

Verzekeringsvoorwaarden

Aanvullende verzekeringen Basis, Plus en Tand Extra

Verzekeringsvoorwaarden ingaande 1 januari 2005.

Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen U.A.
Ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 01051078.

Inhoud

Vergoedingslijst	2
Algemene informatie	4
Verzekeringsvoorwaarden	6
1. Begripsomschrijvingen	6
2. Grondslag van de verzekering	10
3. Inschrijving	10
4. Verplichtingen en premie	11
5. Aanspraken	12
6. Verhaal op derden	14
7. Uitsluiting aansprakelijkheid	14
8. Herziening van premie en voorwaarden	15
9. Vervaltermijn	16
10. Wijziging aanvullende verzekering	16
11. Beëindiging	17
12. Onrechtmatige inschrijving	17
13. AV-Basis, omvang van de dekking	18
14. AV-Plus, omvang van de dekking	28
15. AV-Tand Extra, voorwaarden en omvang van de dekking	34
16. Geschillen	36
17. Registratie van persoonsgegevens	36
18. Slotbepaling	36

VERGOEDINGENLIJST

AV-Basis

<i>Artikel</i>	<i>Soort verstrekking</i>
13.1	Brilmonturen
13.2	Buitenlanddekking (spoedeisende hulp)
13.3	Camouflagetherapie
13.4	Cursussen regionale thuiszorgorganisaties
13.5	Epilatie
13.6	Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck
13.7	Herstellingsoorden
13.8	Hulpmiddelen
13.9	Jobst-pomp
13.10	Kraamzorg (uitgestelde zorgverlening thuissituatie)
13.11	Kuurbehandelingen (psoriasispatiënten)
13.12	Kuurbehandelingen (reuma- en Bechterewpatiënten)
13.13	Levertransplantatie (bijkomende kosten)
13.14	Mantelzorg (vervangende hulp)
13.15	Oefentherapie in extra verwarmd water t.b.v. reuma- en Bechterewpatiënten
13.16	Pedicure
13.17	Peeling na ernstige acne
13.18	Pensionkosten (onder andere Ronald McDonald Huizen)
13.19	Plaswekker
13.20	Plastisch chirurgische ingrepen (flapoorcorrectie, bovenooglidcorrectie, buikwandcorrectie)
13.21	Podotherapie
13.22	Prismabril (voorschrift)
13.23	Reiskosten ziekenbezoek
13.24	Sportactiviteiten ex-hartpatiënten
13.25	Sportarts/Sport Medisch Adviescentrum (SMA)
13.26	Stottertherapie volgens de methode Del Ferro of De Pauw
13.27	Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar
13.28	Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder
13.29	Therapeutische kampen en ontspanningsoorden voor kinderen
13.30	Uitzending van zieken of gehandicapten
13.31	Verblijfkosten opvangtehuis/pension en/of reiskostenvergoeding in bijzondere gevallen

VERGOEDINGENLIJST

AV-Plus

Artikel *Soort verstrekking*

- I4.1 Alternatieve geneeswijzen
- I4.2 Anticonceptiva
- I4.3 Brillenglazen en contactlenzen
- I4.4 Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck
- I4.5 Kraamzorg (tegemoetkoming algemene kosten)
- I4.6 Preventie
- I4.7 Psychologische zorg (eerstelijnszorg)
- I4.8 Reisverzekering met Europa-dekking (exclusief medische kosten)
- I4.9 Second opinion
- I4.10 Sterilisatie
- I4.11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

AV-Tand Extra

Artikel *Soort verstrekking*

- I5.1 Verzekeringsvoorwaarden AV-Tand Extra
- I5.2 Omvang van de dekking
 - I5.2.1 Bleken van elementen
 - I5.2.2 Frameprothesen
 - I5.2.3 Initiële gnathologie
 - I5.2.4 Kronen, bruggen, implantaten, wortelkappen met stiff en precisieverankeringen
 - I5.2.5 Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder
 - I5.2.6 Preventie

Algemene informatie

Niet alle vergoedingen van medische voorzieningen en verstrekkingen zijn opgenomen in het wettelijk geregelde pakket volgens de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Daarom biedt De Friesland een drietal aanvullende verzekeringen, te weten: de AV-Basis, de AV-Plus en de AV-Tand Extra.

Alarmcentrale

Voor hulpverlening zoals vermeld in artikel 13.2 onder 'Buitenlanddekking' dient rechtstreeks contact te worden opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. De ANWB Alarmcentrale is dag en nacht, 7 dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer, dat van land tot land verschilt, gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0 (70) en het nummer van de Alarmcentrale (314 58 00). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: +31 70 314 58 00. Faxnummer: +31 70 314 70 40. E-mailadres: alarmcentrale@anwb.nl. Bij noodsituaties en ziekenhuisopname dient overleg te geschieden met de ANWB Alarmcentrale. Repatriëring dient te worden uitgevoerd door of in opdracht van de ANWB Alarmcentrale. Als aan deze voorwaarde niet is voldaan, kan vergoeding worden geweigerd.

Zorg binnen de lidstaten van de Europese Unie (EU), de staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte (EER) en Zwitserland

De zorg zoals die is verzekerd in Nederland kan ook worden ingeroepen in de lidstaten van de EU, de EER en Zwitserland. Er moet wel worden voldaan aan de voorwaarden zoals deze in Nederland gelden. Is er voorafgaande toestemming nodig of geldt een eigen bijdrage of is er sprake van andere nadere voorwaarden, dan gelden die ook voor zorg binnen de lidstaten van de EU, de EER en Zwitserland. De exacte regeling is vermeld in artikel 5.2 van deze verzekeringsvoorwaarden.

De lidstaten van de EU zijn:

België, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (Groot-Brittannië, Noord-Ierland en Gibraltar) en Zweden.

De lidstaten van de EER zijn:

De lidstaten van de EU, alsmede Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Voor alle verzekerden van De Friesland (zowel ziekenfonds als particulier) bestaat recht op:

Kraampakket

Alle aanstaande moeders die bij De Friesland staan ingeschreven hebben, vanaf de 6e maand van de zwangerschap, recht op een gratis kraampakket. Dit bevat onder andere kraammattasjes, kraamverband, steriele gaasjes, watten enz. Het kraampakket kan worden afgehaald in onze winkels.

Nostimos (letselschadehulp)

De Friesland werkt samen met Nostimos. Nostimos biedt persoonlijke begeleiding aan slachtoffers van verkeers- en bedrijfsongevallen, medische kunstfouten, geweldplegingen etc. De begeleiding heeft betrekking op juridisch, medisch, arbeidsdeskundig en financieel terrein. Voor nadere informatie, advies en aanmelding kan op werkdagen van 09.00 tot 17.00 uur rechtstreeks contact worden opgenomen met Nostimos, telefoon: (050) 520 11 55 of (038) 425 40 80.

Voorwaarden voor snelle uitbetaling van nota's

- Stuur altijd de originele nota in.
- Vermeld op de nota altijd duidelijk:
 - het verzekerdennummer van degene die is behandeld;
 - de aard van de aandoening en de soort behandeling;
 - het land waar de kosten zijn gemaakt;
 - de soort valuta waarin de nota werd uitgeschreven.
- Stuur de betalingsbewijzen mee.

Nota's kunt u sturen naar het volgende adres:

De Friesland Zorgverzekeraar
Postbus 270
8901 BB Leeuwarden

Nadere informatie

Voor vragen of nadere informatie over deze verzekeringsvoorwaarden kunt u op werkdagen tussen 08.00 en 18.00 uur contact opnemen met onze Klantenservice, telefoon: (058) 291 31 31.

1 Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1.1 Aanvullende verzekering

- de aanvullende verzekering Basis (AV-Basis);
- de aanvullende verzekering Plus (AV-Plus);
- de aanvullende verzekering Tand Extra (AV-Tand Extra).

1.2 Adviserend geneeskundige/medisch adviseur

De arts, die verzekeraar adviseert over toelating tot de verzekering en de medische noodzaak van de behandeling.

1.3 Adviserend tandarts

De tandarts, die verzekeraar adviseert over toelating tot de verzekering en de medische/tandheelkundige noodzaak van de behandeling.

1.4 Apotheker

Een in Nederland gevestigde apotheker, wiens apotheek voor een ieder toegankelijk is.

1.5 Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

1.6 Diagnose Behandel Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een zgn. DBC prestatiecode, het traject van medisch specialistische hulp. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC traject vangt aan op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

1.7 Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG).

1.8 Herstellingsoord

Een in Nederland gevestigd herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg.

1.9 Huidtherapeut

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

1.10 Huisarts

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

1.11 Hulpmiddelen

De bij ministeriële regeling vastgestelde lijst van hulpmiddelen en het daarbij door verzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

1.12 Kinderfysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

1.13 Medische noodzaak

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

1.14 Mondhygiënist

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

1.15 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

1.16 Orthodontist

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

1.17 Osteopaat

Een in Nederland gevestigde osteopaat die lid is van de Nederlandse Registratieraad Osteopathie.

1.18 Pedicure

Een pedicure in het bezit van het certificaat 'Voetverzorging bij diabetici' of het certificaat 'reumatische voet'.

1.19 Podotherapeut

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

1.20 Specialist

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

1.21 Sportarts

Een in Nederland gevestigde arts, die is geregistreerd in het register van de sociaal-geneeskundigen op grond van de wet BIG in het daartoe aangewezen register. De arts is opgeleid in de sociale geneeskunde en houdt als sportarts praktijk.

