



voorwaarden

aanvullende verzekering
Basis, Plus en
Tand Extra

Gezond door
POLISBANK

02



De Friesland weer wat er leeft

Verzekeringsvoorwaarden aanvullende verzekeringen AV-Basis, AV-Plus, AV-Tand Extra

Verzekeringsvoorwaarden aanvullende verzekeringen AV-Basis, AV-Plus en AV-Tand Extra ingaande
1 januari 2002

Onderlinge Waarborgmaatschappij Ziektekostenverzekering De Friesland u.a. te Leeuwarden
Ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer: 01051078

Inhoudsopgave

Vergoedingslijst

Algemene informatie

Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 1	Begripsomschrijvingen	5
Artikel 2	Inschrijving	6
Artikel 3	Verplichtingen en premie	7
Artikel 4	Aanspraken	7
Artikel 5	Verhaal op derden	9
Artikel 6	Uitsluiting aansprakelijkheid	9
Artikel 7	Vervaltermijn	9
Artikel 8	Wijziging aanvullende verzekering	10
Artikel 9	Beëindiging	10
Artikel 10	Onrechtmatige inschrijving	10
Artikel 11	AV-Basis, omvang van de dekking	10
Artikel 12	AV-Plus, omvang van de dekking	18
Artikel 13	AV-Tand Extra	22
Artikel 14	Geschillen	23
Artikel 15	Registratie van persoonsgegevens	23
Artikel 16	Slotbepaling	23

Vergoedingslijst

AV-Basis

Artikel Soort verstrekking

- 11.1 Brillmonturen
- 11.2 Buitenlanddekking (spoedeisende hulp)
- 11.3 Camouflagetherapie
- 11.4 Cursussen regionale thuiszorgorganisaties
- 11.5 Elektrische epilatie
- 11.6 Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck
- 11.7 Hulpmiddelen (verlenging uitleentermijn)
- 11.8 Jobst-pomp
- 11.9 Kraamzorg (uitgestelde zorgverlening thuissituatie) en postnatale gymnastiek
- 11.10 Kuurbehandelingen (psoriasispatiënten)
- 11.11 Kuurbehandelingen (reuma- en Bechterewpatiënten)
- 11.12 Levertransplantatie (bijkomende kosten)
- 11.13 Mantelzorg (vervangende hulp)
- 11.14 Oefentherapie in extra verwarmd water t.b.v. reuma- en Bechterewpatiënten
- 11.15 Peeling na ernstige acne
- 11.16 Pensionkosten (o.a. Ronald McDonaldhuizen)
- 11.17 Plaswekker
- 11.18 Podotherapie
- 11.19 Prismabril (voorschrift)
- 11.20 Psychologische zorg verleend door Het Behouden Huys (alleen voor oncologische patiënten)
- 11.21 Reiskosten ziekenbezoek
- 11.22 Sectie (directe kosten)
- 11.23 Sportactiviteiten ex-hartpatiënten
- 11.24 Sportarts/Sport Medisch Adviescentrum (SMA)
- 11.25 Steunzolen
- 11.26 Stoutertherapie volgens de methode Del Ferro of De Pauw
- 11.27 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot en met 17 jaar
- 11.28 Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar
- 11.29 Therapeutische kampen en ontspanningsoorden voor kinderen
- 11.30 Uitzending van zieken of gehandicapten
- 11.31 Verblijfkosten opvangtehuis/pension en/of reiskostenvergoeding in bijzondere gevallen

AV-Plus

Artikel Soort verstrekking

- 12.1 Alternatieve geneeswijzen
- 12.2 Brillenglazen en contactlenzen
- 12.3 Kraamzorg (tegemoetkoming algemene kosten)
- 12.4 Preventie
- 12.5 Psychologische zorg (eerstelijnszorg)
- 12.6 Reisverzekering met Europa-dekking (exclusief medische kosten)
- 12.7 Second opinion

AV-Tand Extra

Artikel Soort verstrekking

- 13.1 Verzekeringsvoorwaarden AV-Tand Extra
- 13.2 Omvang van de dekking
 - 13.2.1 Bleken van elementen
 - 13.2.2 Frameprothesen
 - 13.2.3 Initiële gnathologie
 - 13.2.4 Kronen en bruggen en wortelkappen met stift
 - 13.2.5 Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder
 - 13.2.6 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 11.2 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: 00 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.

Voor snelle betaling van nota's is het gewenst dat het totaal betaalde bedrag wordt vermeld, het land waarin de hulp werd verleend alsmede in welke valuta de nota werd uitgeschreven.

