafgaande toestemming nodig hebt.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben gesloten? Uw zorgaanbieder beoordeelt voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige hulpmiddelen is afgesproken dat wij de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder uw aanvraag naar ons door.

Als u om privacyoverwegingen niet wilt dat de zorgaanbieder uw aanvraag beoordeelt, kunt u ons de aanvraag ook rechtstreeks sturen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? U moet ons dan zelf voorafgaande toestemming vragen. Wilt u bij de aanvraag de offerte van het hulpmiddel en de toelichting van de voorschrijver meesturen?

Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen.

Bijzonderheden

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruiksstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruiksstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen. Als door toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid schade aan

het hulpmiddel ontstaat, hebt u binnen de gebruiksstermijn geen recht op vervanging of reparatie van het hulpmiddel.

2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen hebt ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

U kunt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen Univé vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING**ARTIKEL 32. VERBLIJF****Omschrijving**

U hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van maximaal 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Waar

In een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, of revalidatie-instelling dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) deze stelt aan een instelling.

Let op:

Wij sluiten voor verblijf met een beperkt aantal zorgaanbieders contracten. U vindt deze zorgaanbieders op onze website. Kijk voor meer informatie op www.zekur.nl/zorgvinder.

Gaat u naar een instelling met wie wij specifiek voor ZEKUR van Univé geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar

of ouder bent van € 145 per maand voor verblijf in verband met geneeskundige GGZ zoals omschreven in artikel 23, Specialistische GGZ. Tijdens de eerste 31 dagen van het verblijf bent u geen eigen bijdrage verschuldigd.

Een onderbreking van het verblijf van maximaal 7 dagen, wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de hiervoor genoemde 31 dagen.

Over een gedeelte van een maand wordt de eigen bijdrage als volgt berekend. De eigen bijdrage van € 145 wordt vermenigvuldigd met 12 maal het aantal dagen waarover de eigen bijdrage binnen die maand is verschuldigd en gedeeld door 365.

Voorbeeld

U bent 18 jaar of ouder en uw verblijf begint op 15 april en eindigt op 1 juli.

Tijdens de eerste 31 dagen van het verblijf bent u geen eigen bijdrage verschuldigd. U hoeft dus pas een eigen bijdrage te betalen vanaf 16 mei. Uw eigen bijdrage voor mei is dan € 145 vermenigvuldigd met 192 (12 maal 16 dagen van de maand mei waarover de eigen bijdrage is verschuldigd), gedeeld door 365 is € 76,27. Voor de maand juni is uw eigen bijdrage € 145.

In totaal bent u een eigen bijdrage verschuldigd van € 221,27 (€ 76,27 en € 145).

Op voorschrift van

Verloskundige, medisch specialist, psychiater/zenuwarts of kaakchirurg. Zij stellen de medische noodzaak vast.

Bijzonderheden

Onderbrekingen van maximaal 30 dagen worden niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen bedoeld in dit artikel onder omschrijving. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

ZIEKENVERVOER

ARTIKEL 33. AMBULANCEVERVOER EN ZITTEND ZIEKENVERVOER

Omschrijving

U hebt recht op:

1. medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
 - a. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;

- b. naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ gaat verblijven;
- c. vanuit een AWBZ-instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 1b, naar:
 - een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komt;
 - een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komt;
- d. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a, b of c;

Wat wordt verstaan onder ambulancevervoer?

Ambulancevervoer is vervoer van zieken en ongevalsloffers en hun begeleiders met ambulance-auto's.

2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

 - a. u moet nierdialyses ondergaan;
 - b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
 - c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
 - d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

Wanneer komt u in deze situatie in aanmerking voor zittend ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?

Uw visuele handicap moet dusdanig zijn, dat u niet in staat bent om met openbaar vervoer te reizen. Dit wordt onder andere bepaald door uw visus en door uw gezichtsveld. U hebt recht op zittend ziekenvervoer, als uw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer u een gezichtsveldbeperking hebt van minder dan 20 graden. Het kan ook voorkomen dat u een combinatie hebt van een slechte visus en een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. In dat geval is een individuele beoordeling nodig, om uw recht op vervoer te kunnen beoordelen.

- e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: u moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer. Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van twee begeleiders toestaan.

Door

1. Ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Zittend ziekenvervoer:
 - taxivervoerder;
 - openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;
 - eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,30 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Maakt u gebruik van een ambulance- of taxivervoerder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 93 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. U hebt geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming:

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer.

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

U kunt met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer toestemming aanvragen. Dit formulier kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Bijzonderheden

1. Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.

ZORGBEMIDDELING**ARTIKEL 34. ZORG- EN WACHTLIJSTBEMIDDELING****Omschrijving**

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de Gewoon ZEKUR Zorg. U kunt voor deze zorgbemiddeling 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 zorgaanbieder 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.

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet-tijdig kan worden geleverd, mag u gebruik maken van een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

III Begripsomschrijvingen

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

AWBZ-instelling: een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen ZEKUR van Univé en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden Gewoon ZEKUR Zorg en eventuele aanvullende verzekeringen (Extra ZEKUR Zorg) te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (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 specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. 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 365 dagen.

Eigen bijdrage: een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op (vergoeding van de kosten van) zorg, welke u zelf dient te dragen alvorens recht bestaat op (vergoeding van de kosten van) het resterende deel van de zorg.

Eigen risico:

1. verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat voor uw rekening blijft;
2. vrijwillig eigen risico: een door u als verzekeringnemer met ZEKUR van Univé als onderdeel van Gewoon ZEKUR Zorg overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat u voor uw rekening zal nemen.

Europese Unie en EER-lidstaat: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten

die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.

Gewoon ZEKUR Zorg: een tussen ZEKUR van Univé en de verzekeringnemer voor de verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instellingen: instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
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.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens ZEKUR van Univé voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Univé: N.V. Univé Zorg, gevestigd in Alkmaar en statutair gevestigd in Zwolle, KvK-nummer: 37112407. Univé is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000665. Univé is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A.

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt Univé aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland: een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van

geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verzekerde: degene voor wie het risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door ZEKUR van Univé, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met ZEKUR van Univé een zorgverzekering 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.

Verzekeringplichtige: degene die op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Verzekeringsvoorwaarden Gewoon ZEKUR Zorg / verzekeringsvoorwaarden: de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet van ZEKUR van Univé.

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

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorg: zorg of overige diensten.

Zorgpolis: de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en ZEKUR van Univé gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

IV Trefwoordenregister

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
A			F		
Algemene bepalingen	2	7	Farmaceutische zorg, geneesmiddelen en dieetpreparaten	29, 30	32, 34
Ambulancevervoer	33	37	Fertiliteitbevorderende behandelingen en in-vitrofertilisatie (IVF)	17	21
Apotheekhoudend huisarts	29, 30	32, 34	Fraude	2.4	7
Apotheker	29, 30	32, 34	Fysiotherapeut	24	28
Arts	22	26	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	24	28
Audiologische zorg, audiologisch centrum	18	22	G		
Auto, vervoer met eigen	33	37	Gebitsprothese	28	32
AWBZ, AWBZ-instelling	33	37	Gedragstherapeut	22	26
B			Gehoorapparatuur	18	22
Begin, duur en beëindiging van Gewoon ZEKUR Zorg	6	11	Gehoorfunctie, onderzoek	18	22
Begripsomschrijvingen	Hfd. III	39	Geneeskundige zorg	11 t/m 21	16 t/m 25
Bekkenfysiotherapeut	24	28	Geneesmiddelen	29	32
Bemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	34	38	Geschillen, klachten en geschillen	10	15
Bevalling	13	17	Gezondheidszorgpsycholoog	22	26
Bijzondere tandheelkunde	27.2	30	GGZ	22, 23	26, 27
Buitenland	9	14	GGZ-instelling	23	27
C			H		
Centrum voor bijzondere tandheelkunde	27.2	30	Huidtherapeut	24	28
Centrum voor erfelijkheidsadvies	16	21	Huisarts, huisartsenzorg	11	16
Cesar/Mensendieck, oefentherapie	24	28	Hulpmiddelen, hulpmiddelenzorg	31	35
Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	27.3	31	I		
Chronisch intermitterende beademing	14	19	ICSI	17	21
Circumcisie	14	19	Implantaten	27, 28	30, 32
Cognitief therapeut	22	26	Instelling	32	36
Collectieve overeenkomst	3, 6	8, 11	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	17	21
Coöperatie	2	7	J		
Counseling	13	17	Jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg	14	19
D			K		
Dieetpreparaten	30	34	Kaakchirurg, kaakchirurgie	27.3	31
DNA-onderzoek	16	21	Kinder- en jeugdpsycholoog	22	26
Donor	20	24	Kinderfysiotherapie, -therapeut	24	28
Dyslexiezorg	21	25	Klachten en geschillen	10	15
E			Klinisch psycholoog	23	27
Eerstelijnspsychologische zorg, eerstelijnspsycholoog	22	26	Kraamzorg	13	17
Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico	7, 8	12, 13	L		
Erfelijkheidsonderzoek, centrum voor erfelijkheidsadvies	16	21	Logopedie, logopedist	25	29
Ergotherapeut, ergotherapie	26	30	M		
EU- (Europese Unie) en EER-lidstaat	9	14	Manuele therapie, manueel therapeut	24	28
			Medicijnen, zie geneesmiddelen		

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
Medisch specialistische zorg, medisch specialist	14	19	T		
Mensendieck, oefentherapie	24	28	Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen	27.2	30
Mondhygiënist	27.1	30	Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, centrum voor	27.2	30
Mondzorg	27, 28	30, 32	Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	27.1	30
O			Tandprotheticus	27.1, 28	30, 32
Oedeemtherapie, oedeemtherapeut	24	28	Taxivervoer	33	37
Oefentherapie, oefentherapeut Cesar/Mensendieck	24	28	Thuisdialyse	14	19
Orgaantransplantatie	20	24	Toestemming	1, 9	4, 14
Orthodontische zorg, orthodontist	27.2	30	Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	9	14
Orthopedagoog	22	26	Transplantatie van weefsels en organen	20	24
Orthopedagoog-Generalist	21, 22	25, 26	Trombosedienst	14	19
Overige verplichtingen	4	10	U		
Overzicht vrijstelling eigen risico	2, 7	7, 12	Uitsluitingen	1.11	6
P			V		
Paramedische zorg	24 t/m 26	28 t/m 30	Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	9	14
Plastische en/of reconstructieve chirurgie	19	23	Verblijf, verblijf in een instelling	32	36
Preconceptiezorg	11, 13	16, 17	Verdragsland	9	14
Premie	3	8	Verloskamer	13	17
Premie(grondslag) en voorwaarden	3, 5	8, 11	Verloskundige zorg, verloskundige	13	17
Prenatale screening	13	17	Verpleegkundige	11, 14	16, 19
Prothetische voorzieningen	27.1, 28	30, 32	Verplichtingen, overige	4	10
Psychiater/zenuwarts	23	27	Vervoer, zie ziekenvervoer		
Psychotherapeut	23	27	Verwijzing, voorschrift of toestemming	1.9	5
R			Verwijzing en/of toestemmingsvereiste, buitenland	9	14
Reglement farmaceutische zorg Univé	2, 7, 2 9, 30	7, 12, 32, 34	W		
Reglement hulpmiddelen Univé	2, 31	7, 35	Wachlijstbemiddeling, Zorg- en wachtlijstbemiddeling	34	38
Revalidatie, revalidatie-instelling	15	20	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	5	11
S			Z		
Second opinion door een medisch specialist	14	19	ZEKUR Alarmcentrale	9	14
Seksuoloog	22	26	ZEKUR Gezondheidslijn	11	16
Specialist, medisch, medisch specialistische zorg	14	19	Ziekenhuis	13, 14, 15, 20, 32	17, 19, 20, 24, 36
Specialistische GGZ	23	27	Ziekenvervoer, ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	33	37
Sterilisatie	14	19	Zorgbemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	34	38
Stoppen met roken	11 t/m 14, 22	16 t/m 19, 26	Zorgpolis	2	7
Stottertherapeut	25	29			
Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	13	17			

Veel verzekering voor weinig

N.V. Univé Zorg

ingande 1 januari 2012

Extra ZEKUR Zorg

Naast de verplichte basisverzekering – Gewoon ZEKUR Zorg – kunt u een aanvullende verzekering sluiten: Extra ZEKUR Zorg. Kijk voor een overzicht van de vergoedingen in de onderstaande inhoudsopgave. Een voordeel is dat in Extra ZEKUR Zorg standaard een Doorlopende Reisverzekering is opgenomen.

Budgetten Extra ZEKUR Zorg

Een aantal zorgvormen is gebundeld, zoals hulpmiddelen, preventie en therapieën. Voor de vergoeding voor deze zorgvormen is een budget gesteld. Een budget is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in dat budget aangegeven zorg. U hebt, binnen het maximum bedrag, vrije keuze van de in het budget genoemde zorg. U moet daarbij uiteraard wel aan de overige verzekeringsvoorwaarden voldoen.

Inhoudsopgave	Bladzijde
Artikel 1 Begripsomschrijving	2
Artikel 2 Algemene bepalingen	3
2.1. Grondslag van de verzekering	3
2.2. Bedenkperiode	3
2.3. Prestatiewijze aanvullende verzekering	3
2.4. Toetredingsleeftijd	4
2.5. Mededelingsplicht	4
2.6. Aanvang, duur en einde van de verzekering	4
2.7. Betaling en schorsing	4
2.8. Wijziging premie en/of verzekeringsvoorwaarden	5
2.9. Administratiekosten	5
2.10. Informatie- en meldingsplichten	5
2.11. Bijzondere verplichtingen en vergoeding van nota's	6
2.12. Aansprakelijkheid van derden	6
2.13. Vrijwaring van aansprakelijkheid	6
2.14. Schadevergoeding	6
2.15. Overige bepalingen	6
2.16. Collectieve contracten	6
2.17. Klachten en geschillen	6
2.18. Fraude	7
2.19. Molest	7
2.20. Recht op vergoeding bij terroristische handelingen	7
Vergoedingen Extra ZEKUR zorg	7
Uitsluitingen	13

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

Aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg

VERGOEDINGEN Extra ZEKUR Zorg

Omschrijving	Artikel	Bladzijde
Basiszorg	3	7
Second opinion	3.1.	7
Anticonceptie	4	8
Anticonceptiemiddelen	4.1	8
Eigen bijdrage anticonceptiemiddelen	4.2	8
Alternatieve geneeswijzen (budget)	5	8
Behandelingen en consulten	5.1.	8
Homeopathische geneesmiddelen	5.2.	8
Buitenland	6	8
Geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf	6.1.	8
Repatriëring	6.2.	9
Hulpmiddelen (budget)	7	9
Hulpmiddelen (eigen bijdrage)	7.1.	9
Steunpessarium	7.2.	9
Steunzolen	7.3.	9
Gezichtshulpmiddelen	8	9
Brillen en contactlenzen	8.1.	9
Mondzorg	9	9
Tandheelkundige zorg	9.1.	9
Preventie (budget)	10	9
Gezondheidstest	10.1.	10
Griepvaccinatie	10.2.	10
Preventieve inenting/malariapillen	10.3.	10
Sport medisch advies	10.4.	10
Cursus thuiszorg/patiëntenvereniging	10.5.	10
EHBO-cursus	10.6.	10
Gewichtsconsulent	10.7.	10
Reanimatiecursus	10.8.	10
Lidmaatschap patiëntenvereniging	10.9.	10
Sport en spel hartpatiënten	10.10.	10
Therapieën (budget)	11	10
Acnebehandeling	11.1.	10
Camouflagetherapie	11.2.	10
Dieetadvisering	11.3.	10
Eerstelijnspsychologische zorg	11.4.	11
Elektrische epilatie/laserontharing	11.5.	11
Ergotherapie	11.6.	11
Flebologie en proctologie	11.7.	11
Fysiotherapie en oefentherapie	11.8.	11
Oedeemtherapie/lymfdrainage	11.9.	12
Pedicure	11.10.	12
Podotherapie	11.11.	12
Stottertherapie of -coaching	11.12.	12
Herstel en Balans	11.13.	12
Herstellingsoort en zorghotel	11.14.	12
Kuurbehandeling	11.15.	12
Traumaopvang	11.16.	12
Thuiszorgverstrekkingen (budget)	12	12
Mantelzorgmakelaar	12.1.	12
Ronald McDonaldhuis/familiehuis	12.2.	13
Hospicezorg	12.3.	13
Sterilisatie	13	13
Sterilisatie	13.1.	13

Univé

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

(verder in alfabetische volgorde)

Aanvullende verzekering

Aanvullende verzekering: Extra ZEKUR Zorg inclusief Extra ZEKUR Doorlopende Reisverzekering van ZEKUR van Univé.

Adviserend tandarts

De tandarts die ons is in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten. De bedrijfsarts, of de instelling waarvoor hij werkt, moet een overeenkomst met ons hebben afgesloten.

Collectief contract

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

Diagnose Behandeling Combinatie

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code, die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. 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 365 dagen.

Eigen bijdrage

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

Hoofdverzekering

De zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Huisarts

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

Instelling:

- een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
- een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het betreffende 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.

Mantelzorg

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

Mantelzorger

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

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Techniekkosten

Kosten die verband houden met tandtechnische werkzaamheden in opdracht van de tandarts of tandarts-specialist. Onder techniekkosten wordt ook verstaan materiaal- en laboratoriumkosten horende bij alle tandheelkundige behandelingen genoemd in deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

Een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens ZEKUR wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U

Verzekeringnemer en/of verzekerde

Verzekerde

Degene ten behoeve van wie de verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van inschrijving, afgegeven door ZEKUR van Univé, is vermeld.

Verblijf

Verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verzekeringsbewijs

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

Verzekeraar

Univé.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ZEKUR van Univé is aangegaan. 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.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Internetadres: www.bigregister.nl

Wij/ons

Met wij/ons wordt in deze verzekeringsvoorwaarden ZEKUR van Univé bedoeld.

WVG

Tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De wet regelt onder andere het wettelijk tarief dat door zorgaanbieders bij de zorgverzekeraars mag worden gedeclareerd.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hier is verblijf langer dan 24 uur toegestaan.

Zorghotel(herstellingsoord)

Een door ons gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

2.1. -Grondslag van de verzekering

Lid 1 -De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van het ingevulde aanvraagformulier, de gegevens die daarbij afzonderlijk schriftelijk of per e-mail verstrekt zijn en eventueel een medische keuring op grond van door u verstrekte gegevens.

Lid 2 -Op deze verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Lid 3 -Schriftelijke gegevens verstrekt door de verzekerde/verzekeringnemer en onderliggende reglementen maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst, voor zover van toepassing. Het gaat hierbij om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Reglement Farmaceutische zorg Univé
- Reglement Hulpmiddelen Univé
- Regeling zorgverzekering
- het Clausuleblad terrorismedekking
- overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders.

Onderliggende reglementen vindt u op www.zekur.nl/documenten. Ook kunt u telefonisch informatie opvragen bij onze klantenservice via telefoonnummer 0900-ALZEKUR of 0900 - 259 35 87 (€ 0,10/minuut)

Lid 4 -Wij schrijven u in het kader van de Zorgverzekeringswet op uw verzoek in voor de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg en de Univé Extra ZEKUR Doorlopende Reisverzekering, behalve het bepaalde in de volgende leden van dit artikel. In door het bestuur te bepalen omstandigheden kunnen ook anderen worden ingeschreven.

Lid 5 -Bij gelijktijdige inschrijving voor Gewoon ZEKUR Zorg en de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg geldt geen medische beoordeling. Als aanmelding voor de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg later plaatsvindt dan de aanmelding voor Gewoon ZEKUR Zorg, vindt inschrijving voor Extra ZEKUR Zorg na gunstige beoordeling plaats per 1 januari van het kalenderjaar volgend op de aanvraag. De beoordeling vindt plaats aan de hand van de verklaring van de verzekeringnemer in het aanvraagformulier. Inschrijving met terugwerkende kracht is niet mogelijk.

Lid 6 -Inschrijving op de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg is alleen mogelijk als u bij ons Gewoon ZEKUR Zorg hebt afgesloten.

Lid 7 -Voor zover zij bij of krachtens de Zorgverzekeringswet niet anders zijn of worden geregeld, worden uw en onze wederzijdse rechten en verplichtingen met betrekking tot de verzekering bij of krachtens deze verzekeringsvoorwaarden geregeld.