1.22 Tandarts

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

1.23 Tandprotheticus

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

1.24 Uitkering

De vergoeding van de door verzekerde gemaakte kosten waarop deze recht kan doen gelden op basis van deze verzekeringsvoorwaarden.

1.25 Verzekeraar

De Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen U.A., gevestigd te Leeuwarden.

1.26 Verzekerde

Ieder die als zodanig op het Bewijs van Inschrijving is vermeld.

1.27 Verzekeringsduur

De termijn waarbinnen een verzekeringsovereenkomst tussen verzekeraar en verzekerde ononderbroken van kracht is.

1.28 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraar is aangegaan.

1.29 Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.30 Ziekenfonds

De Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Zorgverzekeraar U.A.

1.31 Ziekenhuis

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

1.32 Zorgaanbieder

Een naar algemeen erkende medische en wettelijke normen gekwalificeerde aanbieder van (para)medische zorg, behandeling en diagnostiek die als zodanig in de verzekeringsvoorwaarden wordt genoemd.

Voorzover in deze verzekeringsvoorwaarden niet van de begripsbepalingen in de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is afgeweken, zijn deze onverkort van toepassing.

2 Grondslag van de verzekering

2.1 De verzekering is aangegaan op grond van het door of namens de verzekeringsnemer en/of verzekerde ingediend aanmeldingsformulier. Tot de aanmelding worden gerekend alle door of namens de verzekeringsnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens. De aanvrager is verplicht er aan mee te werken, dat aan verzekeraar alle inlichtingen worden verschaft die verzekeraar op grond van het ingevulde aanmeldingsformulier noodzakelijk acht. Het onvolledig en/of onjuist invullen van het aanmeldingsformulier ontheft verzekeraar van zijn verplichting tot het doen van enige uitkering en geeft hem het recht de verzekering te beëindigen. Verzekeraar kan de sinds de ingangsdatum van de verzekering gedane uitkeringen terugvorderen en is niet gehouden de door verzekerde betaalde premie te restitueren.

2.2 Wordt aan voornoemde bepalingen niet voldaan, dan heeft verzekeraar het recht de bestaande verzekering te beëindigen.

3 Inschrijving

3.1.a. Verzekeraar schrijft iedere bij het ziekenfonds ingeschreven verzekerde op diens verzoek in in de aanvullende verzekering, behoudens het bepaalde in de volgende leden van dit artikel. De aanvullende verzekering kan slechts in combinatie met inschrijving bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Zorgverzekeraar U.A. worden gesloten.

b. De inschrijving geschiedt na ontvangst van een daartoe door verzekeraar beschikbaar gesteld en door de verzekeringsnemer ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier.

c. De inschrijving geschiedt op basis van medische en/of tandheelkundige selectie.

Als de kandidaat-verzekerde bij aanmelding lijdende is of is geweest aan een ziekte of gebrek beslist verzekeraar of de verzekering:

- zal worden aangegaan of;
- kan worden aangegaan onder bijzondere voorwaarden of;
- wordt geweigerd.

De kandidaat-verzekerde ontvangt hiervan schriftelijk bericht, eventueel onder vermelding van gestelde bijzondere voorwaarden.

3.2.a. De aanvullende verzekeringen Basis en Plus zijn gezinsverzekeringen; hoofd- en medeverzekerden dienen voor dezelfde verzekeringsvorm te worden aangemeld.

Onder gezin wordt in dit verband verstaan: hoofd- en/of medeverzekerden ingevolge de Ziekenfondswet, waarbij sprake is van een gemeenschappelijke huishouding, zulks ter beoordeling van de verzekeraar.

b. De inschrijving geschiedt met ingang van de dag waarop de ziekenfondsverzekering ingaat, of bij latere aanmelding met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de datum van aanmelding.

c. Inschrijving in de AV-Tand Extra geschiedt op individuele basis en is mogelijk voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Als de aanmelding geschiedt binnen 2 maanden na het bereiken van de 18-jarige leeftijd, wordt zonder tandheelkundige selectie ingeschreven vanaf de datum waarop de 18-jarige leeftijd werd bereikt.

3.3 Verzekeraar kan inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren bij wanbetaling, als de verzekering op basis van artikel 11.1 sub c is beëindigd.

3.4 De verzekerde ontvangt een bewijs van inschrijving, in een door verzekeraar vast te stellen vorm, dat geldt als bewijs van de tussen hem en verzekeraar gesloten verzekeringsovereenkomst zowel ten aanzien van hemzelf als ten aanzien van zijn medeverzekerden.

3.5 De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat deze ten minste voor de duur van één kalenderjaar moet worden aangegaan. Verzekeringen aangegaan in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de resterende duur van dat jaar en van het daarop volgende kalenderjaar aangegaan.

4 Verplichtingen en premie

4.1 De verzekerde is verplicht aan verzekeraar alle inlichtingen te verstrekken die voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering nodig zijn.

4.2 De verzekerde is verplicht de verschuldigde premie bij vooruitbetaling in door verzekeraar te bepalen termijnen tegen afgifte van een bewijs van betaling te voldoen.

4.3 De premie wordt berekend over volle maanden.

4.4 Het niet incasseren van de premie door verzekeraar ontslaat de verzekerde niet van zijn verplichting tot betaling.

4.5 Bij niet betaling van de verschuldigde premie binnen 1 maand na de vervaldag, vervallen alle aanspraken van de verzekerde met ingang van de eerste dag van het tijdvak waarover de achterstallige premie was verschuldigd, zonder dat ingebrekestelling is vereist, onverminderd de verplichting tot verdere premiebetaling alsmede het recht van verzekeraar tot beëindiging van de verzekering.

4.6 De aanspraken ingevolge de aanvullende verzekering herleven als de betaling van de achterstallige premie door verzekeraar wordt aanvaard en wel met ingang van de dag volgend op die waarop de premie ten kantore van verzekeraar is voldaan.

4.7 Verzekeraar kan met zorgaanbieders en hulpverlenende instanties afspraken maken over rechtstreekse betaling ten behoeve van zijn verzekerden. In dat geval wordt de volledige nota aan de zorgaanbieder betaald. Een eventueel op de polis rustend eigen risico, een verschuldigde eigen bijdrage of iets dergelijks wordt in dat geval op de verzekerde verhaald; hetzij met de eerstvolgende premie-incasso, hetzij door een daartoe door verzekeraar gemachtigde derde. Als betalingen aan anderen dan de verzekerde worden gedaan is verzekeraar rechtsgeldig gekweten.

4.8 Het is de verzekerde niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met de van verzekeraar te vorderen uitkering.

4.9 Alle door verzekeraar te maken kosten tot invordering van achterstallige premie komen ten laste van de verzekerde.

5 Aanspraken

5.1 Als en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt verzekeraar de kosten van de hierna genoemde en in Nederland ondergane behandelingen conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. De omvang van de dekking is limitatief. Dat wil zeggen dat slechts de met name genoemde onderdelen voor vergoeding in aanmerking komen. Uitkeringen worden alleen verleend op basis van originele en voldoende gespecificeerde nota's.

5.2 De aanspraken die aan deze verzekering kunnen worden ontleend kunnen geldend worden gemaakt in Nederland, de andere lidstaten van de Europese Unie (EU), de staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte (EER) en Zwitserland.

De lidstaten van de EU zijn:

België, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (Groot Brittannië, Noord-Ierland en Gibraltar) en Zweden.

De lidstaten van de EER zijn:

De lidstaten van de EU, alsmede Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Als een niet spoedeisende behandeling in een andere EU-, EER-lidstaat of Zwitserland wordt ondergaan zijn de volgende bepalingen van toepassing:

- Voorzover volgens de verzekeringsvoorwaarden voorafgaande toestemming voor behandeling in Nederland door verzekeraar vereist is, geldt dit ook voor behandelingen binnen andere EU-, EER-lidstaten en Zwitserland.

- Voorzover in de voorwaarden beperkingen gelden zoals maximeringen, eigen bijdragen en vaste vergoedingsbijdragen voor vergoeding van behandeling in Nederland, zijn deze evenzeer van toepassing op behandelingen in andere EU-, EER-lidstaten en Zwitserland.
- Voor de bepaling van de medische noodzaak tot behandeling of ter beoordeling van de indicatie voor een behandeling, baseert verzekeraar zich op hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.
- Voorzover recht op reiskosten bestaat zal de vergoeding nooit meer bedragen dan de vergoeding van reiskosten die binnen Nederland betaald zouden zijn, gebaseerd op de afstand van de woonplaats van verzekerde naar de dichtstbijzijnde plaats in Nederland waar deze zorg voorhanden is.
- Spoedeisende hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland wordt geregeld in artikel 13.2.
- De zorgaanbieder moet voldoen aan kwalificaties die overeenkomen met hetgeen in Nederland gebruikelijk is.

5.3 Vergoeding van de kosten van hulp respectievelijk zorg, geschiedt met de beperking dat als, zo deze verzekering niet bestond, recht zou kunnen bestaan op uitkering op basis van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum of op basis van enige wet of andere voorziening, deze verzekering pas in de laatste plaats geldig is. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking kunnen komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders recht zou kunnen doen gelden.

De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de omrekenkoers zoals die voor verdragslanden is vastgesteld door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en voor alle overige landen de koers die geldt op de dag van het vaststellen van de uitkering.

5.4 De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voorzover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

Indien een behandeling in de vorm van een Diagnose Behandel Combinatie in rekening wordt gebracht geldt de datum waarop het DBC traject is begonnen bepalend is voor het recht op vergoeding.