Zorg binnen de Europese Unie (EU)

De zorg zoals die is verzekerd in Nederland kan ook worden ingeroepen in de lidstaten van de Europese Unie (EU). 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 EU. De vergoeding zal nooit hoger zijn dan die in Nederland zou bedragen. De exacte regeling is vermeld in artikel 4.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Nadere informatie over zorg binnen de EU kan worden ingewonnen via telefoonnummer (058) 291 38 14.

De lidstaten van de EU zijn:

België, Denemarken, Duitsland, Finland; Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk, Portugal, Spanje, Verenigd Koninkrijk (Groot-Brittannië, Noord-Ierland en Gibraltar) en Zweden.

Voor alle verzekerden van De Friesland (zowel ziekenfonds als particulier) bestaat aanspraak 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 o.a. kraammatrasjes, kraamverband, steriele gaasjes, watten, alcohol 70% en een navelklem. Het kraampakket kan worden afgehaald in onze winkels.

Nostimos (letselschadehulp)

De Friesland werkt samen met Nostimos. Nostimos biedt hulp aan ongevalslachtoffers. Aan het slachtoffer biedt De Friesland samen met Nostimos deskundig advies, hulp bij onderhandelingen en per-

soonlijke begeleiding. Voor nadere informatie, advies en aanmelding kan rechtstreeks contact worden opgenomen met Nostimos, telefoon: (058) 212 89 73.

Onderstaand volgen enkele telefoonnummers voor nadere informatie over specifieke onderdelen:

- algemeen / klantenservice: (058) 291 31 31;
- kuurbehandelingen psoriasispatiënten: (058) 291 38 14;
- kuurbehandelingen reuma- en Bechterewpatiënten: (058) 291 32 49;
- geneeskundige zorg binnen de EU: (058) 291 38 14;
- mantelzorg (vervangende hulp): (058) 291 38 14;
- reiskosten ziekenbezoek: (058) 291 38 28.

Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1.1 Verzekeraar

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Ziektekostenverzekering De Friesland u.a., gevestigd te Leeuwarden.

1.2 De aanvullende verzekering

De aanvullende verzekering als bedoeld in artikel 33 van de Ziekenfondswet. Als aanvullende verzekering worden door verzekeraar gevoerd:

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

1.3 De verzekerde

Degene die bij verzekeraar in de aanvullende verzekering is ingeschreven.

1.4 Het ziekenfonds

De Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Zorgverzekeraar u.a.

1.5 Uitkering

De vergoeding van de door verzekerde gemaakte kosten waarop deze aanspraak kan maken op basis van deze verzekeringsvoorwaarden.

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

Artikel 2 Inschrijving

- 2.1
- 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 verzekerde ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier;
 - c. De inschrijving geschiedt zonder medische selectie als de aanvullende verzekering gelijktijdig wordt afgesloten met de ziekenfondsverzekering of binnen 60 dagen na de datum van inschrijving in de ziekenfondsverzekering.
Bij aanmelding op een later tijdstip geschiedt 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 afgewezen.De kandidaat-verzekerde ontvangt hiervan schriftelijk bericht, eventueel onder vermelding van gestelde bijzondere voorwaarden.
- 2.2
- 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 60 dagen na het bereiken van de 18-jarige leeftijd, wordt zonder tandheelkundige selectie ingeschreven vanaf de datum waarop de 18-jarige leeftijd werd bereikt.
- 2.3
- Verzekeraar kan inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren bij wanbetaling, als de verzekering op basis van artikel 9.1 sub c is beëindigd.
- 2.4
- 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.
- 2.5
- De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat deze ten minste voor de duur van 1 kalenderjaar moet worden aangegaan. Verzekeringen aangegaan in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de duur van dat en van het daarop volgende kalenderjaar aangegaan.

Artikel 3 Verplichtingen en premie

- 3.1 De verzekerde is verplicht aan verzekeraar alle inlichtingen te verstrekken die voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering nodig zijn.
- 3.2 De verzekerde is verplicht de verschuldigde premie bij vooruitbetaling in door verzekeraar te bepalen termijnen tegen afgifte van een bewijs van betaling te voldoen.
- 3.3 De premie wordt berekend over volle maanden.
- 3.4 Het niet incasseren van de premie door verzekeraar ontslaat de verzekerde niet van zijn verplichting tot betaling.
- 3.5 Bij niet betaling van de verschuldigde premie binnen een 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.
- 3.6 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.
- 3.7 Het is de verzekerde niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met de van verzekeraar te vorderen uitkering.
- 3.8 Alle door verzekeraar te maken kosten tot invordering van achterstallige premie komen ten laste van de verzekerde.