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

Lid 9 -Geen beroep kan worden gedaan op informatie die telefonisch en mondeling is verstrekt.

2.2. -Bedenkperiode

-De verzekeringnemer kan bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsovereenkomst binnen veertien dagen na het sluiten van de overeenkomst, of, als dit later is, veertien dagen na ontvangst van de verzekeringsovereenkomst schriftelijk of per e-mail opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.3. -Prestatiewijze aanvullende verzekering

Lid 1 -U hebt aanspraak op vergoeding van de kosten van de genoten zorg, zoals omschreven in artikel 3 tot en met 13 van de verzekeringsovereenkomst, voor zover gemaakt tijdens de duur van de verzekering.

Lid 2 -Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts, fysiotherapeut en gezondheidspsycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel vinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Voor een aantal vormen van zorg is sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders.

U krijgt in die gevallen een lagere vergoeding of geen vergoeding als u gebruik maakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet-erkende zorgaanbieders. Dit is in het zorgartikel vermeld. Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een overzicht van door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op www.zekur.nl/zorgvinder. De erkende zorgaanbieders vindt u in betreffende zorgartikel.

Lid 3 -U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende marktprijs. Als u gebruik maakt van zorg die door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

Gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit kunt u in het betreffende zorgartikel vinden. De kosten per behandeling/zitting worden vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor 2012, zoals deze voor de zorgvorm door ons overeengekomen zijn met de betreffende zorgaanbieders. De maximale vergoedingen zijn vermeld in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Univé 2012. Deze lijst vindt u op www.zekur.nl/documenten.

Is er voor de betreffende zorg sprake van een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget dat in het betreffende zorgartikel is vermeld.

Lid 4 -Uitsluitend als de kosten niet vanuit de hoofdverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg) worden vergoed, volgt vergoeding vanuit de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg. De kosten worden slechts vergoed als zij onder de dekking van de aanvullende zorgverzekering Extra ZEKUR Zorg vallen. Kosten die met het eigen risico van de hoofdverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg) zijn verrekend worden niet uit de aanvullende verzekering vergoed. Dit geldt ook voor kosten die onder de dekking van de Extra ZEKUR Zorg Doorlopende Reisverzekering vallen.

Lid 5 -U hebt slechts recht op (vergoeding van de kosten van) zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en de omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden.' Ook wordt de inhoud en omvang bepaald aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Lid 6 -Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel. Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

U hebt in een aantal gevallen onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. Dat kan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voorin deze voorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben? Dan moet u zelf toestemming bij ons aanvragen.

Lid 7 -Recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat mits de zorg wordt verleend op een plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

Lid 8 -De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten. Als een behandeling in in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling

	Combinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de Extra ZEKUR Zorg.	<i>Lid 6</i>	-Onverminderd het bepaalde in lid 3 eindigt de verzekering: <ul style="list-style-type: none"> a. met ingang van de dag waarop u niet meer verzekerd bent in de zin van de Zorgverzekeringswet, tenzij u bent ingeschreven op grond van hetgeen is bepaald in artikel 2.1 lid 4. b. op de door ons te bepalen dag, als de verzekerde nalatig is met de betaling van de door hem verschuldigde premie; c. ingevolge artikel 2.5 lid 2 of artikel 2.18; d. door opzegging in verband met en-bloc wijzigen van premie of voorwaarden volgens artikel 2.8 lid 2; e. door overlijden van de verzekerde.
<i>Lid 9</i>	-De in deze voorwaarden genoemde maximale bedragen zijn maximale bedragen per verzekerde per kalenderjaar, tenzij in de artikelen anders staat vermeld. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalenderjaar) dan is bepalend voor de beoordeling aan welk (kalender) jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend, de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandel-datum of datum van levering. Een eventuele eigen bijdrage komt voor uw rekening		
<i>Lid 10</i>	-De dekking omvat de in Nederland gemaakte kosten van medische behandelingen. Daarnaast gelden bij tijdelijk verblijf in het buitenland de in artikel 6 opgenomen bepalingen.	<i>Lid 7</i>	-De medeverzekering voor kinderen als bedoeld in artikel 2.4. lid 1 eindigt voor kinderen op het moment dat zij 18 jaar worden. Zij hebben dan het recht zich zelfstandig te verzekeren volgens dezelfde voorwaarden en tegen de volgens artikel 2.8. lid 1 geldende premie voor volwassenen (zie artikel 2.7 lid 2).
2.4.	-Toetredingsleeftijd	<i>Lid 8</i>	-De Aanvullende Verzekering Extra ZEKUR Zorg inclusief Extra ZEKUR Zorg Doorlopende Reisverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop <ul style="list-style-type: none"> • wij stoppen met het aanbieden en uitvoeren van de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg. Op grond van het hiervoor gestelde verplichten wij ons u als verzekeringnemer uiterlijk drie maanden voordat de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg eindigt, van dit einde op de hoogte te stellen; • wij door wijziging of het intrekken van de vergunning tot het uitoefenen van het schadeverzekeringsbedrijf geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk twee maanden van tevoren.
<i>Lid 1</i>	-De aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg kan worden afgesloten door of ten behoeve van personen van 18 jaar en ouder. U kunt een kind tot 18 jaar meeverzekeren. Voor meeverzekerde kinderen tot 18 jaar bent u premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg.		
2.5.	-Mededelingsplicht	<i>Lid 9</i>	-De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg inclusief Extra ZEKUR Zorg Doorlopende Reisverzekering jaarlijks schriftelijk of per e-mail opzeggen per 1 januari van ieder jaar, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.
<i>Lid 1</i>	-U als verzekeringnemer bent verplicht voor het sluiten van de verzekeringsovereenkomst ons alle feiten mede te delen die u kent of behoort te kennen, en waarvan, naar u weet of behoort te begrijpen, onze beslissing of, en zo ja, op welke voorwaarden, wij de verzekering zullen willen sluiten, afhangt of kan afhangen.	<i>Lid 10</i>	-De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg inclusief Extra ZEKUR Zorg Doorlopende Reisverzekering tussentijds schriftelijk of per e-mail opzeggen bij premie- en of voorwaardenwijziging volgens artikel 2.8 lid 2 en tegelijk met het beëindigen van de basisverzekering Gewoon ZEKUR Zorg.
<i>Lid 2</i>	-Als wij ontdekken dat u als verzekeringnemer en/of verzekerde hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de verzekeringsovereenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang worden opgezegd.		
<i>Lid 3</i>	-Als niet aan de mededelingsplicht conform lid 1 voldaan is, vervalt iedere aanspraak op vergoeding van kosten, dit overeenkomstig titel 7.17 BW. Daarnaast kan aan u een schadevergoeding in rekening worden gebracht.		
2.6.	-Aanvang, duur en einde van de verzekering		
<i>Lid 1</i>	-De verzekering Extra ZEKUR Zorg wordt aangegaan voor een termijn van één kalenderjaar, met uitzondering van de verzekering die niet per 1 januari van een jaar is aangegaan. De laatsbedoelde verzekering wordt aangegaan voor het resterende kalenderjaar. Wanneer Gewoon ZEKUR Zorg eindigt, kan Extra ZEKUR Zorg ook worden beëindigd.		U kunt per 1 januari Gewoon ZEKUR Zorg en Extra ZEKUR Zorg opzeggen, op voorwaarde dat wij uiterlijk 31 december uw opzegging hebben ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert. Naast de jaarlijkse mogelijkheid om Gewoon ZEKUR Zorg op te zeggen, kunt u als verzekeringnemer Gewoon ZEKUR Zorg en Extra ZEKUR Zorg samen opzeggen per de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin wij uw opzegging hebben ontvangen.
<i>Lid 2</i>	-Als u via onze website www.zekur.nl Gewoon ZEKUR Zorg en Extra ZEKUR Zorg aanvraagt, zeggen wij altijd uw oude basisverzekering en aanvullende verzekering(en) bij uw Nederlandse zorgverzekeraar op via de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Als u wilt dat wij uw oude aanvullende verzekering(en) niet opzeggen, moet u gebruik maken van ons papieren aanmeldingsformulier.	<i>Lid 11</i>	-Door het afsluiten van deze verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de zorgverzekeringen. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.
<i>Lid 3</i>	-De verzekering wordt na verloop van de in het eerste lid bedoelde termijn, alsmede telkens na verloop van een overeenkomstig dit lid verlengde termijn, met één jaar verlengd, tenzij uiterlijk 31 december een schriftelijk verzoek voor beëindiging van de verzekering is ontvangen. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.	2.7.	-Betaling en schorsing
<i>Lid 4</i>	-Wij kunnen de inschrijving weigeren: <ul style="list-style-type: none"> a. -als de aspirant-verzekeringnemer inschrijving verlangt op het moment waarop hij of zijn aspirant-verzekerde(n) op grond van de modelovereenkomst in de zin van de Zorgverzekeringswet reeds zorg behoeft, die qua aard en omvang behoort tot de verstrekkingen ingevolge de aanvullende verzekering; b. -als sprake is van een ongunstige medische beoordeling door onze medisch adviseur van de aspirant-verzekerde; c. -als een eerdere verzekering op grond van lid 6 sub b van dit artikel is beëindigd, tenzij de verzekerde alsnog tegenover ons aan zijn verplichting voldoet; d. -als de verzekering is beëindigd op grond van artikel 2.5 lid 2 of artikel 2.18. 	<i>Lid 1</i>	-De verzekeringnemer is verplicht de premie, alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, per maand bij vooruitbetaling te voldoen, tenzij anders is overeengekomen. Bij premiebetaling vooraf per jaar geldt een termijnbetalingkorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld. Betaling van de premie per maand is slechts mogelijk als u ons machtigt voor automatische incasso. Voor betaling van de premie per acceptgiro bent u € 0,50 per acceptgiro verschuldigd. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd. Ook dan betaalt u € 0,50 per papieren acceptgiro.
<i>Lid 5</i>	-Na aanmelding bij en acceptatie door ons ontvangt u een (zorg)polis c.q. een bewijs van inschrijving, in een door ons vast te stellen vorm. Dit geldt als bewijs van de tussen de verzekeringnemer en ons gesloten verzekeringsovereenkomst, zowel voor de verzekeringnemer als voor de medeverzekerden.	<i>Lid 2</i>	-Op de ingangsdatum van de verzekering is de leeftijd bepalend voor de hoogte van de premie. Per de eerste van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde de 18-jarige leeftijd of een volgende leeftijds categorie bereikt, wordt verzekerde ingeschreven tegen de daarvoor geldende premie. Als als hoofdverzekering niet Gewoon ZEKUR Zorg van ZEKUR is afgesloten geldt een toeslag op de premie voor Extra ZEKUR Zorg.

<i>Lid 3</i>	-Als u als verzekeringnemer niet-tijdig voldoet aan uw verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. Ingeval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. De verzekeringnemer blijft bij schorsing verplicht de premie te voldoen. De dekking wordt weer van kracht vanaf de dag volgende op de dag waarop het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten door ons zijn ontvangen. Ingeval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren, gaat de verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.	2.10.	-Informatie- en meldingsplichten
		<i>Lid 1</i>	-U als verzekeringnemer bent verplicht iedere wijziging die invloed heeft op de rechten en plichten uit de verzekeringsovereenkomst zo spoedig mogelijk, uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan ons te melden. Wijzigingen zijn onder meer verhuizing, wijziging e-mailadres of wijziging van uw rekeningnummer, begin en einde detentie, (echt)scheiding. Voor het nalaten van het hierboven bepaalde, dragen wij geen enkel risico. Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.
		<i>Lid 2</i>	-Kennisgevingen aan u als verzekeringnemer, gericht aan uw laatst bekende adres worden geacht u te hebben bereikt. Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen. Waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt in deze situatie ook verstaan 'per e-mail'. Onder adres wordt in die situatie ook verstaan 'e-mailadres'.
<i>Lid 4</i>	-Wij kunnen € 15,- administratiekosten en daarnaast invorderingskosten (zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk) en wettelijke rente aan de verzekeringnemer in rekening brengen.	<i>Lid 3</i>	-In geval van overlijden van de verzekerde of verzekeringnemer heeft de rechtsopvolger van de overledene de meldingsplicht als bedoeld in artikel 2.10. lid 1. Desgevraagd vindt verrekening of restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
<i>Lid 5</i>	-Als u als verzekeringnemer al bent aangemaand voor niet-tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij niet tijdig voldoen van een hierop volgende factuur de verzekeringnemer niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.	2.11.	-Bijzondere verplichtingen en vergoeding van nota's
<i>Lid 6</i>	-Wij kunnen achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid 2.7 lid 4 verrekenen met schadekosten die u bij ons hebt gedeclareerd of met andere van ons te ontvangen bedragen.	<i>Lid 1</i>	-U bent verplicht: a. bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart; b. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur of adviserend tandarts, als onze arts, medisch adviseur of adviserend tandarts daarom vraagt; c. aan ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts of medewerkers, die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie; d. de originele nota's (geen kopie of aanmaning), die op zodanige manier gespecificeerd moeten zijn dat daaruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden, kunt u met een ingevuld declaratieformulier binnen drie jaar na het begin van de behandeling bij ons indienen. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat; e. bij 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 dienst medisch noodzakelijk is; f. als in deze verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat onze toestemming vereist is, dan moeten deze behandelingen vooraf worden aangevraagd en goedgekeurd zijn.
<i>Lid 7</i>	-Wij hebben het recht gedurende een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst te sluiten met u als verzekeringnemer als de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie wordt beëindigd.		<i>Lid 2</i>
<i>Lid 8</i>	-De premie is verschuldigd vanaf de datum van ingang van de verzekering. De verplichting tot premiebetaling eindigt na overlijden van de verzekerde of na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 2.6.		<i>Lid 3</i>
<i>Lid 9</i>	-Bij wijziging van de verzekering vindt per de datum van wijziging (her)berekening c.q. restitutie van de premie plaats.		<i>Lid 4</i>
2.8.	-Wijziging premie en/of verzekeringsvoorwaarden		
<i>Lid 1</i>	-De te berekenen premies en van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden - waaronder mede te begrijpen eigen bijdragen en gedeeltelijke vergoedingen - worden door ons vastgesteld en gelden met ingang van de in het vaststellingsbesluit genoemde datum mede voor alle reeds lopende verzekeringen en dus voor alle reeds gemachtigde verstrekkingen.		
<i>Lid 2</i>	-Wij hebben het recht deze verzekeringsvoorwaarden en de premies en bloc of groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door ons vast te stellen datum. Wij doen van de voorgenomen herziening mededeling voor de datum van ingang. Als wij de voorwaarden en/of de premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, kunt u verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U als verzekeringnemer kunt in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen.	<i>Lid 2</i>	-Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen hoeven wij geen kosten te vergoeden.
<i>Lid 3</i>	-U wordt geacht met de wijziging akkoord te gaan, als u niet binnen een maand na dagtekening van het bericht van verhoogde premie en/of gewijzigde verzekeringsvoorwaarden schriftelijk of per e-mail aan ons laat weten, dat u de verzekering wenst te beëindigen.	<i>Lid 3</i>	-Er vindt rechtstreekse declaratie en betaling tussen de zorgaanbieder en ons plaats als dit is overeengekomen tussen beide partijen. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding.
<i>Lid 4</i>	-De in artikel 2.8. lid 3 genoemde mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij: • herziening van de premie en/of de voorwaarden die voortvloeit uit (wijziging van) wettelijke maatregelen, regelingen en/of bepalingen; • herziening van de premie die onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door u; • verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking.	<i>Lid 4</i>	-Digitaal aangeleverde nota's komen alleen voor vergoeding in aanmerking als deze door de zorgaanbieder zijn gewaarmerkt en aangeleverd.
2.9.	-Administratiekosten		
	-Wij kunnen administratiekosten vaststellen, die bij het aangaan en/of verlengen van de verzekeringsovereenkomst bij u in rekening kunnen worden gebracht. In het vaststellingsbesluit wordt de hoogte bepaald.		
			Als ZEKUR uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt uw aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u daadwerkelijk behandelen. Als het om dringende redenen noodzakelijk is dat de zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat ons dit dan weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.
		<i>Lid 5</i>	-Alleen originele nota's, voorzien van een rekeningnummer van de zorgaanbieder, komen voor vergoeding in aanmerking.
		<i>Lid 6</i>	-U mag verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.
		<i>Lid 7</i>	-Behalve het bepaalde in artikel 2.11. lid 2 en lid 3 vindt betaling plaats aan u.

<i>Lid 8</i>	-Wij streven ernaar uw verzekerde kosten binnen drie weken na ontvangst van de originele nota's te vergoeden.	2.15.	-Overige bepalingen
<i>Lid 9</i>	-Voor zover u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden geen aanspraak kunt maken op volledige vergoeding van kosten voor verleende zorg, onder andere vanwege maximale vergoedingsbedragen of eigen bijdragen, vorderen wij niet gedekte kosten bij u terug als wij de kosten aan de zorgaanbieder hebben voldaan. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.	<i>Lid 1</i>	-In niet in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde gevallen, beslissen wij.
<i>Lid 10</i>	-De verrekening van de kosten zoals bedoeld in het vorige lid vindt op dezelfde manier plaats als de premiebetaling voor de verzekering. Wanneer u een machtiging hebt verleend voor automatische incasso van de premie, wordt u geacht ons ook een machtiging te hebben verleend voor automatische incasso van eigen bijdragen en overige verschuldigde kosten. Voor bedragen boven de € 250,- ontvangt u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro toe te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.	<i>Lid 2</i>	- Bij de aanvraag of wijziging van een verzekering of financiële overeenkomst vragen wij persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gebruiken wij: <ul style="list-style-type: none"> • voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst • voor het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties • voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand • voor onderzoek onder verzekerden of de zorg daadwerkelijk is geleverd • voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg • voor statistische analyse • om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen • in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector.
<p>Spaar uw nota's niet op, maar dien ze direct in. Dat scheelt u en ons in administratie. Voeg de originele nota's bij een ingevuld declaratieformulier. Kopieën, duplicaten en betalingsherinneringen nemen wij niet in behandeling. U ontvangt originele nota's niet terug. Wij raden u aan een (digitale) kopie te maken voor uw administratie.</p> <p>Maak voor de verzending gebruik van de retourenvelop. Hebt u geen retourenvelop ontvangen? Stuur uw declaratie dan naar het adres dat u voorin deze voorwaarden vindt.</p>			
2.12.	-Aansprakelijkheid van derden		
<i>Lid 1</i>	-Als een derde voor de kosten, voortvloeiende uit uw ziekte, ongeval of letsel aansprakelijk is, bent u verplicht ons kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade.	<i>Lid 3</i>	Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mogen wij: <ul style="list-style-type: none"> • aan derden (zoals zorgaanbieder en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de aanvullende verzekering te kunnen nakomen; • uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken. Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.
<i>Lid 2</i>	-Steeds wanneer bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel een derde is betrokken, moet onmiddellijk door of namens u aangifte plaatsvinden bij ons.		
<i>Lid 3</i>	-U bent verplicht, voordat met een derde of met degene die voor of namens de derde optreedt, waaronder begrepen de verzekeraars van de derde, een regeling te treffen over de door hem geleden schade, zich hierover in verbinding te stellen met ons.	<i>Lid 3</i>	-Met de vaststelling van deze voorwaarden vervallen alle eerder vastgestelde verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekering Extra ZEKUR Zorg.
<i>Lid 4</i>	-In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van ons met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt enigerlei regelingen treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor wij in onze rechten kunnen worden benadeeld.	2.16.	-Collectieve contracten
<i>Lid 5</i>	-Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de vorige leden bent u gehouden tot vergoeding van de schade die wij daardoor lijden.	<i>Lid 1</i>	-Als u bij ons bent ingeschreven via een collectief contract kunnen er naast of in tegenstelling tot de verzekeringsvoorwaarden afwijkende regelingen van toepassing zijn, die voorrang hebben boven de verzekeringsvoorwaarden. Deze regelingen zijn vastgelegd in het collectieve contract dat bij de werkgever of organisatie ter inzage ligt en kunnen onder andere betreffen: <ul style="list-style-type: none"> - omvang van de dekking (artikel 3 tot en met 13); - premieregeling; - duur van de verzekering (artikel 2.6.).
2.13.	-Vrijwaring van aansprakelijkheid	<i>Lid 2</i>	-Als in het collectieve contract is overeengekomen dat de collectief contractant zorgdraagt voor betaling van de premie, wordt hij geacht de premie namens u als verzekeringnemer te voldoen.
	-Wij zijn tegenover u niet aansprakelijk voor schade door u geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling (niet zijnde Univé), tot wie of welke u zich heeft gewend om uw aanspraak op een verstrekking in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden geldend te maken.	<i>Lid 3</i>	-Als dit in het collectief contract is overeengekomen geldt, onverminderd het bepaalde in artikel 2.6. lid 6, dat de verzekering ook eindigt: <ul style="list-style-type: none"> - door beëindiging van het collectieve contract; - door beëindiging van het dienstverband van de verzekeringnemer bij de collectief contractant.
2.14.	-Schadevergoeding	2.17.	-Klachten en geschillen
<i>Lid 1</i>	-Onverminderd het bepaalde in het tweede lid van dit artikel en onverminderd ons recht de verzekering te beëindigen, kunnen wij vergoeding vorderen van de schade die is geleden als gevolg van de omstandigheid dat u zich ten onrechte hebt doen inschrijven in de aanvullende verzekering. De schade wordt in beginsel gesteld op het bedrag van de premie die over de periode van de onrechtmatige inschrijving verschuldigd zou zijn geweest voor de verzekering van de desbetreffende personen.	<i>Lid 1</i>	-Klachten en geschillen over de uitvoering van de verzekering kunnen aan ons worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven. Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website www.zekur.nl . Vergeet niet uw persoonsgegevens te vermelden. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.
<i>Lid 2</i>	-Voor degene die, zonder daartoe gerechtigd te zijn, opzettelijk aanspraken doet gelden als verzekerde, kunnen wij de in het vorige lid bedoelde schade vaststellen op het werkelijke bedrag daarvan, als de werkelijk geleden schade hoger is dan het bedrag waarop de schade bij de toepassing van het eerste lid zou zijn vastgesteld.	<i>Lid 2</i>	-Er is sprake van een geschil als er een verschil van inzicht is naar aanleiding van een door ons genomen, en na heroverweging gehandhaafd, besluit over de uitvoering van een overeenkomst van de verzekering, waardoor u in uw belang wordt getroffen. In alle overige gevallen is sprake van een klacht.
<i>Lid 3</i>	-Wij zijn bevoegd de door ons te maken kosten voor invoering van de in artikel 2.14. lid 1 en 2 bedoelde bedragen inclusief de (buiten)gerechtelijke inningskosten, ten laste te brengen van de schadeplichtige (ex-)verzekerde, die verplicht is deze kosten te betalen.		