5.5 Bij wijziging van verzekeringsvorm, van AV-Basis in AV-Plus of omgekeerd, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

6 Verhaal op derden

6.1 Als een derde naar de mening van verzekeraar voor de kosten, voortvloeiende uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde wettelijk aansprakelijk is, dan is de verzekerde verplicht ten genoegen van verzekeraar kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, een en ander onverminderd het bepaalde in artikel 284 van het Wetboek van Koophandel.

6.2 Steeds als bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens de verzekerde aangifte te geschieden bij verzekeraar en de bevoegde politie-instantie.

6.3 In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van verzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt enigerlei regeling treffen, waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting, waardoor verzekeraar in zijn rechten kan worden benadeeld.

6.4 Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de vorige leden is de verzekerde tegenover verzekeraar gehouden tot vergoeding van de schade die verzekeraar daardoor lijdt.

7 Uitsluiting aansprakelijkheid

7.1 Verzekeraar is jegens de verzekerde niet aansprakelijk voor de schade door hem geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling (niet zijnde verzekeraar), tot wie of welke de verzekerde zich heeft gewend om zijn aanspraken in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden geldend te maken.

7.2 Verzekeraar is niet gehouden tot het doen van uitkeringen van de kosten, die zijn ontstaan tengevolge van eigen opzet, oorlog, oorlogstoestanden, onlusten of nucleaire processen als deze zijn veroorzaakt:

- a. Door of ontstaan uit een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeed.
- b. Bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.
- c. De uitsluiting onder lid b. geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, voorzover er een door de rijks-overheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).

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

7.3 In afwijking van en in aanvulling op hetgeen elders in deze voorwaarden is bepaald over gedekte risico's en verzekerde bedragen geldt voor het risico van terrorisme onderstaande:

Voor schade als gevolg van terrorisme, kwaadwillige besmetting en/of preventieve maatregelen, en handelingen of gedragen ter voorbereiding daarvan, hierna, zowel gezamenlijk als afzonderlijk te noemen het 'terrorismerisico' is de schadevergoeding/dekking beperkt tot een uitkering zoals omschreven in het Clausuleblad terrorisme van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismen N.V. De afwikkeling van schademelding op grond van het terrorismerisico geschiedt overeenkomstig het Protocol afwikkeling claims van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismen N.V. Het Clausuleblad terrorismedekking en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismen N.V. zijn op 12 juni 2003 gedeponneerd bij de griffie van de Rechtbank te Amsterdam respectievelijk onder nummer 78/2003 en onder nummer 79/2003. (De tekst van beide documenten kunt u lezen of downloaden via de website www.terrorisimeverzekerd.nl)

7.4 Voor sancties opgelegd door zorgaanbieders, zoals niet nagekomen afspraken enz.

7.5 Voorzover aanvullende dekking wordt verleend op aanspraken ingevolge de Ziekenfondswet (ZFW), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) of andere (wettelijke) regelingen geschiedt geen vergoeding van eigen risico's en/of eigen bijdragen in welke vorm dan ook, die ingevolge die wetten of regelingen zijn verschuldigd, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald.

8 Herziening van premie en voorwaarden

8.1 Verzekeraar houdt zich het recht voor:

- a. De verzekeringsvoorwaarden, waaronder mede te begrijpen leeftijdsgrenzen, eigen risico bedragen en percentages van uitkeringen, te allen tijde te wijzigen.
- b. De premies te verhogen zodra hij van oordeel is, dat de uitgaven zodanig zijn gestegen of zullen stijgen, dat deze niet door de geldende premies worden of zullen worden gedekt.

8.2 De gewijzigde verzekeringsvoorwaarden en de verhoogde premies zijn ook van toepassing op de reeds gesloten verzekeringen.

8.3 De bedoelde wijzigingen laten de rechten en verplichtingen die zijn ontstaan voor de datum van ingang van de wijzigingen onverlet en kunnen noch tot meer noch tot minder rechten en verplichtingen leiden dan die bestonden op het moment van de verplichtingen.

8.4 Verzekeraar zal voor de datum van ingang van de wijzigingen van de verzekeringsvoorwaarden of van de premieverhoging de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden of de nieuwe premies aan de verzekerde bekendmaken. Indien dat niet mogelijk is, uiterlijk 1 maand nadat deze van kracht zijn geworden.

8.5 De verzekerde, die zich met de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden of de verhoogde premie niet kan verenigen, kan per de ingangsdatum daarvan de verzekering beëindigen, voorzover de verzekeringnemer hiervan per brief mededeling doet aan verzekeraar. Deze brief moet zijn ontvangen:

- a. Voor bedoelde ingangsdatum, als toezending als bedoeld in artikel 8.4 tenminste 1 maand voor de datum van ingang is geschied.
- b. Binnen 2 maanden na bedoelde ingangsdatum, als toezending als bedoeld in artikel 8.4, minder dan 1 maand voor de datum van ingang is geschied.

8.6 Als de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden en/of premies voortvloeien uit door de overheid dwingend opgelegde regelgeving is het bepaalde in artikel 8.5 niet van toepassing.

8.7 Het bepaalde in artikel 8.5 is niet van toepassing als de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden een verruiming of verbetering van voorwaarden inhoudt.

9 Vervaltermijn

Rekeningen die niet binnen 2 jaar na het ontstaan van de kosten zijn ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.

10 Wijziging aanvullende verzekering

Wijziging van verzekeringsvorm is slechts mogelijk per 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin het verzoek daartoe schriftelijk is ingediend en nadat verzekeraar deze wijziging heeft goedgekeurd.

Bij wijziging van verzekeringsvorm, van AV-Basis in AV-Plus of omgekeerd, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

11 Beëindiging

11.1 Verzekeraar beëindigt de inschrijving in de aanvullende verzekering zonder dat daartoe opzegging is vereist:

- a. Met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer als verplicht verzekerde bij het ziekenfonds is ingeschreven.
- b. Terstond als de verzekerde naar het oordeel van verzekeraar schuldig nalatig is ten aanzien van het verstrekken van alle inlichtingen, die voor een goede uitvoering van de verzekering nodig zijn.
- c. Vanaf de eerste dag van de maand waarin de verzekerde schuldig nalatig is ten aanzien van de betaling van de door hem verschuldigde premies.
- d. Terstond wanneer niet wordt voldaan aan het gestelde in artikel 3.2 van deze verzekeringsvoorwaarden.

11.2 Bij geconstateerde fraude

Onder fraude wordt verstaan het op oneigenlijke gronden en wijze verkrijgen of trachten te verkrijgen van een verzekeringsuitkering waarop geen recht bestaat, of het verkrijgen of het trachten te verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendselen.

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat er in het geheel geen verzekeringsuitkering zal plaatsvinden.

Ook heeft fraude tot gevolg dat:

- Aangifte zal worden gedaan bij de politie.
- De verzekering(en) word(t)(en) beëindigd. Dit geldt eveneens voor eventueel bij De Friesland Reisverzekeringen N.V. lopende verzekeringen.
- Er een registratie plaatsvindt in het door verzekeraar bijgehouden incidentenregister.
- Er een registratie plaatsvindt in het tussen verzekeraars gangbare signaleringssysteem.
- Eventueel uitgekeerde schade en onderzoekskosten worden teruggevorderd.

11.3 Bij overlijden van de verzekerde.

11.4 Verzekeraar beëindigt de inschrijving op verzoek van de verzekerde na ontvangst van een daartoe strekkende schriftelijke mededeling van de verzekerde, met inachtneming van een opzegtermijn van 2 kalendermaanden voor het verstrijken van de in artikel 3.5 genoemde periode van 1 kalenderjaar.

12 Onrechtmatige inschrijving

Uitkeringen genoten tijdens een periode van onrechtmatige inschrijving worden teruggevorderd, zonder verrekening van de betaalde premie.

13 AV-Basis, omvang van de dekking

13.1 Brilmonturen

1. Eenmaal per 3 kalenderjaren een vergoeding van maximaal € 25,- als de sterkte van een van de bijbehorende glazen ten minste 0,25 dioptrieën bedraagt of als er een prismatische correctie in is aangebracht.
2. Leesbrillen, waarvan de kosten van montuur en glazen tezamen minder dan € 50,- bedragen, worden niet vergoed.
3. Vergoeding geschiedt tegen inlevering van de originele nota waarop de opticien de sterkte van de glazen heeft vermeld.

13.2 Buitenlanddekking (spoedeisende hulp) omvat:

1. Recht op volledige vergoeding van kosten van spoedeisende geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf (maximaal 365 achtereenvolgende dagen) in het buitenland (werelddekking). De vergoeding is gebaseerd op de kostprijs. Bij ziekenhuisverpleging wordt de vergoeding gebaseerd op de tarieven die gelden voor de laagste verpleegklasse. De zorgverlening moet een verstrekking betreffen waarop bij verblijf in Nederland op basis van de Ziekenfondswet recht zou kunnen bestaan.
2. Als er sprake is van acute pijnklachten en direct noodzakelijke zorg, bestaat recht op volledige vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg.
3. Er bestaat recht op volledige dekking van de kosten van repatriëring door of in opdracht van de ANWB Alarmcentrale op basis van kostprijs. Onder repatriëringkosten wordt verstaan, kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland naar Nederland. Deze kosten dienen in directe relatie te staan met de ziekte of het ongeval.
4. Op basis van kostprijs wordt het vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland vergoed. In plaats hiervan kunnen in voorkomende gevallen de kosten van begrafenis of crematie ter plaatse worden vergoed.
5. Kosten van hulpverlening via de ANWB Alarmcentrale in verband met: vervoer, repatriëring, medische begeleiding, ziekenhuisopname, toezending van medicijnen en/of hulpmiddelen en overlijden, worden volledig vergoed op basis van kostprijs.
6. Voorwaarden buitenlanddekking:
 - De behandeling dient een spoedeisend karakter te hebben en kan niet worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
 - De hulpverlening mag niet het gevolg zijn van de vooropgezette bedoeling een behandeling te ondergaan.
 - Bij vertrek naar het buitenland was de behandeling niet te voorzien.
 - De verzekerde of een namens hem/haar handelende derde heeft zo spoedig mogelijk, nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd de ANWB Alarmcentrale ingeschakeld.
 - De hulpverlening is door of na goedkeuring van de ANWB Alarmcentrale, in dezen handelend namens verzekeraar, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor zorg verleend door een huisarts, tandarts of apotheker.