7

Artikel 4 Aanspraken

- 4.1 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. Uitkeringen worden alleen verleend op basis van originele en voldoende gespecificeerde nota's. Wijzigingen in de aanspraken worden door de verzekeraar aan de verzekerde bekend gemaakt voordat zij van kracht worden of, als dat niet mogelijk is, uiterlijk 4 weken nadat zij van kracht zijn geworden. De gewijzigde verzekeringsvoorwaarden en/of premies zijn ook van toepassing op reeds gesloten verzekeringen.
- 4.2 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 verplichtingen leiden dan die bestonden op het moment van de verplichtingen.
- 4.3 De aanspraken die aan deze verzekering kunnen worden ontleend kunnen geldend worden gemaakt in Nederland en de andere lidstaten van de Europese Unie (EU).

De lidstaten van de EU zijn:

België, Denemarken, Duitsland, Finland; Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk, Portugal, Spanje, Verenigd Koninkrijk (Groot-Brittannië, Noord-Ierland en Gibraltar) en Zweden.

Als een (niet spoedeisende) behandeling in een andere EU-lidstaat wordt ondergaan zijn de volgende bepalingen van toepassing:

- voor zover volgens de verzekeringsvoorwaarden voorafgaande toestemming door verzekeraar vereist is, geldt dit ook voor behandelingen binnen andere EU-landen;
- voor zover in de voorwaarden beperkingen gelden zoals maximeringen, eigen bijdragen, en vaste vergoedingsbijdragen zijn deze evenzeer van toepassing op behandelingen in een ander EU-land;
- de vergoeding zal nooit meer bedragen dan deze in Nederland zou zijn geweest;
- 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;
- voor zover aanspraak op reiskosten kan worden gemaakt zal de vergoeding nooit meer bedragen dan de vergoeding binnen Nederland 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 11.2;
- de zorgaanbieder moet voldoen aan kwalificaties die overeenkomen met hetgeen in Nederland gebruikelijk is.

8

- 4.4 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 munitie, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponceerd;
 - b. bij of voortgevoeld 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, voor zover er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225);
 - d. voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt lid c. geen toepassing.
- 4.5 Voor zover 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.
- 4.6 Vergoeding van de kosten van hulp respectievelijk zorg, geschiedt met de beperking dat, als zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden 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 aanmer-

king kunnen komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.

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.

- 4.7 De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover 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.
- 4.8 Bij wijziging van de verzekeringsvoorwaarden is een daarmee samenhangende wijziging in een recht op uitkering uitsluitend van toepassing op of na de datum van ingang van die wijzigingen verleende zorg en/of alle overige in deze voorwaarden genoemde aanspraken.

Artikel 5 Verhaal op derden

- 5.1 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.
- 5.2 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.
- 5.3 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.
- 5.4 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.

9

Artikel 6 Uitsluiting aansprakelijkheid

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.

Artikel 7 Vervaltermijn

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

Artikel 8 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 wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

Artikel 9 Beëindiging

- 9.1 Verzekeraar beëindigt de inschrijving in de aanvullende verzekering zonder dat daartoe opzegging is vereist:
- met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer als verplicht verzekerde bij het ziekenfonds is ingeschreven;
 - 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;
 - vanaf de eerste dag van de maand waarin de verzekerde schuldig nalatig is ten aanzien van de betaling van de door hem verschuldigde premies;
 - terstond wanneer niet wordt voldaan aan het gestelde in artikel 2.2 van deze verzekeringsvoorwaarden;
 - bij overlijden van de verzekerde.
- 9.2 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 2.5 genoemde periode van 1 kalenderjaar;
 - bij wijziging van de premie- en/of verzekeringsvoorwaarden (niet zijnde een verruiming of verbetering van de voorwaarden of een wijziging voortvloeiend uit een dwingend opgelegde overheidsmaatregel), als de verzekerde binnen 30 dagen, nadat de wijziging van de voorwaarden hem bekend is gemaakt, schriftelijk te kennen heeft gegeven de verzekeringsovereenkomst te willen beëindigen.

10

Artikel 10 Onrechtmatige inschrijving

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

Artikel 11 AV-Basis, omvang van de dekking

- 11.1 **Brilmonturen**
- 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;
 - Leesbrillen, waarvan de kosten van montuur en glazen tezamen minder dan € 50,- bedragen, worden niet vergoed;
 - Vergoeding geschiedt tegen inlevering van de originele nota waarop de opticien de sterkte van de glazen heeft vermeld.