Lid 3 -Wij bepalen ons definitieve standpunt of heroverweging van onze oorspronkelijke beslissing binnen een termijn van 30 dagen. Als de uitkomst niet naar uw tevredenheid is of als wij niet binnen een termijn van 30 dagen reageren, kunt u de klacht of het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt uw klacht of het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

Lid 4 -Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? Uw klacht hierover kunt u voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven. Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website www.zekur.nl.

Lid 5 -U ontvangt binnen 30 dagen een reactie. Als de uitkomst niet naar uw tevredenheid is of als wij niet binnen een termijn van 30 dagen reageren, kunt u de klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

2.18. -Fraude

Omschrijving -Het plegen of trachten te plegen van:

- valsheid in geschrifte;
- bedrog;
- verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn;
- benadeling van rechthebbenden en/of verduistering.

Door -Personen en organisaties die bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken zijn en gericht op:

- het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat;
- het verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendselen.

Als wij fraude constateren heeft dit tot gevolg dat elk uit deze verzekering voortvloeiende aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vervalt, waaronder ook aanspraken waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude).

Geconstateerde fraude zal ook tot gevolg hebben dat wij:

- de persoonsgegevens van alle personen die negatief bij de fraude zijn betrokken opnemen in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken;
- het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars zullen inlichten;
- de verzekering(en) beëindigen en gedurende een periode van acht jaar kunnen weigeren nieuwe verzekeringsovereenkomsten te sluiten. Dit geldt ook voor bij ons lopende hoofdverzekering(en) en alle andere binnen onze organisatie lopende (schade)verzekeringen;
- de persoonsgegevens van alle personen die negatief bij de fraude zijn betrokken op kunnen nemen in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR);
- al uitgekeerde vergoedingen terugvorderen van en/of verhalen op de verzekeringnemer en/of de verzekerde;
- aangifte kunnen doen bij de politie, justitie en/of FIOD-ECD;
- (onderzoeks)kosten vorderen en/of verhalen op u.

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

2.19. -Molest

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

Lid 2 -Niet vergoed wordt schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevoeld uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

Lid 3 -De uitsluiting onder lid 2 geldt niet voor schade veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).

Lid 4 -Voorzover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt lid 3 geen toepassing.

2.20. -Recht op vergoeding van kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt 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 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, hebt u maar 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 de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een grootschalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald. 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. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwikkelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol Afwikkelen schadeclaims. 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.

Vergoedingen Extra ZEKUR Zorg

Omvang van de dekking:

Als u Extra ZEKUR Zorg hebt afgesloten, kunt u aanspraak maken op vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in artikel 3 tot en met 13. De vergoeding vindt u onderaan het artikel.

Artikel 3 Basiszorg

3.1. Second opinion

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

Aanvullende voorwaarden

U hebt geen recht op vergoeding als aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding uit de hoofdverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg).

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Volledige vergoeding van het honorarium van de medisch specialist.

Artikel 4 Anticonceptie

4.1. Anticonceptiemiddelen

Omschrijving Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg Univé verstrekt mogen worden, zoals de anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Door De anticonceptiepil moet geleverd worden door een voor ZEKUR gecontracteerde apotheker. Overige middelen mogen ook geleverd worden door een apotheek met wie Univé een contract heeft gesloten. Kijk voor meer informatie op www.zekur.nl.

Voorschrift Huisarts of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS). Het preferentiebeleid zoals vastgelegd in het Reglement farmaceutische zorg Univé is van toepassing.

Let op: als de anticonceptiepil wordt geleverd door een niet voor ZEKUR gecontracteerde apotheker, krijgt u de kosten niet vergoed.

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel, zoals bijvoorbeeld een spiraaltje, worden ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering. Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals de anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit Gewoon ZEKUR Zorg.

Preferentiebeleid

In het Reglement farmaceutische zorg Univé wijzen wij voorkeursgeneesmiddelen aan (preferentiebeleid). Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke anticonceptiemiddelen (met dezelfde werkzame stoffen) een voorkeursmiddel aanwijzen. Dit betekent dat u in principe alleen recht hebt op dit voorkeursmiddel. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het preferent middel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel. U vindt de voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg Univé.

4.2. Eigen bijdrage anticonceptiemiddelen

Omschrijving Vergoeding van de eigen bijdrage voor anticonceptiemiddelen, die volgens het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel is verschuldigd.

Door De anticonceptiepil moet geleverd worden door een voor ZEKUR gecontracteerde apotheker. Kijk voor meer informatie op www.zekur.nl.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Volledig

Let op: als de anticonceptiepil wordt geleverd door een niet voor ZEKUR gecontracteerde apotheker, krijgt u de eigen bijdrage niet vergoed.

Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen (Budget)

5.1. Behandelingen en consulten

Omschrijving Behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:

- acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen
- antroposofische geneeswijzen
- homeopathie
- natuurgeneeswijzen
- alternatieve beweegzorg
- psychosociale zorg

Door Voor de zorg onder a tot en met d: een door ons aangewezen zorgaanbieder of een arts die is ingeschreven in het register van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (het BIG-register); Voor de zorg onder e en f: een door ons aangewezen zorgaanbieder.

De aangewezen zorgaanbieders zijn opgenomen in de zorgvinder. U kunt de zorgvinder raadplegen via www.zekur.nl/zorgvinder. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aanvullende voorwaarden

Onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 10.7).

5.2. Homeopathische geneesmiddelen

Omschrijving Homeopathische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd.

Door Homeopathische geneesmiddelen moeten worden geleverd door een apotheker of een apotheekhoudend huisarts.

Voorschrijfvereisten

De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Maximaal € 250,- voor homeopathische geneesmiddelen en alternatieve consulten en behandelingen samen. De maximum vergoeding per consult of behandeling is € 25,- (ongeacht de tijdsduur).

Artikel 6 Buitenland

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

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

Omschrijving Aanvulling op de vergoeding voor spoedeisende zorg die u vanuit de hoofdverzekering Gewoon ZEKUR Zorg ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval. Het moet hierbij gaan om spoedeisende zorg; dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Wij betalen deze zorg als u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef en de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Daarnaast vergoeden wij zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, bij tijdelijk verblijf in een ander land dan Nederland, gedurende een aaneengesloten periode van maximaal twaalf maanden.

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

Toestemmingsvereisten

Voor zorg, die gepaard met verblijf, of tandheelkundige behandelingen buiten Nederland voor zover de geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is onze voorafgaande schriftelijke toestemming vereist.

Aanvullende voorwaarden

- U bent bij klinische opname in een ziekenhuis, in geval van repatriëring of in het geval van vervoer van een stofelijk overschot verplicht zo spoedig mogelijk contact op te (laten) nemen met de ZEKUR Alarmcentrale, telefoon 0031 40 297 57 60 (internationaal toegangsnummer). U hebt alleen aanspraak op vergoeding van de gedekte kosten als u zich houdt aan de adviezen van de ZEKUR Alarmcentrale. De ZEKUR Alarmcentrale zal zorgen voor de afhandeling van declaraties.
- De vergoeding van gedekte kosten vindt in Nederland in euro's plaats tegen de omrekeningskoers op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Om buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van XE.com.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen, moet u gespecificeerde rekeningen in het Engels, Frans, Duits, Spaans of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen, overleggen.
- In overleg met ons of de ZEKUR Alarmcentrale kan, op verzoek van de zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd, in voorkomende gevallen direct aan de desbetreffende zorgaanbieder worden betaald.

5. Geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de kosten als u woonachtig bent in het buitenland.
6. Wanneer u op grond van een sociale verordening of verdrag ingeschreven staat bij een buitenlandse zorgverzekeraar, komen de eigen bijdragen of het eigen risico die door de buitenlandse zorgverzekeraar in rekening wordt gebracht voor vergoeding in aanmerking conform de hierna genoemde wijze van vergoeden.
7. Een eventuele vergoeding vanuit de verzekering van de buitenlandse zorgverzekeraar wordt op de vergoeding in mindering gebracht.

Vergoeding

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

6.2. Repatriëring

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

Aanvullende voorwaarden

Van medisch noodzakelijke repatriëring kan uitsluitend sprake zijn wanneer de ZEKUR Alarmcentrale, telefoon 0031 40 297 57 60 (internationaal toegangsnummer, hierin bemiddelt en vaststelt dat adequate medische behandeling in het land waar tijdelijk wordt verbleven niet mogelijk is.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Volledig

Artikel 7 Hulpmiddelen (Budget)

7.1. Hulpmiddelen (eigen bijdrage)

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

Aanvullende voorwaarden

U hebt alleen recht op deze vergoeding als voor genoemde hulpmiddelen recht bestaat op vergoeding vanuit de hoofdverzekering Gewoon ZEKUR Zorg en het Reglement hulpmiddelen Univé.

7.2. Steunpessarium

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

Aanvullende voorwaarden

Het steunpessarium moet worden geplaatst door een huisarts.

7.3. Steunzolen

Omschrijving Tegemoetkoming in de kosten van steunzolen: inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen

Door

Steunzolen moeten zijn geleverd door een:
• orthopedische instrument- of schoenmakerij die door ons is erkend; of
• register B podoloog die is aangesloten bij Stichting LOOP; of
• podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten; of
• podoposturaaltherapeut die staat geregistreerd in het A-register van het Omni Podo Genootschap.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Artikel 7.1 tot en met 7.3 maximaal € 250,- Binnen het Budget Hulpmiddelen heeft u vrije keuze van de in het Budget genoemde zorg

Artikel 8 Gezichtshulpmiddelen

8.1. Brillen en contactlenzen

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

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Maximaal €100,- per verzekerde per drie kalenderjaren

Artikel 9 Mondzorg

9.1. Tandheeskundige zorg

Omschrijving Vergoeding van kosten voor tandheeskundige zorg, zoals tandartsen die plegen te bieden. Het gaat dan bijvoorbeeld om een (half)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese en de bijkomende techniek- en materiaalkosten.

Door

Tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. De kaakchirurg mag een eenvoudige extractie verrichten (code 234032).

Bijzonderheid

Niet vergoed worden de kosten van
- orthodontische behandelingen door een tandarts en/of orthodontist;
- niet-nagekomen afspraken;
- algehele narcose (X631).

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg 75% van de kosten tot maximaal € 500,-

Voorbeeld

In de loop van het kalenderjaar breekt spontaan een kies af. U krijgt een kroon op deze afgebroken kies. De kosten daarvan bedragen € 500,-. Van deze nota krijgt u 75% vergoed: € 375,-. Als in hetzelfde kalenderjaar nog een kroon geplaatst moet worden dan krijgt u daar nog maximaal € 125,- van vergoed, omdat u dan uw maximum van € 500,- hebt bereikt.

Per 1 januari 2012 stelt de tandarts zelf zijn tarieven vast. Uw tandarts moet de uitgevoerde behandelingen op uw nota vermelden, volgens een codering en omschrijving die zijn vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Wij adviseren u voor dure behandelingen, zoals bijvoorbeeld een kroon, vooraf een offerte aan te vragen.

Artikel 10 Preventie (Budget*)

10.1. Gezondheidstest

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

Door

De gezondheidstest moet worden uitgevoerd door een medisch zorgverlener.

Aanvullende voorwaarden

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

10.2. Griepvaccinatie

Omschrijving Vaccinatie ter voorkoming van griep als u niet tot de risicogroepen behoort die via het Nationaal Programma Grieppreventie in aanmerking komen voor een griepvaccin.

Door

Griepvaccinatie moet worden verleend door een huisarts of medisch specialist.

Aanvullende voorwaarden

Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding van vaccinaties als geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding uit het Nationaal Programma Grieppreventie, de Zorgverzekeringwet of via de werkgever.

10.3. Preventieve inentingen en malariapillen bij reis naar buitenland

Omschrijving Preventieve inentingen en preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera (meningococcon)meningitis, rabïes en malaria in verband met een te maken buitenlandse reis.

Door - Preventieve inentingen moeten worden verleend door vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een huisarts of arts die een LCR-accreditatie en gele koorts registratie heeft. Voor adressen zie de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviseur (www.lcr.nl).
- Malariapillen moeten worden geleverd door een gecontracteerde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

10.4. Sport Medisch Advies

Omschrijving Vergoeding van de kosten van een consult of keuring.

Door Het consult of de keuring door een sportarts moet plaatsvinden in een Sport Medisch Centrum aangesloten bij de Federatie van Sport Medische instellingen. Op www.sportgeneeskunde.com/ vindt u de lijst met aangesloten instellingen.

10.5. Cursussen thuiszorgorganisaties/patiëntenvereniging

Omschrijving (Preventieve) cursussen gegeven door thuiszorgorganisaties, patiëntenvereniging.

Door De cursussen moeten worden gegeven door:
- een AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie;
- een patiëntenvereniging aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie;
- een door ons nader aan te wijzen zorgaanbieder.

Aanvullende voorwaarden

1. Stuur ons een ingevuld declaratieformulier met een kopie van een bewijs van deelname (certificaat) en een kopie van de nota van de cursus of een kopie van uw rekeningafschrift waarop het cursusbedrag vermeld staat.
2. Per gevolgde cursus wordt maximaal € 25,- per kalenderjaar vergoed.
3. Dezelfde cursus komt slechts éénmaal per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking.

10.6. EHBO-cursus

Omschrijving Vergoeding van een EHBO-cursus.

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

Aanvullende voorwaarden

Stuur ons een ingevuld declaratieformulier met een kopie van een bewijs van deelname (certificaat) en een kopie van de nota van de cursus of een kopie van een bankafschrift waarop het cursusbedrag vermeld staat.

10.7. Gewichtconsulent

Omschrijving Voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist (zie artikel 11.3).

Door Een gewichtconsulent aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN) of een nader door ons aan te wijzen zorgaanbieder. Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.

10.8. Reanimatiecursus

Omschrijving Vergoeding van een reanimatiecursus.

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

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Artikel 10.1. tot en met 10.10. maximaal € 200,-. Binnen het budget preventie heeft u vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

10.9. Lidmaatschap patiëntenvereniging

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

Aanvullende voorwaarden

1. Stuur ons een ingevuld declaratieformulier met een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.
2. Per kalenderjaar komt het lidmaatschap van één patiëntenvereniging voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Eenmalig maximaal € 25,-

10.10. Sport en spel voor hartpatiënten

Omschrijving Vergoeding van deelname aan activiteiten voor hartpatiënten.

Door Sportorganisaties voor hartpatiënten.

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Maximaal € 25,- per twee kalenderjaren

Artikel 11 Therapieën (Budget)

11.1. Acnebehandeling

Omschrijving Behandeling bij ernstige vorm van acne.

Door Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici of een schoonheidsspecialist, aangesloten bij ANBOS, die in het bezit is van het vakdiploma specialisatie Acné. Dit vakdiploma moet geregistreerd zijn bij de ANBOS.

Verwijzingsvereisten

Voor een acnebehandeling is een verwijzing van de behandelend arts vereist.

Aanvullende voorwaarden

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

11.2. Camouflagetherapie

Omschrijving Kosten van te volgen lessen en te gebruiken producten gericht op het minder opvallend maken van littekens en andere huidaandoeningen met kleurafwijkingen.

Door Een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici of een schoonheidsspecialist, aangesloten bij de ANBOS, die in het bezit is van het diploma Voortgezette Opleiding of het vakdiploma specialisatie Camouflage. Deze vakdiploma's moeten geregistreerd zijn bij de ANBOS.

11.3. Dieetadvisering

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

Door Dieetadvisering moet worden verleend door een diëtist die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. Gaat u naar een diëtist met wie wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een maximale vergoeding per behandeling overeenkomstig de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Univé 2012. U vindt deze lijst op www.zekur.nl/documenten.

Waar Dieetadvisering moet plaatsvinden in de praktijk van de diëtist, thuiszorginstelling, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

Voorschrijfvereisten

Voor dieetadvisering is een voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of tandarts vereist.