- De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele, betaalde en voldoende gespecificeerde nota's.
- Betalingsbewijzen dienen te worden meegezonden.

13.2.1 Vergoeding van de kosten van hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland, zoals hiervoor beschreven in artikel 13.2 geschiedt met de beperking dat als, zo deze verzekering niet bestond, recht zou kunnen bestaan op uitkering op basis van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum of op basis van enige wet of andere voorziening, deze verzekering pas in de laatste plaats geldig is. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking kunnen komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders rechten zou kunnen doen gelden. De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de omrekenkoers zoals die voor verdragslanden is vastgesteld door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en voor alle overige landen de koers die geldt op de dag van het vaststellen van de uitkering.

13.2.2 Voor een snelle uitbetaling van nota's van hulp in het buitenland geldt het volgende:

- Stuur altijd de originele nota in.
- Vermeld op de nota altijd duidelijk:
 - het verzekerdennummer van degene die is behandeld;
 - de aard van de aandoening en de soort behandeling;
 - het land waar de kosten zijn gemaakt;
 - de soort valuta waarin de nota werd uitgeschreven.
- Stuur de betalingsbewijzen mee.

13.3 Camouflagetherapie

Vergoeding van de kosten van de lessen gegeven door een vrijgevestigde huidtherapeut en de in het kader van de lessen noodzakelijk te gebruiken materialen. Vergoeding vindt alleen plaats als de lessen beperkt blijven tot de behandeling van het gelaat en/of de hals. Vergoeding is eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

13.4 Cursussen door verzekeraar gecontracteerde regionale thuiszorgorganisaties

Deelname aan de volgende cursussen:

- blaastraining;
- omgaan met hyperventilatie;
- eerste hulp bij kinderongelukjes;
- postnatale gymnastiek;
- lage rugklachten;
- omgaan met spanningen/stress;
- stoppen met roken;
- voeding en beweging.

Per cursusdagdeel bedraagt de eigen bijdrage € 5,-.

Aanmelding dient te geschieden via de betreffende door verzekeraar gecontracteerde regionale thuiszorgorganisatie. Vergoeding van deelname aan vergelijkbare cursussen bui-

ten Friesland geschiedt tot maximaal de door verzekeraar overeengekomen kostprijs met de door verzekeraar gecontracteerde regionale thuiszorgorganisaties in Friesland.

13.5 Epilatie

Op basis van een door de huisarts gemotiveerde aanvraag kan aan vrouwelijke verzekerden een vergoeding worden verleend voor elektrische epilatie, een epilicht- of laserbehandeling. Vergoeding vindt alleen plaats als de behandeling beperkt blijft tot het gelaat en/of de hals. De vergoeding bedraagt 75% van de behandelkosten, oplopend tot maximaal € 910,- per verzekerde.

Deze vergoeding is eenmalig en geldt voor de gehele verzekeringsduur. Bij tijdelijke onderbreking van de verzekering, maximaal 12 maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een vrijgevestigde en door verzekeraar gecontracteerde huidtherapeut. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

13.6 Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck:

13.6.1 Hoogte van de vergoeding

De hoogte van de vergoeding is geregeld in het contract tussen verzekeraar en behandelend fysiotherapeut. Indien geen contract is gesloten bedraagt de vergoeding 90% van het in rekening gebrachte tarief met een maximum van € 22,- per zitting. Voor de verbijzonderingen (manuele therapie; kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie en manuele lymfedrainage) geldt voor niet gecontracteerde fysiotherapeuten eveneens een vergoeding van 90% van het in rekening gebrachte bedrag met een maximum van € 33,-. De maximum vergoeding voor bezoek aan huis bedraagt bij niet gecontracteerde fysiotherapeuten € 9,-; voor bezoek aan een inrichting geldt een maximum van € 4,-.

13.6.2 Verzekerden jonger dan 18 jaar

In aansluiting op de vergoeding uit de ziekenfondswet kunnen vanaf de 10e behandeling, indien medisch noodzakelijk nog maximaal 9 behandelingen fysiotherapie worden vergoed. Eveneens in aansluiting op de vergoeding uit de ziekenfondswet voor kinderfysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck kunnen vanaf de 19e behandeling, indien medisch noodzakelijk nog maximaal 9 behandelingen worden vergoed.

13.6.3 Verzekerden van 18 jaar en ouder

Vergoeding van de kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut of 9 behandelingen door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck per indicatie per verzekerde per kalenderjaar.

Als en voorzover geïndiceerd, bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

De behandeling of de verlenging daarvan in de vorm van oefentherapie dient plaats te vinden op voorschrift van de huisarts, bedrijfsarts of specialist, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie is geïndiceerd. Verwijzing door een bedrijfsarts is slechts toegestaan indien er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

13.6.4 Na voorafgaande toestemming door verzekeraar, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden, kan worden deelgenomen aan een specifiek programma dat is

ontwikkeld ten behoeve van fibromyalgie patiënten. Dit programma kent een multidisciplinaire benadering en wordt verleend door daartoe door verzekeraar specifiek gecontracteerde zorgaanbieders. Toestemming kan uitsluitend worden verleend op basis van een door de huisarts of specialist verstrekte motivatie.

Dit programma kan niet worden gevolgd in combinatie met individuele fysiotherapie voor dezelfde indicatie. Na afloop van het programma bestaat ook geen recht meer op vervolgbehandelingen fysiotherapie voor dezelfde indicatie in hetzelfde kalenderjaar.

Voor dit programma geldt een eigen bijdrage van € 5,- per cursusdagdeel.

13.6.5 Niet voor vergoeding in aanmerking komt individuele behandeling dan wel groepsbehandeling die er slechts toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

13.7 Herstellingsoord

Na voorafgaande toestemming vergoeding van de kosten van opname in een herstellingsoord gedurende maximaal 6 weken en tot een maximum van € 45,- per dag. De opname dient te worden gemotiveerd door de behandelend specialist. Toestemming wordt alleen gegeven indien er sprake is van somatische klachten en indien de opname dient ter bekorting van een opname in het ziekenhuis.

13.8 Hulpmiddelen

De kosten van een steunpessarium worden vergoed.

De kosten van een consult bij de huisarts worden niet vergoed.

13.9 Jobst-pomp

Bij lymfoedeem, na operatie van een mammacarcinoom en nadat is gebleken dat geen baat wordt ondervonden bij een elastische armkous of massage/oefentherapie, kan een jobst-pomp in bruikleen worden verstrekt. De maximum vergoedingsduur bedraagt 6 maanden. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

13.10 Kraamzorg (uitgestelde zorgverlening thuissituatie)

Bij een vacuümverlossing, keizersnede, couveusekind of meerling bestaat recht op vergoeding van uitgestelde kraamzorg tot maximaal 6 weken na de bevalling en tot 10 dagen na ontslag uit het ziekenhuis.

Voor couveusekinderen is de termijn van 6 weken niet van toepassing. De aanvullende kraamzorg is afgestemd op de behoefte van moeder en kind met een maximum van 15 uren. Bij adoptie van een baby jonger dan 6 maanden bestaat eveneens recht op maximaal 15 uren kraamzorg. Deze extra service maakt deel uit van De Friesland Kraamservice (kraamzorg in natura). Deze wordt uitgevoerd door, door verzekeraar gecontracteerde, kraamzorg-/thuiszorgorganisaties.

13.11 Kuurbehandelingen (psoriasispatiënten)

Op basis van een door de behandelend specialist ingediend aanmeldingsformulier waaruit de aard en omvang van de aandoening blijkt, kan toestemming worden verleend voor behandeling in de volgende kuuroorden:

- Nieuweschans of Groningen, maximaal 30 poliklinische behandelingen van 30 minuten.
- Ein Bokek, Dode Zee (Israël), verblijf intern, maximaal 4 weken.

Vergoed worden de behandelingen, alsmede de reis- en verblijfkosten.

Reiskostenvergoeding geschiedt op basis van openbaar vervoer tweede klas of, bij gebruik van eigen vervoer, een vergoeding van € 0,25 per kilometer. De totale vergoeding bedraagt per kuur 90% met een maximum van € 2050,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden. Per kalenderjaar geldt een beperking van het aantal verzekerden dat van de kuurbehandelingen in Israël gebruik kan maken.