Aanvullende voorwaarden	De kosten van voedingsmiddelen en dieetpreparaten, ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven, worden op grond van dit artikel niet vergoed.	11.7.	Flebologie en proctologie
11.4.	Eerstelijnspsychologische zorg	Omschrijving	Behandeling van aandoeningen van de bloedvaten en/of aambeien inclusief de kosten van de door de arts gegeven injecties.
Omschrijving	Vergoeding van de kosten voor zittingen eerstelijnspsychologische zorg aanvullend op de vijf zittingen uit de hoofdverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg). Ook de wettelijke eigen bijdrage van de eerste vijf zittingen komt voor vergoeding in aanmerking. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.	Door	Een arts die zich in de behandelingen heeft gespecialiseerd, maar niet als medisch specialist is erkend.
Door	<p>Eerstelijnspsychologische zorg moet worden verleend door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een gezondheidszorgpsycholoog; - een eerstelijnspsycholoog ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlandse Instituut van Psychologen (NIP); <p>Eerstelijnspsychologische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een kinderpsycholoog die als zodanig is ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP); - een jeugdpsycholoog die als zodanig is ingeschreven in het Register van jeugdpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP); - een orthopedagoog-generalist die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogogen en onderwijskundigen (NVO). <p>Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een maximale vergoeding per zitting overeenkomstig de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Univé 2012. U vindt deze lijst op www.zekur.nl/documenten.</p>	11.8.	Fysiotherapie en oefentherapie
		Omschrijving	Fysiotherapie en oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten deze plegen te bieden.
		Door	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fysiotherapie: door een fysiotherapeut of een heilgymnast-masseur. 2. Bekkenfysiotherapie, kinderfysiotherapie, psychosomatische en geriatrische fysiotherapie: door een fysiotherapeut die tevens als bekkenfysiotherapeut, kindertfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut is geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten. 3. Oefentherapie: door een (kinder)oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck of psychosomatisch oefentherapeut die tevens staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. <p>Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een maximale vergoeding per behandeling overeenkomstig de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Univé 2012. U vindt deze lijst op www.zekur.nl/documenten.</p>
Verwijzingsvereisten	Voor eerstelijnspsychologische zorg is een verwijzing van de huisarts, specialist, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of bedrijfsarts vereist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijzing plaatsvindt door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.	Waar	-Fysiotherapie en oefentherapie moet plaatsvinden in de praktijkruimte van de in dit artikel genoemde zorgaanbieder, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.
		Verwijzingsvereisten	Voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie is een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist vereist. Als u naar een gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat is geen verwijzing vereist.
Bijzonderheden	De wettelijke eigen bijdragen voor specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ) worden niet vergoed. Ook de eigen bijdrage voor verblijf in verband met specialistische GGZ wordt niet vergoed.	Aanvullende voorwaarden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verzekerden met een aandoening zoals opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie kunnen vanaf de 21^e behandeling aanspraak maken op vergoeding uit de hoofdverzekering. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze voorafgaande schriftelijke toestemming. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering vindt u op www.zekur.nl/documenten en is op aanvraag verkrijgbaar bij onze klantenservice via telefoonnummer 0900-ALZEKUR of 0900 – 259 35 87 (€ 0,10/min). 2. Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder) oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de hoofdverzekering. 3. Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld: <ul style="list-style-type: none"> • zwangerschapsgymnastiek en kraamvrouwengymnastiek; • sportmassage; • arbeids- en bezigheidstherapie; • arbocuratieve- of reïntegratietrajecten; • niet curatieve behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van de conditie zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d. 4. Onder behandelingen wordt niet verstaan de toeslagen buiten de reguliere werktijden, de niet-curatieve groepszittingen, instructies aan derden, kosten (als gevolg) van niet nagekomen afspraken en het opstellen van rapportages. 5. Behandeling door twee fysiotherapeuten/oefentherapeuten voor dezelfde indicatie is niet toegestaan. 6. Individuele behandelingen en groepsbehandeling voor dezelfde indicatie is niet toegestaan.
11.5.	Elektrische epilatie en laserontharing	11.9.	Oedeemtherapie en lymfdrainage
Omschrijving	Elektrische epilatie en laserontharing in geval van abnormale, ernstig ontsierende haargroei in het gelaat.	Omschrijving	Vergoeding van de kosten van oedeemtherapie en lymfdrainage.
Door	Elektrische epilatie en laserontharing moet worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici of een schoonheidsspecialist, aangesloten bij ANBOS, die in het bezit is van het vakdiploma specialisatie Elektrisch Ontharen. Of bij toepassing van technieken van ontharen met behulp van licht, het vakdiploma Ontharingstechnieken. Deze (vak)diploma's moeten geregistreerd zijn bij de ANBOS.	Door	Oedeemtherapie moet worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.
11.6.	Ergotherapie		
Omschrijving	Behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of herstellen.		
Door	Een ergotherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. Gaat u naar een ergotherapeut met wie wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een maximale vergoeding per behandeling overeenkomstig de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Univé 2012. U vindt deze lijst op www.zekur.nl/documenten .		
Waar	Ergotherapie moet plaatsvinden in de praktijkruimte van de ergotherapeut, ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.		

Gaat u naar een huidtherapeut met wie wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een maximale vergoeding per behandeling overeenkomstig de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Univé 2012. U vindt deze lijst op www.zekur.nl/documenten.

Verwijzingsvereisten

Voor oedeemtherapie is een verwijzing van de behandelend medisch specialist vereist.

Aanvullende voorwaarden

1. Voor oedeemtherapie door een fysiotherapeut zie artikel 11.8;
2. Indien noodzakelijk wordt ook de toeslag voor behandeling bij de verzekerde thuis vergoed.

11.10. Pedicure voor diabetici of reumapatiënten

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van consulten en behandelingen voor voetverzorging voor verzekerden met diabetes mellitus of reuma.

Door

De pedicure moet opgenomen zijn in het Kwaliteits Register voor Pedicures (KRP).
Pedicure voor diabetici moet worden verleend door een pedicure die beschikt over de aantekening 'diabetische voet'.
Pedicure voor reumapatiënten moet worden verleend door een pedicure die beschikt over de aantekening 'reumatische voet'.

Verwijzingsvereisten

Een verwijzing van de behandelend medisch specialist of arts is vereist.

11.11. Podotherapie

Omschrijving

Vergoeding van consulten en behandelingen voor podotherapie.

Door

Podotherapie moet worden verleend door een podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten.

11.12. Stottertherapie of -coaching

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van stottertherapie of coaching.

Door

Een door de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST) erkende stottertherapeut.

Verwijzingsvereisten

Voor stottertherapie of -coaching is een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist vereist.

Aanvullende voorwaarden

Bijkomende kosten, zoals reis- en/of verblijfskosten, worden niet vergoed.

11.13. Herstel en Balans

Omschrijving

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

Door

-Het revalidatieprogramma Herstel en Balans moet worden verleend door een instelling die is gecertificeerd door de Stichting Herstel en Balans. De instellingen kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.

Voorschriftvereisten

Voor het revalidatieprogramma Herstel en Balans is een voorschrift van behandelend medisch specialist vereist.

Aanvullende voorwaarden

1. -Behandelingen fysiotherapie, zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, kunnen vanaf de 21^e behandeling, op verwijzing en met onze voorafgaande schriftelijke toestemming worden voortgezet voor rekening van de hoofdverzekering. Verzekerden met een aandoening zoals opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie kunnen vanaf de 21^e behandeling aanspraak maken op vergoeding uit de hoofdverzekering. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze voorafgaande schriftelijke toestemming. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering vindt u op www.zekur.nl/documenten en is op aanvraag verkrijgbaar bij onze klantenservice via telefoonnummer 0900-ALZEKUR of 0900 – 259 35 87 (€ 0,10/min)
2. -Behandelingen eerstelijnspsychologische zorg, zoals beschreven in het Besluit zorgverzekering, kunnen na vijf

zittingen worden voortgezet voor rekening van de aanvullende verzekering. De wettelijke eigen bijdrage van de eerste vijf behandelingen wordt vergoed binnen het budget therapieën.

11.14. Herstellingsoord en zorghotel

Omschrijving

-Vergoeding van de verblijfskosten in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:
1. aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
2. als uw mantelzorg overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of "burn-out".

Waar

Verblijf moet plaatsvinden in een door ons gecontracteerd zorghotel of herstellingsoord. De door ons gecontracteerde zorghotels en herstellingsoorden vindt u op www.zekur.nl/zorgvinder. U kunt ook contact opnemen met onze klantenservice via telefoonnummer 0900-ALZEKUR of 0900 – 259 35 87 (€ 0,10 p/min.). Gaat u naar een niet-gecontracteerd zorghotel of herstellingsoord? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aanvullende voorwaarden

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

11.15. Kuurbehandeling

Omschrijving

Een in groepsverband georganiseerde kuurreis met verblijf en behandeling in een kuuroord voor verzekerden met een ernstige vorm van reumatoïde artritis, artritis psoriatica of de ziekte van Bechterew.

Door

De reis moet geboekt worden via DH-reizen (www.dh-reizen.nl).

Verwijzingsvereisten

Voor een kuurbehandeling is een verwijzing van de behandelend reumatoloog vereist.

Aanvullende voorwaarden

Kosten van reizen die individueel zijn ondernomen komen niet voor vergoeding in aanmerking. Dit geldt ook voor de hieraan verbonden kosten van verblijf.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Artikel 11.1. tot en met 11.16 maximaal € 500,-.
Binnen het budget therapieën heeft u vrije keuze van de in het budget genoemde zorg

11.16. Traumaopvang

Omschrijving

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

Onder schokkende gebeurtenis wordt verstaan:

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

Aanvullende voorwaarden

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

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Eenmalig € 25,- voor de totale duur van de verzekering

Artikel 12 Thuiszorgverstrekkingen

12.1 Mantelzorgmakelaar

Omschrijving

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

Door Een bij ons aangesloten mantelzorgmakelaar vindt u op www.zekur.nl/zorgvinder of is op te vragen bij onze klanten-service via telefoonnummer 0900-ALZEKUR of 0900 – 259 35 87 (€ 0,10 p/min.). Gaat u naar een mantelzorgmakelaar met wie wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aanvullende voorwaarden

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

12.2. Verblijfskosten logeer-, gasthuizen, Ronald McDonald-huizen en familiehuizen

Omschrijving Overnachting in:

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

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Artikel 12.1 en 12.2 samen maximaal € 250,-

12.3. Hospicezorg

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

Waar Hospicezorg moet plaatsvinden in een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Op www.agora.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.
Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend is? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aanvullende voorwaarden

De vergoeding geldt niet voor eigen bijdragen bij opvang in een verpleeghuis, verzorgingshuis of ziekenhuis.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Tegemoetkoming in de eigen bijdrage tot maximaal € 25,- per dag

Artikel 13 Sterilisatie

13.1. Sterilisatie

Omschrijving Methode van definitieve anticonceptie door middel van een operatieve ingreep bij een man of vrouw.

Door Sterilisatie moet worden verricht door een medisch specialist of huisarts.

Voorschrijvereisten

Voor sterilisatie is een voorschrift van de huisarts vereist.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg Eenmalig volledige vergoeding voor de totale duur van de verzekering

Artikel 14 Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

Lid 1

-Voor een behandeling die verband houdt met een ziekte of afwijking die al vóór of bij het tot stand komen van de verzekering bestond en waarmee de verzekeringnemer of de verzekerde op dat tijdstip al bekend was of daarvan klachten ondervond, als wij voor een medische beoordeling hebben verzocht een gezondheidsverklaring in te vullen. Bovenstaande is eveneens van toepassing bij een wijziging van de verzekering. Het bovenstaande is niet van toepassing wanneer wij van die ziekte, afwijking of klachten schriftelijk op de hoogte zijn gebracht en wij bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden hebben bedongen

Lid 2

-Als verzekerde - als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade, respectievelijk kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, is de verzekering op basis van de Extra ZEKUR Zorg pas in de laatste plaats geldig. In een dergelijk geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.

Lid 3

-Voor zorg die een verstrekking vormt van de AWBZ of de Zorgverzekeringswet, als u verzekeringsplichtige in de zin van deze was.

Lid 4

-Voor het niet verschijnen op een afspraak met een zorg-aanbieder.

Lid 5

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

Lid 6

Vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders.

Lid 6

-Voor verpleging op grond van sociale redenen.

Lid 7

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

Lid 8

- Vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;

Lid 9

- Vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder, of inwonend (ander familielid), tenzij door ons vooraf toestemming is verleend.

Lid 10

-(Vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

Lid 11

-Veroorzaakt door grove schuld of opzet.

Algemeen Reglement

Uitsluitend behorend bij het Speciaal Reglement Univé Extra ZEKUR Doorlopende Reisverzekering ZDR-2

ALGEMEEN REGLEMENT ALG-5

In dit Algemeen Reglement zijn afspraken vastgelegd die voor schade- en sommenverzekeringen van Univé gelden. In de speciale reglementen staan de afspraken tussen u en Univé die meer betrekking hebben op de soort verzekering. Per verzekering vormen het Algemeen Reglement en speciale reglementen die van toepassing zijn, één geheel.

Inhoudsopgave	artikel
– Betekenis van begrippen	1
– Algemene bepalingen	2, 3 en 4
– Ingang, duur en einde van de verzekering	5, 6, 7 en 8
– Premie	9, 10 en 11
– Verplichtingen bij schade	12 en 13
– Uitsluitingen	14, 15, 16 en 17
– Verjaring	18
– Terrorismedekking	19
– Wijziging van premie en/of voorwaarden	20
– Geschillen en klachten	21 en 22
– Overige	23 en 24

BETEKENIS VAN DE BEGRIPPEN

Artikel 1 Begrippen

In het Algemeen Reglement en de speciale reglementen hebben de onderstaande begrippen de volgende betekenis.

1.1. Verzekering

De overeenkomst in de zin van artikel 7:925 BW waarbij een in de polis omschreven belang wordt verzekerd tegen een risico zoals aangegeven in het speciaal reglement dat in de polis van toepassing is verklaard. Deze overeenkomst biedt slechts dekking voor schade voorzover deze het gevolg is van een gebeurtenis waarvan voor de partijen, de verzekerde en/of de tot uitkering gerechtigde ten tijde van het sluiten van de verzekering onzeker was dat daaruit voor verzekerde, of de derde die jegens verzekeraar of verzekerde aanspraak maakt op vergoeding, schade was ontstaan, danwel naar de normale loop van de omstandigheden nog zou ontstaan. Deze overeenkomst biedt geen dekking voor schade als gevolg van een gebeurtenis die heeft plaatsgevonden vóór het sluiten van de verzekering.

1.2. Verzekeringspakket

De afzonderlijke verzekeringen zoals vermeld op het pakketoverzicht.

1.3. Pakketoverzicht

Het bij het verzekeringspakket behorende overzicht van afzonderlijke verzekeringen. Overal waar het woord pakketoverzicht staat kan tevens gelezen worden, premienota.

1.4. Pakketvervaldatum

De vastgestelde datum waarop de voor het verzekeringspakket jaarlijks te betalen premie, kosten en assurantiebepaling verschuldigd zijn. Overal waar het woord pakketvervaldatum staat kan tevens gelezen worden premievervaldatum.

1.5. Contractvervaldatum

De in de polis aangegeven datum waarop de verzekering eindigt en alle volgende data welke liggen aan het einde van de termijn waarmee de verzekering daarna stilzwijgend is verlengd.

1.6. Verzekeraar

De verzekeraar genoemd op het polisblad.

1.7. Verzekeringnemer

Degene die bij de verzekeraar een verzekering heeft gesloten.

1.8. Verzekerde

Voor schadeverzekering is een verzekerde degene die in geval van door hem geleden schade op grond van de verzekering recht heeft op vergoeding of door aanvaarding van de aanwijzing recht op vergoeding kan krijgen. Voor sommenverzekering is een verzekerde degene op wiens leven of gezondheid de verzekering betrekking heeft.

1.9. Tot uitkering gerechtigde

Degene die in geval van verwezenlijking van het risico op grond van de verzekering recht heeft op uitkering of door aanvaarding van de aanwijzing recht op uitkering kan krijgen.

1.10. Bemiddelaar

De rechtspersoon die aan de totstandkoming en/of instandhouding van het verzekeringspakket meewerkt.

1.11. Brand

Een door verbranding veroorzaakt en met vlammen gepaard gaand vuur buiten een haard, dat in staat is zich op eigen kracht voort te planten. Daarom is onder andere geen brand:

- zegen, schroeien, smelten, verkolen, broeien;
- doorbranden van elektrische apparaten en motoren;
- oververhitten, doorbranden, doorbreken van ovens en ketels.

1.12. Ontploffing

Een plotseling verlopende hevige krachtsuiting van gassen of dampen, zulks met inachtneming van het hierna bepaalde. Is de ontploffing ontstaan binnen een - al dan niet gesloten - vat, dan is aan het vereiste van een plotseling verlopende krachtsuiting voldaan, indien de wand van het vat onder de druk van de zich daarin bevindende gassen of dampen (onverschillig hoe deze gassen of dampen zijn ontstaan en onverschillig of zij reeds voor de ontploffing aanwezig waren dan wel eerst tijdens deze ontwikkeld werden) een zodanige scheiding heeft ondergaan dat door het uitstromen van gas, damp, of vloeistof uit de door de scheiding gevormde opening, de druk binnen en buiten het vat plotseling aan elkaar gelijk zijn geworden. Is dit niet het geval of is de ontploffing buiten een vat ontstaan, dan moet de plotseling verlopende hevige krachtsuiting de onmiddellijke werking zijn geweest van gassen of dampen, welke door een scheikundige reactie van vaste, vloeibare, gas- of dampvormige stoffen of een mengsel daarvan, zijn ontwikkeld of tot uitzetting gebracht. De bij deze nadere omschrijving behorende toelichting is door de Vereniging van Brandassurateurs in Nederland ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te Utrecht op 5 mei 1982 onder nummer 275/82 gedeponneerd.

1.13. Storm

Een wind met een snelheid van tenminste veertien meter per seconde (windkracht 7 of hoger).

1.14. Neervallen van luchtvaartuigen

Het getroffen worden door een vertrekkend, vliegend, landend of vallend lucht- of ruimtevaartuig, dan wel een daaraan verbonden, daarvan losgeraakt, daaruit geworpen of daaruit gevallen projectiel, ontploffingsmiddel of ander voorwerp, alsmede enig ander voorwerp dat getroffen is door enig hier genoemd voorwerp.

1.15. Molest

- gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de één de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen, bestrijden. Onder gewapend conflict wordt ook verstaan het gewapend optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
- burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van een zelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van de staat betrokken is;
- opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
- binnenlandse onlusten: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
- oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
- munitie: een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht,

gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn. Deze nadere omschrijving vormt een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponeed.

- 1.16. *Atoomkernreacties*
Iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.
- 1.17. *Overstroming*
Overstroming als gevolg van het bezwijken of overlopen van dijken, kaden, sluizen, oevers of andere waterkeringen.
- 1.18. *Fraude*
Het opzettelijk misleiden en/of trachten te misleiden van de verzekeraar ten einde een uitkering te verkrijgen onder de polis, dan wel anderszins voordeel te verkrijgen, zonder dat er rechtens een recht op de uitkering of dat voordeel bestaat (bijvoorbeeld het overleggen van valse of vervalste nota's, het opgeven van een onjuiste of onvolledige schadeoorzaak of -omvang, gebruik van een valse naam of identiteit).

ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

De verzekering is aangegaan op grond van de door of namens de verzekeringsnemer en/of verzekerde en/of tot uitkering gerechtigde ingediende aanvraag. Tot de aanvraag worden gerekend alle door of namens de verzekeringsnemer en/of verzekerde en/of tot uitkering gerechtigde verstrekte gegevens. De verzekeringsnemer is ook gehouden feiten die verzekerde kent of behoort te kennen mede te delen.

Artikel 3 Rechten en verplichtingen

- 3.1. De rechten en verplichtingen van de verzekeringsnemer, de verzekerden, de tot uitkering gerechtigde en de verzekeraar worden bepaald door de statuten van de verzekeraar (ingeval de verzekeraar een onderlinge waarborg maatschappij of een N.V. Brandverzekeraar is), de inhoud van de polis en de in deze polis van toepassing verklaarde Algemeen Reglement en speciale reglementen en clausules. Bij strijdigheid tussen clausules en een bepaling van de reglementen gaan de clausules voor. Bij strijdigheid tussen bepalingen van het algemeen reglement en bepalingen uit het speciaal reglement dan gaan de bepalingen van het speciaal reglement voor.
- 3.2. Indien de inhoud van de polis niet in overeenstemming is met hetgeen werd overeengekomen, dient de verzekeringsnemer binnen vier weken na ontvangst van de polis de verzekeraar schriftelijk te verzoeken om verbetering.
- 3.3. Het pakketoverzicht geeft uitsluitend de betalingsverplichtingen van de verzekeringsnemer weer, de met hem getroffen betalingsregeling en het van toepassing zijn van een voordeelregeling.
Aan het pakketoverzicht kunnen geen rechten worden ontleend.
- 3.4. Alle op een polis vermelde verzekeringsnemers zijn hoofdelijk verplicht tot nakoming van alle verplichtingen op grond van de verzekering.
- 3.5. De verzekeringsnemer is verplicht gewijzigde omstandigheden zo spoedig mogelijk schriftelijk mede te delen aan de verzekeraar. Een verzwaring van het gezondheidsrisico bij persoonsverzekeringen is geen gewijzigde omstandigheid.

Artikel 4 Adres

Schriftelijke stukken van de verzekeraar, verzonden aan de verzekeringsnemer op zijn laatst bij de verzekeraar bekende adres, worden geacht de verzekeringsnemer te hebben bereikt.

INGANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

Artikel 5 Ingang en duur van de verzekering

- 5.1. *Ingang*
De verzekering gaat in om 0.00 uur op de dag welke onder "ingangsdatum" in de polis is aangegeven, maar nooit eerder dan op het moment waarop door of namens de verzekeraar dekking is verleend.
- 5.2. *Duur*
De verzekering heeft een op het polisblad vermelde geldigheidsduur en wordt telkens stilzwijgend met een zelfde termijn verlengd.

Artikel 6 Einde van de verzekering door opzegging door verzekeraar of van rechtswege

- 6.1. De verzekering eindigt te 0.00 uur in de volgende situaties door een schriftelijke opzegging door verzekeraar:
 - a. tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur of, indien de geldigheidsduur meer dan vijf jaar belooft, telkens tegen het einde van het vijfde verzekeringsjaar, met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;
 - b. binnen één maand nadat een gebeurtenis die voor verzekeraar tot een uitkeringsverplichting kan leiden, door verzekeringsnemer en/of verzekerde aan verzekeraar is gemeld of nadat verzekeraar een uitkering krachtens de verzekering heeft gedaan dan wel heeft afgewezen. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief. Hiervan kan worden afgeweken in het geval dat de opzegging verband houdt met fraude van een verzekerde en/of verzekeringsnemer;
 - c. tegen het begin van een nieuw verzekeringsjaar volgend op een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mits de opzegging geschiedt binnen één maand na het verstrijken van laatstgenoemd verzekeringsjaar;
 - d. indien verzekeringsnemer de premie verschuldigd op de eerste premievervaldag niet tijdig betaalt of weigert te betalen alsmede indien verzekeringsnemer de vervolgpremie niet tijdig betaalt of weigert te betalen, in het laatste geval echter uitsluitend indien verzekeraar verzekeringsnemer na het verstrijken van de premievervaldag vruchteloos tot betaling van de vervolgpremie heeft aangemaand. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het in geval van niet-tijdige betaling niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;
 - e. binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringsnemer de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringsnemer daarbij heeft gehandeld met het opzet verzekeraar te misleiden dan wel verzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum;
 - f. nadat verzekeringsnemer aan verzekeraar gewijzigde omstandigheden heeft meegedeeld en verzekeraar op grond van deze omstandigheden de verzekering niet wenst voort te zetten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;
 - g. nadat de verzekeraar aan de verzekeringsnemer schriftelijk heeft medegedeeld de verzekering niet of niet ongewijzigd te willen voortzetten op grond dat verzekeringsnemer verzuimd heeft gewijzigde omstandigheden te melden aan verzekeraar. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.
- 6.2. De verzekering eindigt direct:
 - a. zodra het belang van de verzekeringsnemer en/of verzekerde of van hun erfgenamen bij de verzekering eindigt of de verzekeringsnemer en/of verzekerde de feitelijke macht over het verzekerd object verliezen. Zij zijn verplicht dit binnen acht dagen aan de verzekeraar te melden;
 - b. nadat de verzekeringsnemer en/of verzekerde in staat van faillissement is geraakt of surseance van betaling dan wel een wettelijke schuldsaneringsregeling heeft verkregen. Zij zijn verplicht dit binnen acht dagen aan de verzekeraar te melden. De curator respectievelijk de bewindvoerder kan binnen veertien dagen na genoemde feiten aan de verzekeraar verzoeken de verzekering tegen zekerheidsstelling voor reeds vervallen en nog te betalen premie tegen al dan niet gewijzigde voorwaarden en premie ten behoeve van de boedel voort te zetten. Indien de verzekeraar dit verzoek inwilligt wordt de verzekering geacht nimmer te zijn geëindigd;

Artikel 7 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringsnemer:

- a. tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur of, indien de geldigheidsduur meer dan vijf jaar belooft,

- telkens tegen het einde van het vijfde verzekeringsjaar, met inachtneming van een opzeggingstermijn van een maand;
- b. binnen één maand nadat een gebeurtenis die voor verzekeraar tot een uitkeringsverplichting kan leiden, door verzekeraar aan verzekeraar is gemeld of nadat verzekeraar een uitkering krachtens de verzekering heeft gedaan dan wel heeft afgewezen. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, doch niet eerder dan de datum waarop verzekeraar de opzeggingsbrief heeft ontvangen;
 - c. binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling van verzekeraar, houdende een wijziging van de premie en/of voorwaarden ten nadele van de verzekeringsnemer en/of verzekerde op grond van artikel 20.1 of 20.2. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van verzekeraar ingaat (zij het niet eerder dan dertig dagen na de datum van dagtekening van bedoelde mededeling). De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door verzekeringsnemer geldt niet indien:
 - de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regeling of bepalingen;
 - de wijziging een verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking inhoudt;
 - de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens voor de verzekerde waaraan de premie is gekoppeld.
 - d. tegen het begin van een nieuw verzekeringsjaar volgend op een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mits de opzegging geschiedt binnen één maand na het verstrijken van laatstgenoemd verzekeringsjaar;
 - e. binnen twee maanden nadat verzekeraar tegenover verzekeringsnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;
 - f. binnen twee maanden nadat verzekeraar aan verzekeringsnemer schriftelijk heeft medegedeeld op grond van gewijzigde omstandigheden de verzekering niet te willen voortzetten.

Artikel 8 Misbruik van vertrouwen, fraude

- 8.1. *Einde van de verzekering(-en)*
De verzekering eindigt direct nadat de verzekeraar aan de verzekeringsnemer schriftelijk heeft meegedeeld dat op voortzetting van de verzekering geen prijs meer wordt gesteld naar aanleiding van een gebeurtenis waarbij de verzekeringsnemer en/of verzekerde(n) en/of tot uitkering gerechtigde fraude heeft gepleegd jegens de verzekeraar of een ander tot de Univé-groep behorende rechtspersoon. Bovendien behouden de verzekeraar en de andere tot de Univé-groep behorende rechtspersonen zich in deze gevallen het recht voor ook andere bij hen gesloten verzekeringen tussentijds te beëindigen. De tot de Univé-groep behorende rechtspersonen zijn gedefinieerd in bijlage 1 van de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens Univé genoemd in artikel 23 van dit reglement.
- 8.2. *Gevolgen*
De verzekeraar kan de voor zijn rekening gemaakte kosten (bijvoorbeeld onderzoekskosten naar de toedracht van de schade) verhalen op de verzekeringsnemer en/of verzekerde en/of de tot uitkering gerechtigde of andere betrokkenen die een onjuiste voorstelling van zaken heeft (hebben) gegeven. De persoonsgegevens van betrokkenen kunnen ter voorkoming en bestrijding van fraude worden opgenomen in de daarvoor bestemde registers met in achtneming van het bepaalde in artikel 23 van dit algemeen reglement.

PREMIE

Artikel 9 Premiebetaling

- 9.1. De verzekeringsnemer is verplicht de premie bij vooruitbetaling te voldoen, uiterlijk op de dag/binnen de termijn genoemd in het pakketoverzicht (premienota).
- 9.2. Indien de verzekeringsnemer de aanvangspremie niet uiterlijk op de dertigste dag na ontvangst van het betalingsverzoek betaalt of weigert te betalen, wordt zonder dat een nadere ingebrekestelling door de verzekeraar is vereist geen dekking verleend ten aanzien van alle gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden.
- 9.3. Onder aanvangspremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringsnemer in verband met een tussentijdse wijziging van de verzekering verschuldigd wordt.

- 9.4. Indien de verzekeringsnemer de vervolgpremie weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden.
- 9.5. Indien de verzekeringsnemer de vervolgpremie niet tijdig betaalt, wordt geen dekking verleend ten aanzien van gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden vanaf de vijftiende dag nadat de verzekeraar de verzekeringsnemer na de vervaldag schriftelijk, onder vermelding van de gevolgen van niet betaling, heeft aangemaand en betaling is uitgebleven.
- 9.6. Onder vervolgpremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringsnemer bij stilzwijgende verlenging van de verzekering verschuldigd wordt.
- 9.7. De verzekeringsnemer blijft gehouden de premie te voldoen.
- 9.8. De dekking wordt weer van kracht voor gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden na de dag waarop hetgeen de verzekeringsnemer verschuldigd is, voor het geheel door de verzekeraar is ontvangen. In geval van overeengekomen termijnbetalingen geldt dat de dekking eerst in kracht wordt hersteld nadat alle onbetaald gebleven termijnen zijn voldaan.
- 9.9. Bij te late betaling is de verzekeringsnemer verplicht de buitengerechtigde kosten en wettelijke rente te betalen.

Artikel 10 Betaling in termijnen

Indien op een verzoek om automatische afschrijving geen betaling wordt ontvangen, zal het verzoek om betaling eenmalig op een nader te bepalen wijze worden herhaald. Indien binnen tien dagen na dit herhaalde verzoek geen betaling is ontvangen, vervalt de betalingsregeling en zijn alle premies, kosten en belastingen voor het gehele pakket voor de nog resterende verzekeringstermijn terstond volledig verschuldigd.

Artikel 11 Premierestitutie

- 11.1. Bij beëindiging van de verzekering tussen twee pakketvervaldata is slechts premie verschuldigd tot het tijdstip van de tussentijdse beëindiging. De verzekeraar zal de reeds ontvangen premie over de resterende termijn tot de eerstvolgende vervaldatum restitueren onder inhouding van een bilijke vergoeding.
- 11.2. Bij opzegging wegens fraude bestaat geen recht op premierestitutie.

VERPLICHTINGEN BIJ SCHADE

Artikel 12 Verplichtingen en sancties

- 12.1. *Schademeldingsplicht*
Zodra verzekeringsnemer of verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van de verwezenlijking van het verzekerde risico die voor verzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan verzekeraar te melden.
- 12.2. *Aangifteplicht*
Wanneer sprake is van een misdrijf of van een vermoeden van een misdrijf dient de verzekeringsnemer of verzekerde van de schadegebeurtenis aangifte te doen bij de politie en hierbij de naam van de verzekeraar en polisnummer te vermelden (bijvoorbeeld in geval van inbraak, diefstal, al dan niet met geweld, beroving, vermissing en verduistering, dan wel opzettelijk door derden toegebrachte schade).
- 12.3. *Schade-informatieplicht*
De verzekeringsnemer, de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar en door verzekeraar ingeschakelde derden alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht of zijn verhaalsplicht te beoordelen.
- 12.4. *Plicht tot melding andere verzekeringen*
De verzekerde en/of verzekeringsnemer is in geval van schade verplicht aan de verzekeraar alle overige hem bekende verzekeringen, die op dat moment op hetzelfde belang van kracht zijn, op te geven.
- 12.5. *Medewerkingsplicht*
Verzekeringsnemer, de verzekerde en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van verzekeraar zou kunnen benadelen.
- 12.6. *Sanctie bij niet nakomen verplichtingen*
De schade-uitkering kan worden verminderd met de door de verzekeraar geleden schade indien de hierboven genoemde verplichtingen niet zijn nagekomen. Aan deze verzekering

kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringsnemer of de tot uitkering gerechtigde de onder 12.1 en/of 12.3 genoemde verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de redelijke belangen van verzekeraar heeft benadeeld. Bij schending van de verplichtingen onder 12.2, 12.4 en 12.5 kan de verzekeraar zich beroepen op tekortkoming van de nakoming van de verzekering.

Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringsnemer, de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor onder 12.1 en/of 12.3 genoemde verplichtingen niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

Artikel 13 Bereddingsplicht en bereddingskosten

- 13.1. De verzekeringsnemer of verzekerde of tot uitkering gerechtigde is binnen redelijke grenzen verplicht alle mogelijke maatregelen te nemen om verdere schade te voorkomen of te beperken en alle aanwijzingen van de verzekeraar stipt op te volgen.
- 13.2. De verzekeraar vergoedt de kosten die aan de onder 13.1 genoemde maatregelen zijn verbonden en de schade aan zaken die bij de onder 13.1 genoemde maatregel zijn ingezet tot maximaal het bedrag van de verzekerde som, tenzij in het speciaal reglement of in de polis een ander maximum is bepaald. Wanneer de waarde van het verzekerde object niet volledig bij de verzekeraar verzekerd is zal de verzekeraar deze kosten slechts naar evenredigheid van hetgeen dat bedrag lager dan de waarde is vergoeden.
- 13.3. Indien de verzekeringsnemer, verzekerde of tot uitkering gerechtigde de onder 13.1 genoemde verplichting niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.

UITSLUITINGEN

Artikel 14 Opschorting

Van de verzekering zijn uitgesloten alle schaden, kosten of rechten op uitkering veroorzaakt of ontstaan in de periode dat de verzekering is opgeschort.

Artikel 15 Molest, atoomkernreactie en natuurgeweld.

Van de verzekering zijn uitgesloten alle schaden, kosten of rechten op uitkering:

- 15.1. veroorzaakt door molest;
- 15.2.1. veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties.
- 15.2.2. De uitsluiting onder 15.2.1 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, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zo ver vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.
- 15.2.3. Voor zover krachtens enige wet of enig verdrag een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt lid 2 geen toepassing.
- 15.3. die een gevolg zijn van aardbeving, overstroming of vulkanische uitbarsting.

Artikel 16 Opzet

Van de verzekering zijn uitgesloten alle schaden, kosten of rechten op uitkering:

- 16.1. veroorzaakt door en/of voortvloeiende uit het opzettelijk en tegen een persoon of zaak gericht wederrechtelijk handelen of nalaten door de verzekeringsnemer, een verzekerde of een tot uitkering gerechtigde. Deze bepaling geldt uitsluitend ten aanzien van de verzekeringsnemer, verzekerde of tot uitkering gerechtigde aan wiens wederrechtelijk handelen of nalaten de schade is toe te schrijven.
- 16.2. veroorzaakt door gedragingen die onder de eerste volzin van 16.1 vallen, gepleegd in groepsverband, ook ingeval niet de verzekeringsnemer, de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde zelf zodanig heeft gehandeld of nagelaten, maar daarvoor wel wegens deelname aan het groepsverband aansprakelijk is.

- 16.3. Aan het opzettelijk karakter van het wederrechtelijk handelen of nalaten in de situatie 16.1 en/of 16.2 doet niet af, dat de verzekeringsnemer, de verzekerde en/of de tot uitkering gerechtigde dan wel een tot de groep behorend persoon zodanig onder invloed van alcohol of andere stoffen verkeert, dat hij niet in staat is zijn wil te bepalen.

Artikel 17 Niet-nakomen

Van de verzekering zijn uitgesloten alle schaden, kosten of rechten op uitkering die verband houden met het niet nakomen door verzekeringsnemer of een verzekerde of een tot uitkering gerechtigde van een uit artikel 3 voortvloeiende verplichting en/of aanwijzing of voorschrift door of namens de verzekeraar gegeven (bijvoorbeeld het niet nemen van door de verzekeraar opgelegde preventiemaatregelen).

VERJARING

Artikel 18 Verjaring

- 18.1. Nadat de verzekeraar een definitief standpunt heeft ingenomen over het afwijzen van het recht op uitkering en dit standpunt schriftelijk heeft medegedeeld aan verzekeringsnemer en/of verzekerde en/of tot uitkering gerechtigde, verjaart de rechtsvordering tot het doen van een uitkering door verloop van zes maanden. De verzekeraar dient verzekeringsnemer en/of verzekerde en/of tot uitkering gerechtigde uitdrukkelijk te wijzen op deze vervaltermijn.
- 18.2. Een rechtsvordering tot het doen van een uitkering dient binnen drie jaren na de dag waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden tegen de verzekeraar te worden ingesteld. Niettemin verjaart de rechtsvordering bij verzekering tegen aansprakelijkheid niet voordat zes maanden zijn verstreken nadat de vordering waartegen de verzekering dekking verleent, binnen de voor deze vordering geldende verjarings- of vervaltermijn is ingesteld.

TERRORISMEDEKKING

Artikel 19 Terrorismedekking

Voor schade ten gevolge van terrorisme, kwaadwillige besmetting en/of preventieve maatregelen en handelingen of gedragingen ter voorbereiding daarvan, hierna, zowel gezamenlijk als afzonderlijk te noemen het "terrorisme risico" is de vergoeding / uitkering beperkt tot de uitkering zoals deze omschreven in het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT).

De afwikkeling van een schademelding op grond van het terrorisme-risico geschiedt overeenkomstig het Protocol afwikkeling claims van het NHT.

Het clausuleblad terrorismedekking en het Protocol afwikkeling claims zijn op 12 juni 2003 gedeponeerd ter griffie van rechtbank te Amsterdam onder nummer: 78/2003 resp 79/2003. Deze teksten zijn in te zien c.q. te downloaden via de www.terrorismeverzekerd.nl en op de site www.unive.nl.

WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

Artikel 20 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 20.1. De verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en-bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is de verzekeraar gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door hem te bepalen datum. De verzekeringsnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd.
- 20.2. Naar aanleiding van een melding van verzekeringsnemer over gewijzigde omstandigheden als bedoeld in artikel 3.5 van dit reglement zal de dekking worden voortgezet, tenzij de verzekeraar binnen twee maanden te kennen geeft de verzekering niet te willen voortzetten of met verzekeringsnemer ten aanzien van premie en/of voorwaarden tot nadere overeenstemming te willen komen en/of met onmiddellijk ingang nadere premies en voorwaarden (bijvoorbeeld (gedeeltelijke) opschorting van de dekking) vaststelt.
- 20.3. Indien de verzekeraar op grond van artikel 20.1 en 20.2 van dit reglement de verzekeringsnemer heeft meegedeeld dat hij de voorwaarden van de overeenkomst, waaronder mede

begrepen de hoogte van de premie, wijzigt, is de verzekeringsnemer gerechtigd de overeenkomst te beëindigen op de wijze als omschreven in artikel 7, letter c van dit reglement.

- 20.4. Indien de verzekeraar de verzekeringsnemer heeft meegedeeld dat hij de overeenkomst op grond van artikel 20.2 van dit reglement niet wenst voor te zetten, is de verzekeringsnemer gerechtigd de overeenkomst te beëindigen op de wijze als omschreven in artikel 7, letter f van dit reglement.

GESCHILLEN EN KLACHTEN

Artikel 21 Geschillen

- 21.1. In alle gevallen waarin de reglementen niet voorzien, beslist de verzekeraar.
- 21.2. Alle geschillen welke betrekking hebben op de omvang van de schade dan wel geschillen van medische aard worden beslist overeenkomstig de regels in het op de verzekering van toepassing zijnde speciaal reglement.
- 21.3. In alle overige gevallen beslist, wanneer een minnelijke regeling niet mogelijk blijkt te zijn, de burgerlijke rechter, tenzij een wettelijke regeling anders bepaalt.

Artikel 22 Klachten

- 22.1. Klachten die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunt u voorleggen aan de directeur van de op het polisblad genoemde verzekeraar.

- 22.2. Wanneer het oordeel van de verzekeraar voor u niet bevredigend is, kunt u zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, telefoon 0900-3552248, website: www.kifid.nl.

- 22.3. Wanneer u geen gebruik wilt maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden binnen de bedrijfstak, of de behandeling door het klachteninstituut niet bevredigend vindt, kunt u het geschil voorleggen aan de rechter.

OVERIGE

Artikel 23 Persoonsregistratie

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering of een financiële overeenkomst verstrekte persoonsgegevens worden door de verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en of financiële diensten en het beheeren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op deze verwerking van persoonsgegevens zijn de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens Univé van toepassing. In deze Gedragsregels worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de Gedragsregels kunt u opvragen bij N.V. Univé Schade, Postbus 15, 9400 AA Assen, of via www.unive.nl.

Artikel 24 Toepasselijk recht

Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

Addendum Algemeen Reglement (ALG-5)

Addendum geldig met ingang van 1 januari 2010

In afwijking van het Algemeen Reglement (ALG-5) gelden de onderstaande bepalingen en wijzigingen op bepalingen.

Artikel 1.5 Contractvervaldatum

De tekst van dit artikel wordt als volgt gewijzigd:

De in de polis aangegeven datum waarop de verzekering eindigt en alle volgende data welke liggen aan het einde van de termijn waarmee de verzekering daarna automatisch is verlengd.

Artikel 5.2 Duur

De tekst van dit artikel wordt als volgt gewijzigd:

- a. Bij aanvang van de verzekering is de looptijd maximaal twaalf maanden. Vanaf de eerste contractvervaldatum wordt de verzekering ieder jaar automatisch met een periode van twaalf maanden verlengd.
- b. Tegen het einde van de eerste contractvervaldatum informeert de verzekeraar de verzekeringsnemer over de periode waarmee de verzekering wordt verlengd en over het recht van de verzekeringsnemer om de verzekering te kunnen opzeggen.