13.12 Kuurbehandelingen (reuma- en Bechterewpatiënten)

Op basis van een gemotiveerde aanvraag van de huisarts en de behandelend reumatoloog kan aan verzekerden, waarbij de indicatie reumatoïde artritis (RA) of de ziekte van Bechterew is vastgesteld, eenmaal per kalenderjaar toestemming worden verleend voor een complexe kuurbehandeling van 3 weken in Piëstany, (Slowakije). De eigen bijdrage bedraagt per kuurperiode € 300,-. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden. Per kalenderjaar geldt een beperking van het aantal verzekerden dat van deze kuurreizen gebruik kan maken.

13.13 Levertransplantatie (bijkomende kosten)

Bijkomende kosten van levertransplantaties worden gedeeltelijk vergoed. Hieronder vallen onder andere:

- bloeddrukmeter;
- bloedprikapparatuur;
- noodzakelijke communicatiemogelijkheid tussen ziekenhuis en woonhuis (b.v. de huur van een semafoon).

13.14 Mantelzorg (vervangende hulp)

In verband met vakantie van de vaste verzorger(s) van chronisch zieken of ernstig gehandicapten bestaat, na voorafgaande toestemming, recht op vergoeding van vervangende hulpverlening gedurende maximaal 15 dagen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding bedraagt maximaal € 125,- per dag. De uitvoering van deze regeling geschiedt door gekwalificeerde vrijwilligers van de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten.

13.15 Oefentherapie in extra verwarmd water t.b.v. reuma- en Bechterewpatiënten

Verzekerden, waarbij de indicatie reumatoïde artritis (RA) of de ziekte van Bechterew is vastgesteld, hebben recht op tegemoetkoming in de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water. Organisatie, selectie en financiële afhandeling zijn opgedragen aan de reumapatiëntenverenigingen in Friesland, te weten de RPV Drachten, RPV Leeuwarden, RPV Ooststellingwerf, RPF Súdwest Fryslân en de RPV Weststellingwerf.

Vergoeding van deelname aan vergelijkbare therapieën buiten Friesland geschiedt tot maximaal de door verzekeraar overeengekomen kostprijs met de patiëntenorganisaties in Friesland.

13.16 Pedicure

Vergoeding van maximaal 6 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De maximum vergoeding bedraagt € 20,- per behandeling. De vergoeding heeft uitsluitend betrekking op behandeling van de diabetische of reumatische voet. De pedicure moet in het bezit zijn van het certificaat 'Voetverzorging bij Diabetic' of het certificaat 'reumatische voet'. Verzekerde dient bij de eerste behandeling een gemotiveerde verwijzing door de huisarts of specialist te overleggen.

13.17 Peeling na ernstige acne

Op basis van een verwijzing door de huisarts vergoeding van de kosten van behandeling door een vrijgevestigde huidtherapeut en de in het kader van de behandeling noodzakelijk te gebruiken materialen. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

13.18 Pensionkosten (onder andere Ronald McDonald Huizen)

Vergoeding van de kosten van verblijf in een Ronald McDonald Huis, Kiwanishuis of daarmee ter beoordeling van verzekeraar gelijk te stellen instellingen. Vergoeding geldt voor alle vestigingen binnen Nederland.

Vergoeding geschiedt slechts als zowel de patiënt als het bezoekend gezinslid bij verzekeraar staan ingeschreven en de patiënt verzekerd is voor het onderdeel pensionkosten.

13.19 Plaswekker

Per verzekerde een vergoeding van de aanschaf- of huurprijs alsmede de noodzakelijke toebehoren, tot een gezamenlijk maximum van € 70,-. Deze vergoeding is eenmalig en geldt voor de gehele verzekeringsduur. Bij tijdelijke onderbreking van de verzekering, maximaal 12 maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken. Vergoeding geschiedt op basis van een voorschrift van de huisarts. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

13.20 Plastisch chirurgische ingrepen

De volgende operatieve ingrepen worden vergoed op basis van het door verzekeraar overeengekomen tarief of indien geen tarief is overeengekomen op basis van het tarief dat door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

- Flapoorcorrectie; vergoeding voor kinderen tot 18 jaar. Op de vergoeding is een eigen bijdrage van € 250,- van toepassing.
- Bovenoglidcorrectie; vergoeding van de kosten voor zover er sprake is van een functionele belemmering van het gezichtsvermogen.
- Buikwandcorrectie; vergoeding van de kosten indien er sprake is van een lichamelijke medische indicatie.

Voor deze ingrepen geldt dat verzekeraar voorafgaande toestemming moet verlenen. Deze toestemming kan worden verleend op basis van een door de medisch specialist opgesteld behandelplan waarin de aard en omvang van de afwijking wordt weergegeven en de noodzaak tot ingrijpen wordt onderbouwd. Voor een bovenooglidcorrectie geldt dat de uitslag van het gezichtsveldonderzoek waaruit de belemmering blijkt bij de aanvraag dient te worden gevoegd.

13.21 Podotherapie

Op verwijzing door de huisarts of specialist vergoeding van de kosten (inclusief alle in het kader van de behandeling noodzakelijk te gebruiken hulpmiddelen). De behandeling dient te geschieden door een vrijgevestigde podotherapeut. Als indicaties gelden ernstige vaatstoornissen en/of ernstige afwijkingen van het bewegingsapparaat van de voeten.

13.22 Prismabril (voorschrift)

Na verwijzing door de huisarts, kinderarts of psycholoog worden de consult- en/of voorschrijfkosten tot 75% vergoed.

13.23 Reiskosten ziekenbezoek

Voor bezoek aan een in een ziekenhuis in Nederland opgenomen (eigen) in- of uitwonend kind, echtgenoot, echtgenote of partner geldt een vergoedingsregeling van reiskosten, als onder andere aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- Zowel patiënt als het bezoekend gezinslid staan ingeschreven bij verzekeraar.
- De totale verpleegduur overschrijdt een periode van 1 maand.

Vergoedingsregeling:

- De vergoeding gaat pas in vanaf de 2e maand van verpleging.
- Patiënt heeft een verzekeringsvorm bij verzekeraar waarin ook het onderdeel reiskosten ziekenbezoek gedekt is.
- Vergoeding van de reiskosten geschiedt op basis van openbaar vervoer tweedeklas, of bij gebruik van eigen vervoer een vergoeding van € 0,25 per kilometer.
- Per bezoek geldt een eigen bijdrage van € 10,-.
- Frequentie: eenmaal per dag, maximaal driemaal per week.
- Maximale vergoeding € 700,- per verpleegperiode.

13.24 Sportactiviteiten ex-hartpatiënten

In aansluiting op de revalidatieperiode na een hartinfarct, hartoperatie of dotterbehandeling wordt, op verwijzing door een cardioloog, een tegemoetkoming verleend in de kosten wegens deelname aan sportactiviteiten die worden georganiseerd en/of worden gehouden onder begeleiding van de Stichting Hart in Beweging (HIB) in Friesland. De maximale vergoedingsperiode bedraagt 12 maanden.

Vergoeding van deelname aan vergelijkbare activiteiten buiten Friesland geschiedt tot maximaal de door verzekeraar overeengekomen kostprijs met de Stichting Hart in Beweging in Friesland.

13.25 Sportarts/Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Consultatie en behandeling door een sportarts worden vergoed tot een maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van bijvoorbeeld vliegers- of duikerskeuringen worden niet vergoed.

13.26 Stottertherapie

Na voorafgaande toestemming bestaat recht op vergoeding van de Del Ferro-therapie of de methode De Pauw (inclusief multidisciplinaire behandeling) de Boma therapie of het Insituut Natuurlijk spreken. De vergoeding bedraagt maximaal € 1250,- per verzekerde. Deze vergoeding is eenmalig en geldt voor de gehele verzekeringsduur. Bij tijdelijke onderbreking van de verzekering, maximaal 12 maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

13.27 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar omvat: *)

13.27.1 Kroon- en brugwerk (R-codes)

Een vergoeding van 80%, inclusief de techniekkosten, van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst). Voor plaatsing van kroon- en brugwerk is voorafgaande toestemming vereist. De verzekeraar zal alleen dan toestemming verlenen als het plaatsen van kroon en/of brugwerk een gevolg is van:

- Fractuur frontelementen.
- Ernstige verkleuring frontelementen.
- Na een wortelkanaalbehandeling in een zwaar gerestaureerd element.
- Bijzondere gevallen ter beoordeling van de adviserend tandarts van verzekeraar.

De kosten van esthetische en/of onnodig kostbare en/of ondoelmatige voorzieningen worden niet vergoed.

13.27.2 Orthodontie verleend door een tandarts-algemeen practicus (D-codes) of orthodontist.

Een vergoeding van 80% van de behandelkosten. De vergoeding is per verzekerde voor de gehele behandeling. Deze vergoeding is eenmalig en geldt voor de gehele verzekeringsduur. Bij tijdelijke onderbreking van de verzekering, maximaal 12 maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken. Een eventuele volgende hernieuwde behandeling komt dan ook niet voor vergoeding in aanmerking. Orthodontische behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd dan wel tandheelkundig ondoelmatig zijn alsmede kosten veroorzaakt door onzorgvuldig gebruik van de apparatuur worden niet vergoed. Orthodontische behandelingen met een esthetisch karakter worden eveneens niet vergoed.

13.27.3 Alle tandheelkundige verrichtingen dienen te worden uitgevoerd door een tandarts-algemeen practicus, mondhygiënist, orthodontist of (voorzover bevoegd) een tandprotheticus. Zorg verleend door een tandtechnicus wordt niet vergoed. De kosten van esthetische en/of onnodig kostbare en/of ondoelmatige voorzieningen worden niet vergoed.