Artikel 7 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringsnemer

De tekst van dit artikel vervalt en wordt vervangen door de volgende tekst:

Artikel 7 Opzeggingsrechten voor de verzekeringsnemer

- 7.1 Voor de eerste contractvervaldatum
De verzekering kan voor de eerste contractvervaldatum schriftelijk opgezegd worden door de verzekeringsnemer:
- a. tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur met inachtneming van een opzeggingsstermijn van één maand;
- b. binnen één maand nadat een schade of gebeurtenis die voor verzekeraar tot een uitkeringsverplichting kan leiden, door verzekerde aan verzekeraar is gemeld of nadat verzekeraar een uitkering op grond van de verzekering heeft gedaan dan wel heeft afgewezen. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, maar niet eerder dan de datum waarop verzekeraar de opzeggingsbrief heeft ontvangen;
- c. binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling van verzekeraar, houdende een wijziging van de premie en/of voorwaarden ten nadele van de verzekeringsnemer en/of verzekerde op grond van artikel 20.1 of 20.2. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging vol-

gens de schriftelijke mededeling van verzekeraar ingaat (zij het niet eerder dan dertig dagen na de datum van dagtekening van bedoelde mededeling). De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door verzekeringsnemer geldt niet wanneer:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden het gevolg is van een wettelijke regeling of bepalingen;
 - de wijziging een verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking inhoudt;
 - de wijziging van de premie direct het gevolg is van het bereiken van een leeftijdsgrens voor de verzekerde waaraan de premie is gekoppeld.
- d. tegen het begin van een nieuw verzekeringsjaar volgend op een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mits de verzekering wordt opgezegd binnen één maand na het verstrijken van laatstgenoemd verzekeringsjaar;
- e. binnen één maand nadat verzekeraar tegenover verzekeringsnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;
- f. binnen één maand nadat verzekeraar aan verzekeringsnemer schriftelijk heeft medegedeeld op grond van gewijzigde omstandigheden de verzekering niet te willen voortzetten.

- 7.2 Vanaf de eerste contractvervaldatum
De verzekering kan op elk gewenst moment schriftelijk worden opgezegd met een inachtneming van een opzegtermijn van één maand. De opzegtermijn gaat in op de datum van ontvangst van de schriftelijke opzegging.

- 7.3 Overgangsregeling
Indien de verzekering voor 01-01-2010 is gesloten en een geldigheidsduur heeft van meer dan een jaar, kan de verzekeringsnemer de verzekering schriftelijk opzeggen per eerstvolgende contractvervaldatum, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Na deze contractvervaldatum geldt het bepaalde in artikel 7.2.

Artikel 9.6 Vervolgpremie

Dit artikel wordt als volgt gewijzigd.

Artikel 9.6

Onder vervolgpremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringsnemer bij automatische verlenging van de verzekering verschuldigd wordt.

Veel verzekering voor weinig

**Extra Zekur Doorlopende Reisverzekering
ZDR-2**

Uitsluitend van kracht in combinatie met het ALGEMEEN REGLEMENT

Inhoudsopgave _____ blz.

Dekkingsoverzicht _____ 2

Algemene bepalingen _____ 4

Artikel 1	Wanneer is de reisverzekering geldig? _____	4
Artikel 2	Wat is het verzekeringsgebied? _____	4
Artikel 3	Wat is de geldigheidsduur? _____	4
Artikel 4	Wat moet u doen bij schade? _____	4
Artikel 5	Wat vergoeden we niet? _____	4
Artikel 6	Vliegcrisis _____	4
Artikel 7	Algemene insluiting _____	4
Artikel 8	Samenloop verzekeringen _____	4
Artikel 9	Verzekerden _____	4

Persoonlijke Hulpverlening/vervoer _____ 4

Artikel 10	Wat is verzekerd? _____	4
Artikel 11	Ziekte, ongeval of overlijden _____	5
Artikel 12	Voortijdige terugkeer _____	5
Artikel 13	Overkomst van familieleden _____	5
Artikel 14	Terugkeer wegens schade aan achtergebleven eigendommen _____	5
Artikel 15	Terugreiskosten per openbaar vervoer voor het huisdier _____	5
Artikel 16	Gedwongen openthoud _____	5
Artikel 17	Terugkeer naar Nederland per ambulancevliegtuig _____	5
Artikel 18	Opsporings- en reddingsacties _____	5
Artikel 19	Uitvallen van de bestuurder _____	5
Artikel 20	Uitvallen van het motorrijtuig _____	5
Artikel 21	Uitvallen van een fiets _____	6
Artikel 22	Vervangend verblijf _____	6
Artikel 23	Vervoerskosten in geval van overlijden _____	6
Artikel 24	Telefoonkosten en overige kosten _____	6
Artikel 25	Terugvordering van niet-verzekerde diensten en/of kosten _____	6
Artikel 26	Reisgenoot _____	6

Reisbagage _____ 6

Artikel 27	Wat is verzekerd? _____	6
Artikel 28	Wat wordt vergoed? _____	7
Artikel 29	Wat moet u doen bij schade? _____	7
Artikel 30	Wat is niet verzekerd? _____	7
Artikel 31	In welke situaties vergoeden we niet? _____	7

Reisrechtshulp _____ 7

Artikel 32	Begrippen _____	7
Artikel 33	Dekking _____	8
Artikel 34	Rechtshulp en telefonisch advies _____	8
Artikel 35	Strafzaken _____	8
Artikel 36	Belangenconflict _____	8
Artikel 37	Verzekerde kosten _____	8
Artikel 38	Uitsluitingen _____	8
Artikel 39	Financieel belang _____	9
Artikel 40	Afkoop _____	9
Artikel 41	Melding van de zaak _____	9
Artikel 42	Behandeling van de zaak _____	9
Artikel 43	Verschil van mening (geschillenregeling) _____	9

Artikel 44	Aanvullende bepalingen _____	9
------------	------------------------------	---

Artikel 45	Wat vergoeden we niet? _____	9
------------	------------------------------	---

Begrippenlijst _____ 9

**Voor hulp bij pech onderweg,
ziekte of een ongeval kunt u
bellen met de Univé Alarm Service,
telefoon 020 - 651 51 11
(dag en nacht bereikbaar)**

Dekkingsoverzicht doorlopende reisverzekering

Het nummer onder "Artikel" verwijst naar het desbetreffende artikelnummer in dit reglement.
p.p.p.d. betekent per persoon per dag.

PERSOONLIJKE HULPVERLENING/VERVOER

Artikel	Wij vergoeden de onderstaande kosten tot de genoemde maxima:	Budgetpakket Verzekerde bedragen (per persoon per gebeurtenis tenzij anders vermeld)
11	Ziekte, ongeval of overlijden Reis- en verblijfkosten	Kostende prijs
12	Voortijdige terugroeping Reiskosten	Kostende prijs
13 a+b	Overkomst van familieleden Reiskosten Verblijfkosten	Kostende prijs Maximaal € 50,- p.p.p.d. en voor maximaal 10 dagen.
13 c+d	Overkomst van familieleden Reiskosten Verblijfkosten	Kostende prijs Maximaal € 50,- p.p.p.d. en voor maximaal 10 dagen
14	Terugkeer i.v.m. schade eigendommen Reiskosten	Kostende prijs
15	Terugkeer huisdier Reiskosten	Maximaal € 230,- per huisdier en € 460,- per polis voor alle huisdieren tezamen
16	Gedwongen opthoud Reis- en verblijfkosten	Kostende prijs
17	Terugkeer per ambulance-vliegtuig	Kostende prijs
18	Opsporings- en reddingsacties	Kostende prijs
19	Uitvallen van de bestuurder Reiskosten Verblijfkosten	Kostende prijs Maximaal € 50,- p.p.p.d. en voor maximaal 10 dagen
20	Uitvallen van het motorrijtuig Reiskosten Autohuur Verblijfkosten	Kostende prijs Maximaal € 100,- per dag (tot maximaal € 1.500,- per jaar per polis) Maximaal € 50,- p.p.p.d. en voor maximaal 10 dagen
21	Uitvallen van een fiets Reiskosten Fietsuur Verblijfkosten	Kostende prijs € 25,- per dag (tot maximaal € 500,- per jaar per polis) € 50,- p.p.p.d. en voor maximaal 5 dagen
22	Vervangend verblijf Vergoeding	Maximaal € 35,- p.p.p.d. tot max. 3 weken
23	Kosten in geval van overlijden Vervoerskosten Begrafenis-/crematiekosten incl. reiskosten maximaal 2 familieleden	Kostende prijs Maximaal transportkosten van stoffelijk overschot
24	Telefoonkosten Overige kosten	€ 200,- per gebeurtenis € 250,- per gebeurtenis

REISBAGAGE

Artikel		Budgetpakket
		Verzekerde bedragen (per persoon per reis, tenzij anders vermeld)
	Reisbagage Het eigen risico is € 50,- per polis per reis, tenzij anders vermeld.	€ 2.500,-
27.1	Foto-,film-,video-,beeld-,geluids- en (spel) computerapparatuur en/of toebehoren	€ 1.500,-
27.2	Telecommunicatieapparatuur, navigatiesysteem	€ 250,-
27.3	Kostbaarheden	€ 400,-
27.4	Brillen en contactlenzen	€ 250,-
27.5	Gehoorapparaten,prothesen,tandbeugels e.d.	€ 400,-
27.6	Accessoires en gereedschappen motorrijtuigen	€ 250,-
27.7	Fietsen, zeil-/surfplanken, kano's, opvouwbare boten	€ 400,-
27.8	Tijdens de reis aangeschafte artikelen	€ 400,-
27.9	Vervangende kleding, toiletartikelen	€ 250,- (geen eigen risico)
27.10	Reisdocumenten	Kostende prijs tot maximaal reisbagage (geen eigen risico)
27.11	Wintersportuitrusting	Kostende prijs tot maximaal reisbagage
27.13	Schade logies/verblijf Alleen als de schade hoger is dan € 25,-	€ 400,- (geen eigen risico)
	Geld en cheques	€ 250,- met een max. van € 750,- per jaar (eigen risico € 50,-)*

* De genoemde bedragen voor geld en cheques gelden naast het verzekerd bedrag voor de reisbagage

REISRECHTSHULP

Artikel	Rechtshulp wordt verleend door Stichting Univé Rechtshulp te Assen	Budgetpakket
		Maximale verzekerde bedragen (per persoon per gebeurtenis)
37.1.a	Europadekking	Kostende prijs
37.1.b	Externe deskundigen, getuigen, proceskosten en zoals verder genoemd in artikel 37.1.b	€ 50.000,-
37.1.c	Wereld	€ 5.000,-

Veel verzekering voor weinig**Extra Zekur Doorlopende Reisverzekering
ZDR-2****Uitsluitend van kracht in combinatie met het ALGEMEEN REGLEMENT****ALGEMENE BEPALINGEN****Artikel 1 Wanneer is de reisverzekering geldig?**

- wanneer u tijdens de geldigheidsduur van de verzekering staat ingeschreven in een Nederlands bevolkingsregister en woont in een plaats in Nederland;
- de geldigheid van de verzekering eindigt automatisch wanneer u buiten Nederland gaat wonen of wanneer u komt te overlijden;
- tijdens een privé-reis en/of –verblijf;
- tijdens een zakelijke reis en/of verblijf of tijdens een reis en/of verblijf in verband met studie, stage en/of au-pair in het buitenland;
- tijdens privé-trips in het buitenland buiten het zakelijke logeer- en/of verblijfadres. Dit geldt niet voor de heen- en/of terugreis van en naar Nederland;
- tijdens een reis en/of verblijf waarbij u wintersport uitoefent;
- tijdens een reis en/of verblijf in verband met vrijwilligerswerk.

Artikel 2 Wat is het verzekeringsgebied?

De verzekering is geldig in:

- de gehele wereld;
- Nederland tijdens een reis met minimaal één overnachting. Voorwaarde is dat u het boekingsbewijs of de verblijfsrekening kunt overleggen van een bedrijf dat van het bieden van een overnachtingsaccommodatie haar bedrijf of beroep maakt. Dit geldt niet voor een reis en/of verblijf als onderdeel van een buitenlandse reis. De verzekering is niet geldig wanneer u in Nederland verblijft op een vaste stand- of seizoensplaats.

Artikel 3 Wat is de geldigheidsduur?

De verzekering is geldig:

- vanaf het verlaten van uw woon- of verblijfplaats om de reis te beginnen en eindigt weer als u (en/of uw reisbagage) terugkeert naar uw woon- of verblijfplaats;
- tijdens een aaneengesloten periode van maximaal 180 dagen;

Artikel 4 Wat moet u doen bij schade?

Wanneer er iets gebeurt waarvoor u verzekerd bent is het belangrijk dat u de volgende verplichtingen nakomt:

- in geval van overlijden of ziekenhuisopname langer dan 24 uur van een verzekerde moet dit zo spoedig mogelijk, zo mogelijk binnen 24 uur, bij de alarmcentrale gemeld worden;
- in alle andere gevallen moet dit zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen één maand na terugkeer in Nederland bij ons gemeld worden;
- in bepaalde gevallen moet vooraf aan de Alarmcentrale toestemming worden gevraagd om kosten vergoed te kunnen krijgen. Het gaat hierbij om het uitvallen en/of huren van een vervoermiddel, terugroeping naar Nederland, vervangend verblijf, ziekenhuisopname, overlijden of vervoer per ambulance, taxi of ambulance-vliegtuig;
- doktersverklaringen, de originele rekeningen inzake de medische kosten, de vervoer- en transportkosten en de extra reis- en/of verblijfkosten, de originele rekeningen van de buitenlandse begrafenisonderneming en alle andere papieren waar wij over willen beschikken, dient u ons toe te sturen;
- wij verzoeken u uw uiterste best te doen om van de vervoers-onderneming geld terug te krijgen voor haar niet gebruikte tickets of andere vervoersbewijzen. Verder dient u met bewijsstukken te kunnen aantonen dat de gemaakte extra terugreis- en/of verblijfkosten noodzakelijk waren.

Wanneer u de bovengenoemde verplichtingen niet nakomt, en wij hierdoor in ons belangen zijn geschaad, dan kunt u geen rechten aan deze verzekering ontnemen en kunnen wij besluiten de schade niet uit te keren.

Artikel 5 Wat vergoeden we niet?

In de volgende omstandigheden of gebeurtenissen is schade niet gedekt:

- alle schade als gevolg van of verband houdend met het deelnemen aan of het begaan van strafbare feiten of het doen van pogingen daartoe;
- indien bij de aanvang van de reis zodanige omstandigheden bekend of aanwezig waren dat het maken van kosten of het ontstaan van schade redelijkerwijs te verwachten viel;
- alle schade als gevolg van opzet, grove schuld of nalatigheid;
- wanneer u onder invloed was van alcohol of andere verdovende of opwekkende middelen, waartoe ook soft- en harddrugs gerekend worden;
- indien u naar het buitenland bent gegaan om u daar medisch te laten behandelen;
- schade ontstaan tijdens of verband houdend met het beoefenen van vecht- en verdedigingsporten;
- deelname aan en voorbereiding op wielervedstrijden, paardenwedstrijden, en andere wedstrijden of prestatieritten waarbij de snelheid of het tijdstip van aankomst van beslissende betekenis is;
- deelname aan of voorbereiding op snelheids-, record- en betrouwbaarheidsritten met motorrijtuigen of motorvoertuigen.

Artikel 6 Vlieg risico

Als u per vliegtuig reist, bent u slechts verzekerd als passagier en niet als bemanningslid, vlieg instructeur, leerling-vlieger of parachutist. Om verzekerd te zijn, moet gereisd worden met vliegtuigen van een erkende luchtvaartmaatschappij. Deze vliegtuigen moeten ingericht zijn voor personenvervoer en gebruik maken van erkende luchthavens.

Artikel 7 Algemene insluiting

In art. 15.3. van het Algemeen Reglement zijn uitgesloten alle schaden, kosten of rechten op uitkering die een gevolg zijn van aardbeving, overstroming of vulkanische uitbarsting. Als er volgens deze verzekering dekking is en de schade een gevolg is van één van deze natuurrampen, is deze uitsluiting niet van toepassing en is de schade dus verzekerd.

Artikel 8 Samenloop verzekeringen

Als een belang tevens is verzekerd op een speciale, op een zaak of de persoon afgestemde verzekering, zoals een kostbaarhedenverzekering of zorgverzekering, biedt deze verzekering geen dekking. Deze verzekering wordt in dat geval geacht niet te bestaan. Indien een beroep kan worden gedaan op een wettelijke of andere voorziening, biedt deze verzekering slechts dekking voor de schade die niet onder deze voorziening wordt vergoed en tot maximaal het verzekerd bedrag. Deze bepaling is niet van toepassing op vergoedingen die op grond van de reisongevallen dekking worden betaald.

Artikel 9 Verzekerden

De op het polisblad vermelde verzekerde.

PERSOONLIJKE HULPVERLENING/VERVOER**Artikel 10 Wat is verzekerd?**

U heeft recht op hulp en/of vergoeding van extra reis-, verblijf- en andere kosten bij gebeurtenissen zoals omschreven in artikel 11 t/m 24. De hoogte van de vergoedingen kunt u vinden in het dekkingsoverzicht. Voor hulpverlening kunt u contact opnemen met de Univé alarmcentrale.

De hulpverlening bestaat uit:

- het regelen van vervoer;
- het verzorgen van de noodzakelijke medische begeleiding tijdens de terugreis (voor onze rekening);
- het geven van adviezen;

- het opsturen van medicijnen (de verzendkosten worden vergoed, niet de medicijnen);
- overige hulp die naar het oordeel van de alarmcentrale nuttig en noodzakelijk is.

Bij vergoedingen van hulpverleningskosten gelden de volgende voorwaarden:

- in voorkomende gevallen worden kosten vergoed tot de maxima genoemd in het dekkingsoverzicht;
- wij vergoeden alleen extra kosten. Dat wil zeggen, kosten die niet zouden zijn gemaakt als de gebeurtenissen in art 11 t/m art 23 zich niet zouden hebben voorgedaan;
- wij vergoeden alleen noodzakelijk gemaakte reis- en/of verblijfkosten;
- wanneer u bij een verzekerde gebeurtenis gebruik maakt van een privé-motorrijtuig vergoeden wij voor het maken van extra reiskosten € 0,20 per kilometer (inclusief brandstofkosten).

Artikel 11 Ziekte, ongeval of overlijden

- Wanneer u ziek wordt of een ongeval krijgt, vergoeden wij de volgende kosten, op voorwaarde dat deze medisch noodzakelijk en het directe gevolg van de ziekte of het ongeval zijn:
 - verblijfkosten buiten Nederland in hotel of pension na het einde van de voorgenomen verblijfsduur;
 - extra terugreiskosten naar uw woon- of verblijfplaats met een ambulance, taxi of openbaar vervoer;
 - verblijfkosten buiten Nederland in hotel of pension tijdens de voorgenomen verblijfsduur;
 - vervoerskosten naar en van dichtstbijzijnde arts of ziekenhuis waar u door ziekte of ongeval werd getroffen.
- De kosten genoemd in artikel 11.a. vergoeden wij ook indien een meereizend gezinslid ziek wordt, een ongeval krijgt of overlijdt. Voorwaarde is dat dit gezinslid voor dezelfde periode een reisverzekering bij ons heeft afgesloten. Ook worden deze kosten vergoed aan één reisgenoot. Voorwaarde is dat deze reisgenoot voor dezelfde periode een reisverzekering bij ons heeft afgesloten.

Artikel 12 Voortijdige terugkeer

Wanneer u eerder moet terugkeren naar uw woon- of verblijfplaats, omdat een familielid in de 1e of 2e graad is overleden of (naar oordeel van een arts) levensgevaarlijk ziek of gewond is geraakt, vergoeden wij:

- reiskosten naar uw woon- of verblijfplaats met eigen of openbaar vervoer;
- terugreiskosten naar de reisbestemming vanwege de gebeurtenis zoals in dit artikel is beschreven.
U moet wel binnen 3 weken na de terugreis zijn teruggekeerd naar de reisbestemming;
- deze kosten worden ook vergoed aan maximaal één reisgenoot. Wel moet deze reisgenoot voor dezelfde periode een reisverzekering bij ons hebben afgesloten.

Artikel 13 Overkomst van familieleden

Wanneer u als gevolg van ziekte of een ongeval, volgens de plaatselijk behandelend arts, in levensgevaar verkeert, vergoeden wij voor maximaal twee familieleden:

- Reiskosten per openbaar vervoer voor de overkomst van en terugreis naar Nederland;
- Verblijfkosten in hotel of pension.

Wanneer u als gevolg van het overlijden van uw reisgenoot alleenreizend wordt, vergoeden wij voor één familielid:

- Reiskosten per openbaar vervoer voor de overkomst van en terugreis naar Nederland;
- Verblijfkosten in hotel of pension.

Voorwaarde is dat deze reisgenoot voor dezelfde periode een reisverzekering bij ons heeft afgesloten.

Artikel 14 Terugkeer wegens schade aan achtergebleven eigendommen

Wanneer aan uw eigendommen in Nederland ernstige schade is ontstaan door brand, diefstal, storm of natuurgeweld en u hiervoor eerder moet terugkeren naar uw woon- of verblijfplaats, dan vergoeden wij de extra terugreiskosten.

Artikel 15 Terugreiskosten per openbaar vervoer voor het huisdier

Als u door één van de gebeurtenissen genoemd in de artikelen 11.a tweede aandachtstreepje, 12, 14, 17, 19.a en 20.a naar uw woon- of verblijfplaats moet terugkeren, vergoeden wij de extra terugreiskosten per openbaar vervoer voor uw huisdier. Wel moet u met een bewijsstuk aantonen dat het huisdier uw eigendom is.

Artikel 16 Gedwongen openthoud

Wanneer u langer in het buitenland moet blijven dan de voorgenomen verblijfsduur door natuurgeweld of werkstaking van openbare vervoerbedrijven of luchthavenpersoneel, vergoeden wij tot het moment dat u weer kunt terugkeren extra eventuele reis- en verblijfkosten.

Voorwaarde voor de vergoeding is dat de genoemde oorzaken van openthoud zich niet voor of tijdens het begin van de reis voordeden en toen ook niet bekend of te verwachten waren.

Artikel 17 Terugkeer naar Nederland per ambulance-vliegtuig

Wanneer u ziek of gewond bent en u kunt niet met een passagiers-vliegtuig, ambulance-auto of taxi naar uw woon- of verblijfplaats dan vergoeden wij:

- terugreis naar Nederland per ambulance-vliegtuig;
- kosten van het vervoer (inclusief medische begeleiding) van het buitenlandse ziekenhuis naar het vliegveld;
- kosten van het vervoer (inclusief medische begeleiding) van het Nederlandse vliegveld naar het ziekenhuis.

Deze kosten worden alleen vergoed als het medisch noodzakelijk is. De medische noodzaak bepalen wij in overleg met de behandelend arts in het buitenland. Van medische noodzaak is in ieder geval sprake als het uw leven kan redden en de kans op invaliditeit verminderd of voorkomen kan worden.

Als de verzekering is afgesloten en/of is ingegaan terwijl u buiten Nederland al onder geneeskundige behandeling was, dan worden de kosten genoemd in dit artikel niet vergoed.

Artikel 18 Opsporings- en reddingsacties

Wij vergoeden de kosten die volgens de plaatselijke autoriteiten gemaakt moeten worden om u te redden of op te sporen. Deze kosten worden ook vergoed als de bevoegde autoriteiten een ongeval vermoeden.

Artikel 19 Uitvallen van de bestuurder

Als de bestuurder van het motorrijtuig, waarmee vanuit Nederland de reis wordt gemaakt, door ziekte of door een ongeval niet langdurig meer kan rijden, en als geen van de medereizigers in staat is hem te vervangen, vergoeden wij aan u de volgende kosten:

- terugreiskosten per trein (2e klasse) vanaf de plaats van de gebeurtenis tot uw woon- of verblijfplaats in Nederland;
- verblijfkosten in het buitenland in hotel of pension, voor zover deze hoger zijn dan de verblijfkosten die u oorspronkelijk gepland had.

Artikel 20 Uitvallen van het motorrijtuig

Als het motorrijtuig (met eventuele aanhanger), waarmee vanuit Nederland de reis naar de vakantiebestemming wordt gemaakt, verloren gaat of defect raakt en wanneer deze niet binnen twee werkdagen gerepareerd kan worden, vergoeden wij:

- de treinreis (2e klasse) vanaf de plek van pech naar de vakantieplaats en de treinreis (2e klasse) terug naar de woon- of verblijfplaats in Nederland;
- en/of huur van een soortgelijk vervangend motorrijtuig (en/of aanhanger) bij een officieel verhuurbedrijf;
- strikt noodzakelijke verblijfkosten in hotel of pension in de plaats in het buitenland waar het vervoermiddel gerepareerd wordt. Dit geldt ook als het vervoermiddel gedurende een kortere periode is uitgevallen;
- de onder sub a. en b. van dit artikel genoemde kosten, als het motorrijtuig (en/of aanhanger) uitvalt binnen 7 dagen voor de ingangsdatum van de door u geboekte buitenlandse reis en niet gerepareerd kan worden binnen 2 werkdagen na de ingangsdatum van de reis. Het originele boekingsbewijs van uw reis dient u op ons verzoek naar ons toe te sturen.

De kosten vermeld in dit artikel worden niet vergoed als het motorrijtuig in een zodanige staat van onderhoud verkeerde, dat reeds bij aanvang van de reis redelijkerwijs te voorzien was dat het motorrijtuig zou uitvallen.

Artikel 21 Uitvallen van een fiets

Als de fiets waarmee vanuit Nederland de reis wordt gemaakt, verloren gaat of defect raakt en reparatie niet direct mogelijk is, vergoeden wij naar keuze:

- de treinreis (2e klasse) vanaf de plek van pech naar uw woon- of verblijfplaats in Nederland;
- bij het uitvallen van de fiets in het buitenland de huur van een soortgelijk vervangend vervoermiddel;
- strikt noodzakelijke verblijfkosten in de plaats in het buitenland waar de fiets gerepareerd wordt.

Artikel 22 Vervangend verblijf

- Wanneer uw vakantieverblijf tijdens de dekkingsperiode of binnen 7 dagen daarvoor (maar in elk geval na afgifte van de polis) onbewoonbaar of onbruikbaar is geworden, vergoeden wij de kosten voor het huren van vervangend verblijf. Deze kosten worden niet vergoed indien het verblijf in een zodanige staat van onderhoud verkeerde dat het redelijkerwijs te voorzien was dat het verblijf tijdens de reis niet bruikbaar zou zijn.
- Wanneer uw vakantieverblijf tijdens de dekkingsperiode niet langer beschikbaar is door het uitvallen van het motorrijtuig (zoals vermeld in artikel 20) waaraan het verblijf (caravan, vouwwagen) gekoppeld is, vergoeden wij de kosten voor het huren van vervangend verblijf.

Artikel 23 Vervoerskosten in geval van overlijden

Wanneer een verzekerde overlijdt als gevolg van ziekte of een ongeval waarvoor de polis dekking geeft, vergoeden wij aan de wettelijke erfgenamen de kosten van:

- het vervoer van het stoffelijk overschot naar de laatste woonplaats of naar de op de polis genoemde woonplaats in Nederland;
- de binnenkist;
- de voor het vervoer noodzakelijke documenten.

Als het stoffelijk overschot niet naar Nederland wordt gebracht, vergoeden wij de kosten van begraving of crematie in het buitenland en de overkomst van twee familieleden vanuit Nederland tot ten hoogste het bedrag, dat zou zijn vergoed bij het vervoer van het stoffelijke overschot naar de woonplaats van de overledene.

Artikel 24 Telefoonkosten en overige kosten

Wij vergoeden onvoorziene en in redelijkheid gemaakte telefoonkosten en overige kosten die gemaakt zijn als gevolg van een gebeurtenis genoemd in artikel 11 t/m 23.

Artikel 25 Terugvordering van niet-verzekerde diensten en/of kosten

Wanneer wij een vergoeding hebben verleend voor kosten en/of diensten die door ons, of door de alarmcentrale, zijn gemaakt/ verleend die niet onder de dekking van de verzekering vallen, dan hebben wij het recht de reeds betaalde kosten terug te vorderen of te verrekenen met nog te uit te keren schadevergoedingen.

Artikel 26 Reisgenoot

Tevens wordt uitkering verleend voor extra kosten die u moet maken ten gevolge van een gebeurtenis genoemd in artikel 11 t/m artikel 23, die een niet in de polis genoemde reisgenoot is overkomen. Deze dekking is alleen van kracht indien:

- de getroffen reisgenoot een geldige reisverzekering heeft;
- de gebeurtenis van de getroffen reisgenoot onder de dekking van diens reisverzekering valt en deze reisverzekering geen dekking biedt voor de extra kosten van de meereizende reisgenoot.

REISBAGAGE

Artikel 27 Wat is verzekerd?

Wij verzekeren de reisbagage die u bij aanvang van de reis voor eigen gebruik heeft meegenomen of tijdens de reis heeft aangeschaft. Ook verzekeren wij de voorwerpen die u binnen de periode dat er dekking is heeft vooruitgezonden of nagezonden. Naast reisbagage zijn geld en cheques ook verzekerd. Wij vergoeden schade ontstaan door:

- beschadiging
- diefstal
- verlies

Het maximum verzekerd bedrag is € 2.500,- per persoon per reis. De maximaal verzekerde bedragen voor de reisbagage zoals hieronder toegelicht, kunt u vinden in het dekkingsoverzicht. Ook worden hier de eigen risico's vermeld. In geval van schade zal de uitkering voor reisbagage nooit hoger zijn dan deze bedragen.

Als er schade is ontstaan aan één verzekerd voorwerp dan kan uitsluitend één verzekerde aanspraak maken op vergoeding.

27.1 Foto-film-video-beeld-geluid-(spel)computer-apparatuur

Deze apparatuur is verzekerd inclusief beeld-, geluids- en informatiedragers en andere toebehoren, zoals bijvoorbeeld draagtasen en software.

Met geluids- en beeldapparatuur wordt bedoeld: i-pod, mp3-speler, mini-diskspeler, dvd-speler en soortgelijke apparatuur.

27.2 Telecommunicatie- en navigatieapparatuur

Zoals bijvoorbeeld mobiele telefoons (eventueel met nevenfunctionaliteiten) en navigatiesystemen inclusief toebehoren. Deze apparatuur is verzekerd als het niet is ingebouwd in het vervoermiddel.

27.3 Kostbaarheden

Wij verstaan onder kostbaarheden: sieraden, horloges, bontwerk, voorwerpen van goud, zilver of platina, edelstenen, parels, kijkers, muziekinstrumenten met toebehoren en andere kostbaarheden.

27.4 Brillen en contactlenzen.

27.5 Gehoorapparaten, prothesen, tandbeugels, stiftanden en tandkronen.

27.6 Accessoires en gereedschappen motorrijtuigen

Gereedschappen voor motorrijtuigen en ingebouwde geluids- en beeld-apparatuur (excl. navigatiesysteem), reserve-onderdelen van motorrijtuigen, imperiaal en/of een daarop gemonteerde dakkoffer, sneeuwkettingen, caravanspiegels, fietsendrager.

27.7 Fietsen met toebehoren, zeil-/surfplanken en kano's met toebehoren, opblaasbare en opvouwbare boten met toebehoren.

27.8 Artikelen die tijdens de reis zijn aangeschaft.

27.9 Vervangende kleding, toiletartikelen

Wij verzekeren de kosten van de noodzakelijke aanschaf van vervangende kleding en toiletartikelen wegens verlies of vertraagde aankomst tijdens het transport per openbaar vervoer op de heenreis.

27.10 Reisdocumenten

Reisdocumenten zijn rij- en kentekenbewijzen, kentekenplaten, vervoerbiljetten die speciaal voor gebruik tijdens de reis zijn aangeschaft, identiteitsbewijzen, toeristenkaarten, paspoorten, laissez-passers, skipassen en visa. De kosten van het opnieuw aanschaffen worden vergoed, met uitzondering van reis-, verblijf- en telefoonkosten.

27.11 Wintersportuitrusting

Eigen of gehuurde ski's/snowboards inclusief bindingen, skistokken, skischoenen en skihelmen.

27.12 Overige vergoeding bij Wintersportdekking

Wij vergoeden ook de vooruitbetaalde maar niet gebruikte skipassen, -huur en -lessen wanneer u:

- door een ongeval in het buitenland niet kunt skiën (verklaring van de behandelend arts overleggen);
- door een ziekte of ongeval in het buitenland in het ziekenhuis wordt opgenomen;
- eerder terug moeten keren naar huis in verband met een gedekte gebeurtenis. Wij betalen deze vergoeding ook voor de mee terugkerende gezinsleden. Deze moeten dan wel bij ons verzekerd zijn met wintersportdekking. Als er geen mee terugkerende gezinsleden zijn, vergoeden wij de kosten voor één mee terugkerende reisgenoot.

Wij vergoeden deze kosten vanaf de dag nadat de gebeurtenis heeft plaatsgevonden.

Ook betalen wij de kosten van het huren van vervangende ski's en/of ski-schoenen tot maximaal de voorgenomen ski-periode als uw eigen ski's en/of ski-schoenen zijn gestolen of beschadigd. Wij vergoeden de kosten als u de ski-pas en/of andere bewijsstukken kunt overleggen.

27.13 Schade logies/verblijf

Wij verzekeren persoonlijk door u toegebrachte schade aan logies waar u officieel overnacht en/of de inventaris daarvan, alleen voor zover u aansprakelijk bent voor de schade. Hieronder valt ook

schade aan een tijdens de reis gehuurd kluisje door verlies van de sleutel van dit kluisje. Wij vergoeden echter geen schade aan het casco van een caravan, vouwwagen, camper of boot ontstaan tijdens rijden of varen. De schade wordt alleen vergoed als de schade hoger is dan € 25,-.

Artikel 28 Wat wordt vergoed?

In geval van onherstelbare beschadiging, verlies, of diefstal vergoeden wij:

- a. de nieuwwaarde van voorwerpen die niet ouder zijn dan één jaar waarvan u de oorspronkelijke aankoopnota kunt overleggen. Wij verstaan onder nieuwwaarde het bedrag dat nodig is om een voorwerp van dezelfde soort en kwaliteit aan te schaffen op het moment onmiddellijk voor de schade;
- b. de dagwaarde voor voorwerpen waarvan u geen aankoopnota meer heeft of die ouder zijn dan één jaar. Wij verstaan onder dagwaarde de nieuwwaarde verminderd met een bedrag voor (economische) waardevermindering door veroudering en slijtage.

Bij een herstelbare schade vergoeden wij de reparatiekosten tot maximaal de dagwaarde. Deze kunnen worden verminderd met een aftrek "nieuw voor oud" als slijtagegevoelige onderdelen zijn vervangen door nieuwe onderdelen en daardoor verbetering in bruikbaarheid optreedt.

Overdracht van verzekerde voorwerpen

Wanneer wij aan u een schadevergoeding hebben betaald voor beschadigde of verloren voorwerpen, draagt u op verzoek van ons het eigendomsrecht op deze goederen over aan ons. Zodra u weet dat de verloren of vermiste goederen zijn teruggevonden, moet u dit aan ons melden. Als de goederen binnen 6 weken na de dag waarop ze verdwenen worden teruggevonden, moet u ze terugnemen en de reeds betaalde uitkering aan ons terugbetalen.

Artikel 29 Wat moet u doen bij schade?

- a. Bij verlies of diefstal van reisbagage, geld en/of cheques onmiddellijk aangifte doen bij de lokale politie-autoriteiten en het procesverbaal naar ons toesturen. In het buitenland hoeft dit alleen als de nieuwwaarde van de reisbagage hoger is dan € 250,-. Voor geld en cheques dient altijd aangifte te worden gedaan.
- b. Bij verlies of diefstal van reisbagage, geld en/of cheques in een hotel, direct aangeven bij de hoteldirectie en de verklaring naar ons toesturen. Daarnaast aangifte doen bij de politie, zoals onder a. vermeld.
- c. Bij het in ontvangst nemen van uw reisbagage controleren of die bagage nog in goede staat is en of er niets ontbreekt indien uw reisbagage wordt vervoerd met een openbaar vervoermiddel of ander middel van transport. Bij schade of verlies direct aangifte doen bij de vervoerder en het proces-verbaal van de aangifte naar ons toesturen.
- d. Diefstal, verlies of beschadiging van reisbagage, geld en/of cheques bewijzen. Daarnaast dient u de omvang van de schade en het feit dat u deze werkelijk bezat te bewijzen. U kunt de schade aantonen door middel van originele rekeningen of kopieën daarvan, garantiebewijzen, geldopnamebewijzen, verklaringen van deskundigen over de mogelijkheid van reparatie en andere bewijsstukken. Ook moet u ons in staat stellen om bij beschadiging de schade te beoordelen.

Artikel 30 Wat is niet verzekerd?

Diefstal, verlies of beschadiging van:

- a. postzegels, documenten, foto's, waardepapieren zoals abonnementen voor het openbaar vervoer, OV-jaarkaarten, entreebewijzen, kortingskaarten, seizoenskaarten, beltegoeden, pasjes, etc., verhuisgoederen en voorwerpen van kunst- of verzamelwaarde, met uitzondering van hetgeen verzekerd is in artikel 27.8;
- b. zakelijke goederen (handelsgoederen, monstercollecties en andere zakelijke goederen).
- c. voertuigen en/of aanhangers, waaronder caravans/vouwwagens (inclusief het tentgedeelte), luchtvaartuigen, boten en andere vervoermiddelen en onderdelen/toebehooren daarvan. De voorwerpen omschreven in artikel 27.6 en 27.7 zijn wel verzekerd met uitzondering van gehuurde fietsen, gehuurde opblaasbare/opvouwbare boten, gehuurde kano's, gehuurde surfplanken.

Artikel 31 In welke situaties vergoeden we niet?

- a. schade door langzaam werkende weersinvloeden of andere invloeden (natuurgeweld uitgezonderd), slijtage, eigen gebrek, eigen bederf, mot, knaagdieren, insecten enz;

- b. andere schade dan aan de goederen zelf;
- c. schade zoals ontsieringen, krassen, deuken, vlekken, enz. tenzij de goederen door deze beschadiging niet langer te gebruiken zijn;
- d. reisbagage die wordt achtergelaten in of op een motorrijtuig dan wel in een aanhanger waarmee de reisbestemming niet wordt bereikt;
- e. breuk van breekbare voorwerpen en/of de gevolgen daarvan met uitzondering van schade veroorzaakt door een ongeluk met het vervoermiddel, inbraak, diefstal, beroving of brand;
- f. schade als gevolg van misbruik door anderen van betaalpassen of creditcards waarbij al dan niet gebruik is gemaakt van de pincode;
- g. als u (of degene die u helpt) niet de normale voorzichtigheid in acht heeft genomen om schade te voorkomen. Van normale voorzichtigheid is in ieder geval geen sprake als de verzekerde reisbagage onbeheerd wordt achtergelaten in een niet goed afgesloten ruimte;
- h. als van u in redelijkheid verlangd mag worden dat u onder de gegeven omstandigheden betere maatregelen had kunnen en moeten treffen om de schade te voorkomen;
- i. reisdocumenten, geld, cheques, kostbaarheden en foto-, film-, beeld-, geluid-, video-, computer- en telecommunicatie-apparatuur die tijdens het vervoer per boot, trein, bus of vliegtuig niet als handbagage zijn meegenomen;
- j. diefstal uit motorrijtuigen
 - Diefstal van geld en cheques uit motorrijtuigen;
 - Diefstal van reisbagage (kostbaarheden en apparatuur) genoemd in artikel 27.1, 27.2 en 27.3 uit motorrijtuigen, tenzij u kunt aantonen dat:
 - de bagage van buitenaf niet zichtbaar is achtergelaten in een goed afgesloten kofferruimte;
 - de diefstal niet tussen 22.00 en 7.00 uur lokale tijd heeft plaatsgevonden en er sporen van braak aanwezig zijn. Er bestaat nooit recht op vergoeding als de reisbagage langer dan 24 uur onbeheerd is achtergelaten;
 - bij motorrijtuigen met een derde of vijfde deur of bij een stationcar moet de kofferruimte ook afgedekt zijn met een hoedenplank of een soortgelijke vastgemonteerde voorziening.
- k. diefstal uit caravans en campers
 - Diefstal van kostbaarheden, reisdocumenten en geld en cheques uit een caravan of camper, tenzij deze zaken binnen de afgesloten caravan of camper zijn opgeborgen in een kluis en er sporen van braak aanwezig zijn;
 - Diefstal van foto-, film-, beeld-, geluid-, video-, computer- en telecommunicatie-apparatuur uit een caravan of camper tenzij, deze zaken binnen de afgesloten caravan of camper zijn opgeborgen in een van een slot voorziene opbergruimte en er sporen van braak aanwezig zijn.

l. diefstal uit tenten

Diefstal van kostbaarheden, reisdocumenten, geld, foto-, film-, beeld-, geluid-, video-, computer- en telecommunicatie-apparatuur, als deze onbeheerd zijn achtergelaten in een (voor)tent. Voor foto-, film-, beeld-, geluid-, video-, computer- en telecommunicatie-apparatuur geldt deze uitsluiting niet als u kunt aantonen dat u onder de gegeven omstandigheden geen betere maatregelen had kunnen treffen waardoor de diefstal had kunnen worden voorkomen.