*) De genoemde coderingen (in deze voorwaarden weergegeven in letters en/of cijfers) komen overeen met hetgeen de tandarts-algemeen practicus op zijn nota of kostenbegroting vermeldt. Vermelding vindt plaats om een vergelijking met hetgeen verzekerd is te vergemakkelijken. Wijziging in de codering kan nooit tot meer of minder aanspraken op de verzekering leiden.

13.28 Tandheeskundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder omvat: *)

13.28.1 Anesthesie (A-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

13.28.2 Consultatie en diagnostiek (C-codes)

Een vergoeding van 80% van maximaal één periodiek preventief onderzoek of consult per verzekerde per kalenderjaar (codes C11; C12; C13). Voorzover van toepassing wordt de toeslag op het consult voor weekend-, avond- of nachtbehandeling of bezoek aan huis eveneens voor 80% vergoed C85; C86; C87 of C80). De kosten van niet nagekomen afspraken, keuringsrapporten en techniekkosten worden niet vergoed.

13.28.3 Chirurgie (H-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

13.28.4 Ongevalregeling voor verzekerden jonger dan 25 jaar

Wanneer door een ongeval een of meer frontelementen verloren gaan, is een vergoeding van een afwijkende behandeling mogelijk, afhankelijk van de aard en omvang van het trauma. Om hiervoor in aanmerking te komen is vooraf een gemotiveerde aanvraag van de huistandarts noodzakelijk. De vergoeding bedraagt 80% met een maximum van € 700,-.

13.28.5 Parodontologie en preventie:

13.28.5.1 Parodontologie (T-codes)

Met uitzondering van het onderdeel 'Parodontologie in overige situaties, niet vallend onder onderdeel A', te weten de UPT-codes T80 tot en met T90, wordt een vergoeding verleend van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

13.28.5.2 Preventie (M-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) exclusief techniekkosten, materiaal- of laboratoriumkosten.

De kosten van een mondbeschermer (code M60) worden eveneens niet vergoed.

Tevens worden op verwijzing door de tandarts de preventieve behandelingen door een vrijgevestigde mondhygiënist vergoed. Deze vergoeding telt mee voor het bereiken van het maximum bedrag.

De vergoeding zal niet meer bedragen dan de voor de tandarts-algemeen practicus geldende goedgekeurde CTG-tarieven.

13.28.5.3 Voor parodontologie (artikel 13.28.5.1) en preventie (artikel 13.28.5.2) bedraagt de totale vergoeding maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

13.28.6 Prothetische zorg (P-codes):

13.28.6.1 Partiële prothese 1 t/m 4 elementen (P10): vaste vergoeding € 95,- per 4 kalenderjaren.

13.28.6.2 Partiële prothese 5 t/m 13 elementen (P15): vaste vergoeding € 115,- per 4 kalenderjaren.

13.28.6.3 Volledige boven- of volledige onder-, of volledige boven- en onderprothese (code P21, P25 en P30).

Op basis van de ministeriële Regeling Hulpmiddelen, een aanvullende uitkering ter hoogte van de verschuldigde eigen bijdrage.

13.28.6.4 Overkappingprothese; extra te berekenen voor elk overkapt element (P29) een vergoeding van 80% exclusief techniekkosten.

13.28.6.5 Rebasings van een partiële prothese

Een vergoeding van 80% van de verrichtingen P51 t/m P54 zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) inclusief techniekkosten.

13.28.6.6 Reparaties van een partiële prothese

Een vergoeding van 80% van de verrichtingen P57 en P58 zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) inclusief techniekkosten.

13.28.7 Röntgendiagnostiek (X-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst). Per kalenderjaar worden per verzekerde maximaal 2 röntgenfoto's vergoed.

Per 7 kalenderjaren wordt per verzekerde maximaal 1 orthopantomogram (UPT-codes: X21, X23, X24 en X25) vergoed.

13.28.8 Vullingen (restauranties door middel van plastische materialen: V-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

Tot dit onderdeel behoort eveneens de opbouw van plastisch materiaal (R31).

In de gezamenlijke kosten van restauranties van plastisch materiaal wordt, gerekend vanaf de datum van de eerste restauratie, per verzekerde per kalenderjaar vergoeding verleend van maximaal 5 restauranties.

13.28.9 Wortelkanaalbehandelingen (pulpabehandeling/endodontie: E-codes)

Met uitzondering van de codes E90 t/m E98 (bleken van elementen) een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst). Per kalenderjaar wordt maximaal 1 wortelkanaalbehandeling vergoed.

13.28.10 Alle tandheelkundige verrichtingen die worden vergoed op basis van de Ziekenfondswet of enige andere wet- of regelgeving, komen niet op grond van de AV-Basis of AV-Plus voor vergoeding in aanmerking.

13.28.11 De kosten van esthetische en/of onnodig kostbare en/of ondoelmatige voorzieningen worden niet vergoed. Alle tandheelkundige verrichtingen dienen te worden uitgevoerd door een tandarts-algemeen practicus, een vrijgevestigde mondhygiënist, orthodontist of (voorzover bevoegd) een tandprotheticus.

Nota's van zorg verleend door een tandtechnicus worden niet vergoed.

**) De genoemde coderingen (in deze voorwaarden weergegeven in letters en/of cijfers) komen overeen met hetgeen de tandarts-algemeen practicus op zijn nota of kostenbegroting vermeldt. Vermelding vindt plaats om een vergelijking met hetgeen verzekerd is te vergemakkelijken. Wijziging in de coderingen kan nooit tot meer of minder aanspraken op de verzekering leiden.*

13.29 Therapeutische kampen en ontspanningsoorden voor kinderen

Na voorafgaande toestemming, per medeverzekerd kind, een vergoeding voor een periode van maximaal 6 weken per kalenderjaar. Toestemming kan worden verleend op basis van een verklaring van de huisarts, waaruit de noodzaak tot verblijf in een therapeutisch kamp of ontspanningskamp blijkt.

13.30 Uitzending van zieken of gehandicapten

Voor uitzending door het Rode Kruis, de Zonnebloem, Humanitas of een daarmee door verzekeraar gelijk te stellen instelling een vergoeding van maximaal € 125,- per verzekerde per kalenderjaar.

13.31 Verblijfkosten opvangtehuis/pension en/of reiskosten in bijzondere gevallen

Als een meeverzekerd kind voor een zeer zware behandeling wordt opgenomen, kan 75% van de kosten van een opvangtehuis/pension en/of de reiskosten worden vergoed. Voorwaarde is dat de opname geschiedt buiten de noordelijke regio.

14 AV-Plus, omvang van de dekking

Behoudens de vergoedingsregelingen genoemd in artikel 13.6 en artikel 13.28 van de AV-Basis, bestaat boven de overige onderdelen van artikel 13 nog recht op de volgende onderdelen:

14.1 Alternatieve geneeswijzen

De vergoeding omvat de volgende alternatieve geneeswijzen/therapieën:

- a. acupunctuur;
- b. antroposofische geneeskunde alsmede de volgende antroposofische therapieën:
 - heileuritmie;
 - kunstzinnige therapie: (beeldend en muziek);
 - spraaktherapie;
 - dieettherapie;
 - uitwendige therapieën: (voorzover verleend door een verpleegkundige of fysiotherapeut);
 - eerstelijns psychologische zorg: maximaal 8 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.
- c. chiropractie;
- d. haptotherapie;
- e. homeopathie;
- f. manuele geneeskunde/osteopathie;
- g. natuurgeneeswijzen; inclusief enzymtherapie en Moermantherapie.
- h. shiatsu-therapie.

Antroposofische therapieën worden uitsluitend vergoed na verwijzing door een antroposofisch (huis)arts.

Vergoeding geschiedt uitsluitend voorzover de zorg wordt verleend door een arts die de desbetreffende alternatieve geneeswijze beoefent, of:

- Een acupuncturist, lid van de NVA/NAAV of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze vereniging worden gesteld.
- Een chiropractor, lid van de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA) of Dutch Chiropractic Federation (DCF), of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze verenigingen worden gesteld.
- Een haptotherapeut, lid van de VVH of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze vereniging worden gesteld.
- Een klassiek homeopaat, lid van de NVKH of NOKH of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze vereniging worden gesteld.
- Een osteopaat, die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO) en/of Nederlandse Registratieraad Osteopathie (NRO).
- Een shiatsu-therapeut, die lid is van de sector Shiatsu van de Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST).
- Onder alternatieve geneeswijzen is eveneens begrepen creatieve therapie voorzover verleend door een vrijgevestigd beeldend therapeut, met voortgezette opleiding, en lid van de NVPA/NVCT.

De vergoeding bedraagt 75% met een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar en geldt voor consulten, behandelingen, geregistreerde homeopathische middelen, antroposofische middelen en antroposofische therapieën tezamen.

- Antroposofische middelen en door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen geregistreerde homeopathische middelen, voorgeschreven door de hiervoor genoemde artsen of de huisarts, komen alleen voor vergoeding in aanmerking als deze zijn betrokken bij een apotheekhoudend huisarts of een apotheker.

Niet vergoed worden de kosten van chelatie-, ozon- en Frischzellentherapie, H-3 behandelingen, behandelingen volgens de yogaleer, magnetiseren en dergelijke.

- Zorg verleend door de eigen huisarts wordt niet afzonderlijk vergoed.

14.2 Anticonceptiva

Voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder bestaat recht op vergoeding van de volgende anticonceptiemiddelen: de anticonceptiepil, morning-afterpil en de zogenaamde prikpil. De vergoeding bedraagt maximaal van € 35,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voor spiraaltjes geldt eenmaal per 5 kalenderjaren een vergoeding van de kostprijs.

14.3 Brillenglazen en contactlenzen

Per 3 kalenderjaren een vergoeding van 30% van de kosten met een maximum van € 140,-. De sterkte van een van de glazen of lenzen moet minimaal 0,25 dioptrieën bedragen of er is een prismatische correctie in aangebracht. Vergoeding van brillenglazen en/of contactlenzen geschiedt uitsluitend tegen inlevering van de originele betaalde nota, waar het voorschrift van arts of opticien is bijgevoegd.

Voor de vergoeding van wegwerplenzen is slechts eenmalig het voorschrift van arts of opticien vereist.

14.4 Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck:

14.4.1 Hoogte van de vergoeding

De hoogte van de vergoeding is geregeld in het contract tussen verzekeraar en behandelend fysiotherapeut. Indien geen contract is gesloten bedraagt de vergoeding 90% van het in rekening gebrachte tarief met een maximum van € 22,- per zitting. Voor de verbijzonderingen (manuele therapie; kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie en manuele lymfedrainage) geldt voor niet gecontracteerde fysiotherapeuten eveneens een vergoeding van 90% van het in rekening gebrachte bedragen met een maximum van € 33,-. De maximum vergoeding voor bezoek aan huis bedraagt bij niet gecontracteerde fysiotherapeuten € 9,-; voor bezoek aan een inrichting geldt een maximum van € 4,-.

14.4.2 Vergoeding van de medisch noodzakelijke behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck op verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts of specialist. Verwijzing door een bedrijfsarts is slechts toegestaan indien er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

14.4.3 Na voorafgaande toestemming door verzekeraar, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden, kan worden deelgenomen aan een specifiek programma dat is ontwikkeld ten behoeve van fibromyalgie patiënten. Dit programma kent een multidisciplinaire benadering en wordt verleend door daartoe door verzekeraar specifiek gecontracteerde zorgaanbieders. Toestemming kan uitsluitend worden verleend op basis van een door de huisarts of specialist verstrekte motivatie.

Dit programma kan niet worden gevolgd in combinatie met individuele fysiotherapie voor dezelfde indicatie. Na afloop van het programma bestaat ook geen recht meer op vervolgebehandelingen fysiotherapie voor dezelfde indicatie in hetzelfde kalenderjaar.

Voor dit programma geldt een eigen bijdrage van € 5,- per cursusdagdeel.

14.4.4 Niet voor vergoeding in aanmerking komt individuele behandeling dan wel groepsbehandeling die er slechts toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

14.5 Kraamzorg (tegemoetkoming algemene kosten)

Tegen inlevering van de verklaring die in het kraampakket is gevoegd wordt, ter compensatie van de wettelijke eigen bijdrage ingevolge de Ziekenfondswet, € 70,- per bevalling vergoed.

14.6 Preventie

Ten behoeve van verblijf in het buitenland bestaat recht op vergoeding van 80% van de kosten van preventieve middelen tegen de volgende ziektes: cholera, difterie-tetanus-polio (DTP), gele koorts, hepatitis A en B, malaria en tyfus. De kosten van het consult door de GGD of de huisarts worden voor 80% vergoed.

14.7 Psychologische zorg (eerstelijnszorg)

Deze vergoedingsregeling is slechts van toepassing op kortdurende behandelingen. Dit houdt in dat de behandeling het totaal van 15 zittingen niet te boven mag gaan. Deze beperking is in overeenstemming met de definitie die het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) hanteert.

Ter wille van de duidelijkheid wordt vermeld dat verzekeraar, ingevolge de hierna volgende vergoedingsregeling, maximaal 10 zittingen gedeeltelijk vergoedt. De vergoedingsregeling luidt als volgt: op basis van een door de huisarts verstrekte motivatie bestaat recht op vergoeding van maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar voorzover de zorg wordt verleend door een vrijgevestigd eerstelijns psycholoog. Uitsluitend voorzover het gaat om arbeidsgerelateerde aandoeningen kan behandeling ook plaatsvinden op basis van een door de bedrijfsarts verstrekte motivatie. Per zitting wordt maximaal € 50,- vergoed. Niet afgezegde afspraken komen voor rekening van verzekerde.

De behandelend eerstelijns psycholoog dient ten opzichte van verzekeraar te kunnen aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologie van het NIP.

Vergoeding van deze behandeling kan niet in combinatie met de vergoeding van psychologische zorg in het kader van de zogenaamde initiatiefruimte ziekenfondsverzekering.

14.8 Reisverzekering met Europa-dekking (exclusief medische kosten)

De verzekering is van kracht in Europa en in de niet-Europese landen aan de Middellandse Zee. De verzekering is geldig over een al dan niet aaneengesloten periode van maximaal 21 dagen per verzekerde per kalenderjaar. Deze periode dient voor de vertrekdatum gemeld te worden d.m.v. toezending van de desbetreffende meldingskaart, waarna een aparte polis voor de reisverzekering wordt toegezonden. Voor wintersport, sommige overige risico's, werelddekking of voor een verblijf van langer dan 21 dagen in het buitenland, worden een aanvullende premie en poliskosten in rekening gebracht.

Globaal overzicht dekking reisverzekering AV-Plus: *)

Bagagedekking maximaal per polis € 3000,-, waarvan ten hoogste voor:

- Foto-, film-, video- en computerapparatuur (incl. software)	€ 1000,-
- (Zonne)brillen, contactlenzen, prothesen	€ 250,-
- Sieraden en bont	€ 250,-
- Horloges	€ 250,-
- Fietsen	€ 350,-
- Opblaasbare boten, zeilplanken, kano's en toebehoren	€ 250,-
- Auto-slederadio	€ 250,-
- (Auto)telecommunicatie-apparatuur	€ 250,-
- Beeld- en geluidsdragers	€ 100,-
- Tijdens de reis aangeschafte voorwerpen	€ 250,-
- Op reis meegenomen geschenken	€ 250,-
- Reisdocumenten	kostprijs

Bovenstaande bedragen gelden per verzekerde tenzij anders staat aangegeven.

Er geldt een standaard eigen risico van € 65,- per verzekerde, respectievelijk per gezin.

Ongevallenuitkering

Bij overlijden of algehele blijvende invaliditeit, maximaal: € 10.000,-.

Buitengewone kosten

- Uitgaven in verband met overlijden verzekerde of opsporing, redding en berging: kostprijs.
- Overige onvoorziene uitgaven aanvullend tot kostprijs.
- Verblijfkosten per verzekerde per dag maximaal: € 50,-.

Schade aan logies/verblijven

Alleen als de schade hoger is dan € 25,-. Maximaal € 350,-.

Telecommunicatiekosten

Maximaal € 125,- (gesprekken met ANWB Alarmcentrale kostprijs).

Hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale aanvullend tot kostprijs.

**) Dit betreft een globaal overzicht van de reisverzekering. Hieraan kunnen geen rechten worden ontleend. De volledige verzekeringsvoorwaarden worden toegezonden nadat de reisverzekering is geactiveerd. Uiteraard zijn de volledige verzekeringsvoorwaarden ook vooraf op aanvraag verkrijgbaar.*

14.9 Second opinion

Vergoed wordt het raadplegen van een andere huisarts, specialist of tandarts als de behandelend arts/tandarts een operatie of anderszins ingrijpende therapie heeft voorgesteld.

14.10 Sterilisatie

Vergoeding van de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis. De vergoeding vindt plaats op basis van het door verzekeraar overeengekomen tarief of indien geen tarief is overeengekomen op basis van het tarief dat door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht. De kosten van hersteloperaties na sterilisatie worden niet vergoed.

14.11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder omvat: *)

14.11.1 Anesthesie (A-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

14.11.2 Consultatie en diagnostiek (C-codes)

Een vergoeding van 80% van maximaal twee periodieke preventieve onderzoeken of consulten per verzekerde per kalenderjaar (codes C11; C12; C13). Voorzover van toepassing wordt de toeslag op het consult voor weekend-, avond- of nachtbehandeling of bezoek aan huis eveneens voor 80% vergoed (C85; C86; C87 of C80). De kosten van niet nagekomen afspraken, keuringsrapporten en techniekkosten worden niet vergoed.

14.11.3 Chirurgie (H-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

14.II.4 Ongevalregeling voor verzekerden jonger dan 25 jaar

Wanneer door een ongeval 1 of meer frontelementen verloren gaan, is een vergoeding van een afwijkende behandeling mogelijk, afhankelijk van de aard en omvang van het trauma. Om hiervoor in aanmerking te komen is vooraf een gemotiveerde aanvraag van de huis-tandarts noodzakelijk. De vergoeding bedraagt 80% met een maximum van € 700,-.

14.II.5 Parodontologie en preventie:

14.II.5.1 Parodontologie (T-codes)

Met uitzondering van het onderdeel 'Parodontologie in overige situaties, niet vallend onder onderdeel A', te weten de UPT-codes T80 tot en met T90, wordt een vergoeding verleend van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

14.II.5.2 Preventie (M-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) exclusief techniekkosten, materiaal- of laboratoriumkosten.

Tevens worden op verwijzing door de tandarts de preventieve behandelingen door een vrijgevestigde mondhygiënist vergoed. Deze vergoeding telt mee voor het bereiken van het maximum bedrag. De vergoeding zal niet meer bedragen dan de voor de tandarts-algemeen practicus geldende goedgekeurde CTG-tarieven. De kosten van een mondbeschermer (code M60) worden niet vergoed.