REISRECHTSHULP

Artikel 32 Begrippen

In de voorwaarden van deze rechtshulp wordt verstaan onder:

a. SUR

SUR is de Stichting Univé Rechtshulp;

Wij hebben het verlenen van rechtshulp overgedragen aan SUR.

In het verlenen van rechtshulp is SUR onafhankelijk van ons. Wij garanderen nakoming door SUR van de in dit reglement genoemde verplichtingen.

b. Gebeurtenis

Het feitelijk voorval dat zich tijdens de verzekeringsduur voordoet, en dat voor u een juridisch probleem of geschil doet ontstaan. Een gebeurtenis dient bij het sluiten van de verzekering onzeker te zijn, dat wil zeggen: onverwacht en niet te voorzien. Zijn er verschillende, met elkaar samenhangende gebeurtenissen, dan worden deze aangemerkt als één gebeurtenis en dient de eerste gebeurtenis uit de reeks binnen de looptijd van de verzekering te vallen.

c. Externe deskundigen

advocaten en andere (rechtskundige) adviseurs die niet in dienst zijn van de SUR.

Artikel 33 Dekking

Rechtshulp wordt verleend door SUR te Assen, tel. (0592) 38 25 00. SUR verleent rechtshulp en vergoedt de daarmee gemaakte kosten tot maximaal het bedrag genoemd in deze voorwaarden.

SUR verleent u en uw nagelaten betrekkingen, voor zover deze een vordering tot levensonderhoud kunnen instellen, rechtshulp als omschreven onder A, B, C en D. Er dient sprake te zijn van gebeurtenissen die rechtstreeks verband houden met de reis.

Er wordt geen rechtshulp verleend indien uw aanspraak voortvloeit uit of verband houdt met het in eigendom hebben, bezitten, houden of (ver)kopen van motorvoertuigen en/of aanhangers.

A. Verhaalsbijstand

Rechtshulp ter zake van verhaal van schade aan u persoonlijk of aan uw eigendommen toegebracht door een derde die daarvoor wettelijk aansprakelijk is.

B. Strafbijstand

Rechtshulp in strafzaken, voor zover omschreven in artikel 35 tegen u aangespannen, tenzij er sprake is of zou zijn van een opzetdelict, dan wel dat u het feit willens en wetens heeft gepleegd, of van een overtreding van fiscale voorschriften (waaronder begrepen douanevoorschriften).

C. Contractsbijstand

Rechtshulp bij geschillen over overeenkomsten die door u zijn gesloten in rechtstreeks verband met en ten behoeve van de reis.

D. Waarborgsom

Het voorschieten van een waarborgsom van ten hoogste € 12.500,- als een buitenlandse overheidsinstantie een waarborgsom verlangt voor uw vrijlating of vrijgeven van rijbewijs en/of voertuig. U dient uw medewerking te verlenen om het voorschot terug te krijgen. Als dit niet lukt, dient u het voorschotbedrag binnen 1 jaar terug te betalen. Het geschil dat aanleiding is om een waarborgsom te verlenen, moet onder de rechtshulpdekking vallen.

Artikel 34 Rechtshulp en telefonisch advies

- Rechtshulp houdt in: de gebeurtenis die u heeft aangemeld voor rekening van ons op zijn juridische gevolgen onderzoeken en daarover te adviseren, dan wel de nodige (rechts-)maatregelen nemen of laten nemen, tenzij er geen redelijke kans (meer) is om langs juridische weg het door u beoogde resultaat te bereiken.
- Telefonisch advies houdt in: in geval van een gebeurtenis kunt u telefonisch om advies vragen. Het advies kan noodzakelijkerwijs alleen worden gegeven op basis van de telefonisch uit te wisselen gegevens. Daarom wordt het advies altijd onder voorbehoud van volledigheid en juistheid van de feitelijke informatie gegeven.
- Als het, op basis van de ter beschikking staande gegevens, naar de mening van SUR onduidelijk is of de door u gemelde gebeurtenis een grond geeft tot juridische actie, dient u door middel van een rapport -van een in overleg met SUR te benoemen deskundige- daarover uitsluitel te verschaffen. Geeft het rapport voldoende grond voor een juridische actie, waardoor het door u beoogde resultaat kan worden bereikt, dan vergoeden wij de kosten van de rapportage als omschreven in artikel 37.

Artikel 35 Strafzaken

- Er wordt in eerste instantie geen rechtshulp verleend indien u vervolgd wordt voor een strafbaar feit. Pas wanneer de strafzaak eindigt in een vrijspraak, ontslag van rechtsvervolging of door de kennisgeving van de officier van justitie dat hij niet tot verdere vervolging zal overgaan (sepot), dan bestaat aanspraak op rechtshulp middels het achteraf vergoeden van de verzekerde kosten van rechtshulp, zodra de uitspraak of beslissing onherroepelijk is. U dient in dat geval de zaak binnen één maand na het bekend worden van de uitspraak schriftelijk te melden bij SUR. Dit is nodig om binnen de wettelijke termijn een verzoek in te kunnen dienen waarmee SUR namens u de kosten van rechtshulp op de Staat kan verhalen.
- Ook wordt geen rechtshulp verleend indien u een overtreding van een verkeersvoorschrift begaat waarbij afdoening kan plaatsvinden via een administratiefrechtelijke sanctie of betaling van een geldbedrag (bijvoorbeeld rijden door rood licht, snelheidsovertredingen etcetera).
- Rechtshulp wordt wel verleend indien u primair dood of letsel door schuld ten laste wordt gelegd, ongeacht de uitkomst van de strafzaak.

Artikel 36 Belangenconflict

- Bij kwesties tussen verzekerden krachtens dezelfde polis, verleent SUR alleen rechtshulp aan de verzekeringsnemer of de door deze aan te wijzen verzekerde.
- Als blijkt dat twee strijdende partijen, ieder op basis van een

eigen rechtshulpverzekering, aanspraak kunnen maken op rechtshulp van SUR, kunnen beide verzekerden zich, na overleg met SUR, wenden tot een externe deskundige zoals omschreven in artikel 42 onder a.

Artikel 37 Verzekerde kosten

- 37.1. Indien aanspraak op rechtshulp bestaat, komen voor onze rekening:
- tot een onbeperkt bedrag:
 - de kosten van rechtshulp in verkeerszaken;
 - de kosten van behandeling en advies door de eigen deskundigen van SUR;
 - tot maximaal € 50.000,- (inclusief BTW) per gebeurtenis:
 - de kosten van de in opdracht van SUR ingeschakelde externe deskundige en van de in overleg met SUR genomen maatregelen, voorzover deze kosten als algemeen gebruikelijk kunnen worden beschouwd;
 - de kosten van getuigen, voorzover door de rechter toegewezen;
 - de proceskosten van u en van de tegenpartij, voorzover die krachtens een onherroepelijk vonnis ten laste van u komen;
 - de kosten van het ten uitvoer leggen van een vonnis gedurende maximaal 5 jaar nadat dit vonnis onherroepelijk is geworden;
 - de noodzakelijke, in overleg met SUR door u te maken reis- en verblijfkosten, als uw persoonlijk verschijnen voor een buitenlands gerecht door een rechter is gelast of door uw advocaat dringend wordt gewenst.
 - Indien werelddekking van toepassing is, zijn de verzekerde kosten zoals vermeld dit artikel in totaal beperkt tot het maximum bedrag vermeld in het dekkingsoverzicht. Dit maximum bedrag geldt dan voor de landen buiten Europa en buiten de Azoren, de Canarische Eilanden, Madeira, Algerije, Egypte, Israël, Libanon, Libië, Marokko, Syrië, Tunesië en heel Turkije.
- 37.2. Niet voor vergoeding komen in aanmerking de kosten die op grond van een contractuele of wettelijke bepaling verhaald, verrekend of door anderen vergoed kunnen worden. Onder deze kosten zijn begrepen de kosten bedoeld in artikel 96 boek 6 Burgerlijk Wetboek en de artikelen 591/591a Wetboek van Strafvordering. Voorzover wij dergelijke kosten hebben voldaan, dient u deze na ontvangst van derden aan ons te restitueren.
- 37.3. Indien bij een gerechtelijke procedure, arbitrage of bindend advies de tegenpartij wordt veroordeeld tot vergoeding van kosten, dan komt het bedrag van deze kosten ten gunste van ons.
- 37.4. Indien één feit of feitencomplex leidt tot meerdere verzekerde gebeurtenissen of indien één verzekerde gebeurtenis leidt tot verscheidene juridische acties, dan worden de daaraan verbonden kosten van rechtshulp door ons vergoed tot ten hoogste het maximum bedrag van de verzekerde kosten.
- 37.5. Indien bij een gebeurtenis, behalve u, meerdere belanghebbenden betrokken zijn en de zaak door één externe deskundige wordt behandeld, worden de kosten van rechtshulp van de door hen gezamenlijk gevoerde acties naar verhouding tot het aantal belanghebbenden vergoed.
- 37.6. Indien een gebeurtenis gedeeltelijk is gedekt, worden de kosten van rechtshulp naar evenredigheid vergoed.
- 37.7. Onder kosten van rechtshulp zijn niet begrepen aan u opgelegde geldstraffen, boetes of dwangsommen.
- 37.8. Indien u de BTW kunt verrekenen met door u verschuldigde BTW-afdrachten, komt deze BTW niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 38 Uitsluitingen

- U heeft, naast de in het Algemeen Reglement genoemde uitsluitingen, geen aanspraak op rechtshulp als het gaat om:
- Kwesties met de overheid over geschillen die verband houden met invoerbepalingen en invoerheffingen.
 - Een gebeurtenis die het gevolg is van of samenhangt met het in strijd met de van overheidswege geldende voorschriften besturen van een voertuig of een (lucht)vaartuig. Deze uitsluiting wordt niet ingeroepen als u het verzoek om rechtshulp doet, niet wist of redelijkerwijs niet kon weten dat de bestuurder het voertuig onbevoegd dan wel in strijd met bovengenoemde voorschriften bestuurde.
 - Geschillen over de uitleg en uitvoering van de onderhavige verzekeringsovereenkomst.
 - Geschillen die ontstaan bij beroepsuitoefening, op welke wijze dan ook. Er bestaat wel dekking voor een geschil dat ook zou zijn ontstaan als het een privé-reis zou zijn geweest.

Artikel 39 Financieel belang

Voor zaken waarvan het financieel belang minder bedraagt dan € 100,-, kunt u geen aanspraak maken op rechtshulp.

Artikel 40 Afkoop

SUR is bevoegd, indien het financieel belang de te maken kosten naar haar mening niet rechtvaardigt, u schadeloos te stellen in plaats van (verder) rechtshulp te verlenen.

Artikel 41 Melding van de zaak

In afwijking van het bepaalde in artikel 4 geldt het volgende:

- a. Zodra u kennis heeft van een gebeurtenis die voor ons kan leiden tot een verplichting om rechtshulp te verlenen, bent u verplicht:
 - zo spoedig mogelijk de gebeurtenis schriftelijk te melden bij SUR, Postbus 557, 9400 AN Assen;
 - alle relevante gegevens en bescheiden te verstrekken;
 - zich op verzoek van SUR te voegen als beledigde partij in een strafzaak;
 - uw volledige medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van ons zou kunnen schaden, ook als het gaat om terugvordering van kosten.
- b. Aan deze verzekering kunnen geen rechten (meer) worden ontleend, indien u in artikel 41.a genoemde verplichtingen niet nakomt en daardoor onze belangen schaadt. Tevens kunnen aan deze verzekering geen rechten (meer) worden ontleend indien:
 - u zonder toestemming van of overleg met SUR een externe deskundige inschakelt;
 - u niet alle van belang zijnde informatie aan SUR (heeft) verstrekt;
 - u zich niet houdt aan de aanwijzingen van SUR of de externe deskundige;
 - u de tegenpartij benadert over de aangemelde gebeurtenis zonder SUR of de externe deskundige vooraf te raadplegen;
 - de gebeurtenis dusdanig laat wordt aangemeld dat SUR:
 - onnodige proceskosten en/of andere kosten van rechtshulp moet vergoeden;
 - niet meer in staat is zelf de rechtshulp te verlenen;
 - geen regeling meer kan treffen in der minne, of dit alleen met extra kosten kan doen.

Artikel 42 Behandeling van de zaak

- a. De rechtshulp wordt verleend door deskundigen in dienst van SUR. Indien SUR dit wenselijk en/of noodzakelijk acht, wordt de rechtshulp verleend door externe deskundigen. SUR volgt, m.u.v. geschillen in het buitenland, uw voorkeur, in het geval dat zich een belangenconflict voordoet zoals omschreven in artikel 36 of indien in het kader van verplichte procureurstelling een advocaat wordt verzocht uw belangen in een gerechtelijke procedure te behartigen. SUR kiest in alle overige gevallen en indien u geen voorkeur heeft.
- b. Alleen SUR is bevoegd, na overleg met u, opdrachten te verstrekken aan externe deskundigen. De opdrachten worden steeds namens u gegeven. Gaat het om een zaak waarin een Nederlandse rechter bevoegd is, dan komen uitsluitend externe deskundigen in aanmerking, die in Nederland zijn ingeschreven en aldaar kantoor houden.
- c. Wij zijn nooit verplicht om voor het verlenen of voortzetten van rechtshulp, tegelijkertijd of achtereenvolgend voor onze rekening meer dan één externe deskundige in te schakelen.
- d. Wij noch SUR is aansprakelijk voor schade die ontstaat door of in verband met de behandeling van een zaak door een externe deskundige.
- e. Voordat tot het aanwenden van rechtsmiddelen wordt overgegaan of werkzaamheden buiten de door SUR verstrekte opdracht te verrichten, dient de externe deskundige toestemming te hebben van SUR.
- f. Indien SUR meent dat tijdens de behandeling van de zaak een expertise-rapport moet worden uitgebracht, dan zal SUR voor inschakeling van de expert zorgdragen en hem namens u de opdracht verstrekken. Indien u het niet eens bent met het expertise-rapport, staat het u vrij voor eigen rekening een tweede rapport door een andere expert te laten opmaken. De kosten die aan het tweede rapport verbonden zijn worden door SUR aan u vergoed indien:
 - de benoeming van de expert en de formulering van de opdracht in overleg met SUR heeft plaatsgevonden, en
 - SUR het tweede rapport in de zaak betreft, omdat daarmee een beter resultaat kan worden bereikt.

Artikel 43 Verschil van mening (geschillenregeling)

- a. Verschillen u en SUR van mening over de haalbaarheid of de juridische aanpak van de zaak, dan zal dit meningsverschil, op kosten van ons, ter beslissing worden voorgelegd aan een door SUR en u in overleg aangewezen advocaat of andere externe deskundige, die als bindend adviseur zal oordelen over het meningsverschil. SUR verstrekt de opdracht en stuurt de bij de partijen bekende stukken aan de adviseur, die op basis daarvan zijn standpunt bepaalt en dit gemotiveerd schriftelijk aan u en aan SUR kenbaar maakt. Is de adviseur het met u eens, dan wordt de zaak met inachtneming van dat oordeel en op kosten van ons voortgezet door een door u te kiezen externe deskundige, niet zijnde de adviseur zelf of diens kantoorgenoot.
- b. Is de adviseur het geheel of in hoofdlijnen met SUR eens, dan wordt de zaak verder door SUR op de door haar voorgestelde wijze afgewikkeld. U kunt ook de zaak aantrekken en op eigen kosten voortzetten. Bereikt u het door u in het begin beoogde resultaat alsnog, dan vergoeden wij de kosten van rechtshulp voorzover die voor uw rekening komen.
- c. Voor andere dan in de geschillenregeling genoemde geschillen, kunt u een rechtsvordering tegen ons instellen. Stelt de rechter ons in het ongelijk, dan vergoeden wij de door u gemaakte kosten van rechtshulp.

Artikel 44 Aanvullende bepalingen

- a. U moet zich laten behandelen of verplegen op een manier die in het betreffende land gebruikelijk is en gezien de omstandigheden redelijkerwijs wordt verleend door de reguliere zorgverleners.
- b. Als de behandeling plaatsvindt in het land waarvan u de nationaliteit bezit, vergoeden wij alleen de kosten van ziekten, aandoeningen, afwijkingen, en toestanden die u nog niet had toen u de buitenlandse reis aanving, en waarvoor u nooit eerder onder behandeling was.
- c. Als u langer dan 24 uur in een buitenlands ziekenhuis wordt opgenomen, vergoeden wij dit alleen als deze behandeling niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.

Artikel 45 Wat vergoeden we niet?

In de volgende gevallen bent u niet tegen medische kosten verzekerd:

- a. Wanneer de ziekte verband houdt met het gebruik van medicijnen of preparaten, bedoeld om het lichaamsgewicht te verminderen of te vermeerderen;
- b. Als de dekkingsperiode is ingegaan terwijl de verzekerde al onder geneeskundige behandeling was, worden de kosten van deze voortgezette of voorgeschreven behandeling niet vergoed;
- c. De kosten van een operatie worden niet vergoed als deze operatie uitgesteld had kunnen worden tot na terugkeer in Nederland;
- d. Zwangerschap en alle daarmee verband houdende kosten, met uitzondering van het gevolg van complicaties;
- e. Abortus provocatus.

BEGRIPPENLIJST

In de voorwaarden van deze verzekering wordt verstaan onder:

- *Wij, ons, onze*
N.V. Univé Schade, Postbus 15, 9400 AA te Assen
- *U, uw*
Verzekerde: de op de polis als zodanig vermelde persoon.
- *Partner*
Echtgenoot/echtgenote van verzekerde of degene met wie verzekerde duurzaam samenwoont (tenminste 1 jaar teruggerekend vanaf het moment dat de reis aanvangt).
- *Inwonende kinderen*
Inwonende kinderen tot 27 jaar van verzekerde, waaronder wordt verstaan:
 - minderjarige kinderen (waaronder pleeg- en stiefkinderen);
 - meerderjarige inwonende ongehuwde kinderen (waaronder pleeg- en stiefkinderen);
 - meerderjarige, in verband met studie uitwonende, ongehuwde kinderen (waaronder pleeg- en stiefkinderen).
- *Gezinsleden*
Partner en/of inwonende kinderen van verzekerde.
- *Familieleden 1e graad*
Partner, (schoon)ouders, (schoon)kinderen, alsmede pleeg en/of stiefouders en -kinderen.

- *Familieleden 2e graad*
Broers, zwagers, (schoon)zusters, pleeg- en/of stiefbroers en -zusters, grootouders en kleinkinderen.
- *Wintersporten*
Wintersporten zijn elk van sneeuw en/of ijs afhankelijke sport.
- *Privé-reizen en/of- verblijf*
Reizen en/of-verblijf met een recreatief karakter.
- *Vrijwilligerswerk*
Vrijwilligerswerk is werk dat in enig georganiseerd verband, onverplicht en onbetaald wordt verricht ten behoeve van anderen of de samenleving zonder dat degene die het verricht daar voor in zijn/haar levensonderhoud van afhankelijk is.
- *Zakelijke reis en of verblijf*
Een zakelijke reis is een reis die wordt gemaakt in verband met het uitoefenen van werkzaamheden voor een beroep. Eén en ander voorzover de werkzaamheden bestaan uit besprekingen, het bezoeken van een symposium of congres, toezichhoudende of administratieve activiteiten.
- *Alarmcentrale*
Univé Alarm Service, telefoon (020) 651 51 11.

Univé Verzekeringen
Rogier van de Weijdestraat 1
1817 MJ Alkmaar
www.zekur.nl
Telefoonnummer 0900-ALZEKUR

ZEKUR.nl

van
UNIVÉ

Veel verzekering voor weinig