14.II.5.3 Voor parodontologie (artikel 14.II.5.1) en preventie (artikel 14.II.5.2) bedraagt de totale vergoeding maximaal € 455,- per verzekerde per kalenderjaar.

14.II.6 Prothetische zorg (P-codes):

14.II.6.1 Partiële prothese 1 t/m 4 elementen (P10): vaste vergoeding € 95,- per 4 kalenderjaren.

14.II.6.2 Partiële prothese 5 t/m 13 elementen (P15): vaste vergoeding € 115,- per 4 kalenderjaren.

14.II.6.3 Volledige boven- of volledige onder-, of volledige boven- en onderprothese (code P21, P25 en P30). Op basis van de ministeriële Regeling Hulpmiddelen, een aanvullende uitkering ter hoogte van de verschuldigde eigen bijdrage.

14.II.6.4 Overkappingsprothese; extra te berekenen voor elk overkapt element (P29) een vergoeding van 80% exclusief techniekkosten.

14.II.6.5 Rebasings van een partiële prothese

Een vergoeding van 80% van de verrichtingen P51 t/m P54 zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) inclusief techniekkosten.

14.II.6.6 Reparatie van een partiële prothese

Een vergoeding van 80% van de verrichtingen P57 en P58 zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) inclusief techniekkosten.

14.II.7 Röntgendiagnostiek (X-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

Per kalenderjaar worden per verzekerde maximaal 4 röntgenfoto's vergoed.

Per 7 kalenderjaren wordt per verzekerde maximaal 1 orthopantomogram (UPT-codes: X21, X23, X24 en X25) vergoed.

14.II.8 Vullingen (restauraties door middel van plastische materialen: V-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst). Tot dit onderdeel behoort eveneens de opbouw van plastisch materiaal (R31).

14.II.9 Wortelkanaalbehandelingen (pulpabehandeling/endo-dontie: E-codes)

Met uitzondering van de codes E90 t/m E98 (bleken van elementen) een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

14.II.10 Alle tandheelkundige verrichtingen die worden vergoed op basis van de Ziekenfondswet of enige andere wet- of regelgeving, komen niet op grond van de AV-Basis of AV-Plus voor vergoeding in aanmerking.

14.II.11 De kosten van esthetische en/of onnodig kostbare en/of ondoelmatige voorzieningen worden niet vergoed. Alle tandheelkundige verrichtingen dienen te worden uitgevoerd door een tandarts-algemeen practicus, een vrijgevestigde mondhygiënist, orthodontist of (voorzover bevoegd) een tandprotheticus. Nota's van zorg verleend door een tandtechnicus worden niet vergoed.

**) De genoemde coderingen (in deze voorwaarden weergegeven in letters en/of cijfers) komen overeen met hetgeen de tandarts-algemeen practicus op zijn nota of kostenbegroting vermeldt. Vermelding vindt plaats om een vergelijking met hetgeen verzekerd is te vergemakkelijken. Wijziging in de codering kan nooit tot meer of minder aanspraken op de verzekering leiden.*

15 AV-Tand Extra, voorwaarden en omvang van de dekking

15.1 Verzekeringsvoorwaarden AV-Tand Extra

15.1.1 Alle bij de verzekeraar aangesloten verzekerden van 18 jaar en ouder, komen in aanmerking voor de verzekering voorzover aan het gestelde in artikel 3 is voldaan. Inschrijving in de AV-Tand Extra geschiedt op individuele basis.

15.1.2 Voorzover in deze voorwaarden daarvan niet is afgeweken, zijn de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen Basis en Plus van toepassing behoudens de artikelen 13 en 14.

15.1.3 De kosten van esthetische en/of onnodig kostbare en/of ondoelmatige voorzieningen worden niet vergoed. Alle tandheelkundige verrichtingen dienen te worden uitgevoerd door een tandarts-algemeen practicus, een vrijgevestigde mondhygiënist, orthodontist of (voorzover bevoegd) een tandprotheticus.

Nota's van zorg verleend door een tandtechnicus worden niet vergoed.

15.2 Omvang van de dekking *)

15.2.1 Bleken van elementen (E-codes)

Een vergoeding van 80% van de verrichtingen E90 t/m E97 zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) exclusief techniek- of materiaalkosten. Het bleken van elementen anders dan als gevolg van een endodontische behandeling wordt niet vergoed.

15.2.2 **Frameprothesen**

1 t/m 4 elementen (code P34): een vaste vergoeding van € 275,-;

5 t/m 13 elementen (code P35): een vaste vergoeding van € 365,-.

15.2.3 **Initiële gnathologie (G-codes)**

Een vergoeding van 80% van de volgende verrichtingen:

- eenvoudige beetbepaling (G10, G15 en G16);
- gedocumenteerde verwijzing gnathologie (G03);
- instructie spieroefening (G61);
- relaxatie, stabilisatie of repositie splint (inclusief techniekkosten) (G62, G63, G64 en G69);
- uitgebreid functieonderzoek (G01).

15.2.4 **Kronen, bruggen, implantaten, wortelkappen met stift en precisieverankeringen**

15.2.4.1 **Inlays, kronen, bruggen (R-codes) en implantaten (I-codes)**

Een vergoeding van 80% van het honorarium van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) exclusief techniekkosten. Boven de vergoeding van het honorarium van kronen en bruggen geldt voor techniekkosten de volgende vergoeding:

- etsbrug; € 95,- per brug;
- inlays; € 95,- per inlay;
- kronen; € 95,- per kroon;
- labiale porseleinen veneering; € 95,- per veneering;
- UDA-brug; € 95,- per brug.

Per verzekerde worden per kalenderjaar maximaal 4 kronen vergoed. Als alternatief voor kronen en bruggen kan worden gekozen voor het plaatsen van implantaten. Deze worden vergoed tot hetzelfde maximum dat geldt voor kronen en bruggen (zie 15.2.4.3).

15.2.4.2 **Wortelkap met stift (P31) en precisieverankeringen (P32 en P33)**

Voor de code P31 een maximale vergoeding van € 95,- per verzekerde per kalenderjaar.

Van de UPT-codes P32 en P33 wordt 80%, exclusief techniek- en materiaalkosten, vergoed.

15.2.4.3 Voor kronen, bruggen, implantaten, wortelkappen met stift en precisieverankeringen geldt per verzekerde een totaal maximum te vergoeden bedrag van € 700,- per 2 kalenderjaren.

15.2.5 **Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tandarts-algemeen practicus: D-codes)**

Voor een nieuw ingezette orthodontische behandeling bestaat recht op vergoeding tot een maximum van € 750,- per verzekerde. Er mag dus geen sprake zijn van een voortgezette behandeling zoals bedoeld is in artikel 13.27.2 (AV-Basis). Deze vergoeding is eenmalig en geldt voor de gehele verzekeringsduur. Bij tijdelijke onderbreking van de verzekering, maximaal 12 maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken. De behandeling dient functioneel te zijn en mag niet onnodig kostbaar of ondoelmatig zijn.

15.2.6 **Preventie**

Mondbeschermer (M60), vergoeding 80% inclusief techniekkosten.

** De genoemde coderingen (in deze voorwaarden weergegeven in letters en/of cijfers) komen overeen met hetgeen de tandarts-algemeen practicus, op zijn nota of kostenbegroting vermeldt. Vermelding vindt plaats om een vergelijking met hetgeen verzekerd is te vergemakkelijken. Wijziging in de codering kan nooit tot meer of minder aanspraken op de verzekering leiden.*

16 Geschillen

16.1 Geschillen die voortvloeien uit deze verzekeringsovereenkomst, dienen binnen drie maanden na datering van het besluit van verzekeraar dat aanleiding vormt tot het geschil, schriftelijk te worden voorgelegd aan het bestuur van verzekeraar, Postbus 270, 8901 BB te Leeuwarden. Het bestuur neemt binnen drie maanden na het aanmelden van het geschil een beslissing. Als het bestuur niet binnen drie maanden over het geschil heeft geoordeeld, wordt het oorspronkelijke standpunt van verzekeraar geacht te zijn bevestigd.

16.2 Als de verzekerde zich niet kan verenigen met de beslissing van het bestuur van verzekeraar kan hij/zij zich met uitsluiting van andere instanties wenden tot de bevoegde rechter te Leeuwarden.

17 Registratie van persoonsgegevens

De in het kader van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door verzekeraar gevoerde persoonsregistratie.

Op deze persoonsregistratie is een gedragscode verwerking persoonsgegevens van toepassing die ter inzage ligt ten kantore van verzekeraar. Deze gedragscode kan tegen kostprijs worden aangevraagd.

18 Slotbepaling

18.1 De statuten en het huishoudelijk reglement van verzekeraar liggen ter inzage bij de hoofdvestiging van verzekeraar, Harlingertrekweg 53, 8913 HR te Leeuwarden en worden op verzoek aan verzekerde beschikbaar gesteld.

18.2 De verzekeringsvoorwaarden kunnen door verzekeraar te allen tijde worden gewijzigd, op de wijze die door verzekeraar, met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens de wet, in zijn statuten en het huishoudelijk reglement is geregeld.

18.3 In niet in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde gevallen, voorzover daarin niet wordt voorzien bij of krachtens de wet, beslist het bestuur van verzekeraar.

18.4 Bij de uitvoering van de aanvullende verzekering is het Nederlandse recht van toepassing.