11.2 Buitenlanddekking (spoedeisende hulp)

Volledige vergoeding van kosten van spoedeisende geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf (maximaal 365 achtereenvolgende dagen) in het buitenland (werelddekking) op basis van kostprijs (laagste klasse). De zorgverlening moet een verstrekking betreffen waarop bij verblijf in Nederland op basis van de Ziekenfondswet aanspraak zou kunnen worden gemaakt.

Als er sprake is van acute pijnklachten en direct noodzakelijke zorg, volledige vergoeding van tandheelkundige zorg.

Volledige dekking van repatriëringkosten 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.

Op basis van kostprijs het vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

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.

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 en voldoende gespecificeerde nota's. Eventuele betalingsbewijzen dienen te worden meegezonden.

Vergoeding van de kosten van hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland, zoals hierboven beschreven in artikel 11.2, geschiedt met de beperking dat, als zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden 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 aanspraak zou kunnen maken. 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.

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

- vermeld op de originele nota duidelijk het verzekerdennummer van degene die is behandeld;
 - het land waar de kosten zijn gemaakt;
 - de soort valuta waarin de nota werd uitgeschreven.
- Betalingsbewijzen dienen te worden meegezonden.

11.3 **Camouflagetherapie**

Een bijdrage van 75% in de kosten van de lessen gegeven door een huidtherapeut en de in het kader van de behandeling noodzakelijk te gebruiken materialen. Vergoeding vindt alleen plaats als de behandeling beperkt blijft tot het gelaat en/of de hals. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

11.4 **Cursussen regionale thuiszorgorganisaties**

Deelname aan de volgende cursussen:

- blaastraining;
- fibromyalgie: hoe verder?;
- omgaan met hyperventilatie;
- eerste hulp bij kinderongelukjes;
- lage rugklachten;
- omgaan met spanningen/stress;
- stoppen met roken;
- voeding en beweging.

12

Per cursusdagdeel bedraagt de eigen bijdrage € 4,50.

Aanmelding dient te geschieden via de betreffende regionale thuiszorgorganisatie.

Vergoeding van deelname aan vergelijkbare cursussen buiten Friesland geschiedt tot maximaal de door verzekeraar overeengekomen kostprijs met de regionale thuiszorgorganisaties in Friesland.

11.5 **Elektrische epilatie**

Op basis van een door de huisarts gemotiveerde aanvraag kan aan vrouwelijke verzekerden een vergoeding worden verleend voor elektrische epilatie, een epilight- of laserbehandeling. Vergoeding vindt alleen plaats als de behandeling beperkt blijft tot het gelaat en/of de hals. De vergoeding bedraagt 75% van de kosten tot een maximum van € 910,-. 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 vrijgevestigd huidtherapeut. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

11.6 **Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck**

In aansluiting op de vergoeding uit de hoofdverzekering, kunnen vanaf de 10e respectievelijk de 19e behandeling de medisch noodzakelijke behandelingen worden vergoed. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

11.7 **Hulpmiddelen (verlenging uitlootermijn)**

Verlenging van maximaal 6 maanden als aanvulling op de wettelijke uitlootermijn van hulpmiddelen verstrekt door regionale thuiszorgorganisaties in het kader van de AWBZ.

De financiële afwikkeling geschiedt rechtstreeks tussen verzekeraar en de betreffende regionale thuiszorgorganisatie.

11.8 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.

11.9 Kraamzorg (uitgestelde zorgverlening thuissituatie) en postnatale gymnastiek

11.9.1 Deze extra service maakt deel uit van De Friesland Kraamservice (kraamzorg in natura). Deze wordt uitgevoerd door verzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisaties. De Friesland Kraamservice is bereikbaar via telefoonnummer (0800) 022 19 20.

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.

11.9.2 Postnatale gymnastiek

Vanaf 1 juni 2002 bestaat recht op vergoeding van de kosten van deelname aan de cursus postnatale gymnastiek. Aanmelding hiervoor dient plaats te vinden via de regionale thuiszorgorganisaties. Vergoeding van deelname aan vergelijkbare cursussen buiten Friesland vindt plaats tot maximaal de door verzekeraar overeengekomen kostprijs met de thuiszorgorganisaties in Friesland. Per cursusdagdeel is een eigen bijdrage verschuldigd van € 4,50.

11.10 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.

11.11 Kuurbehandelingen (reuma- en Bechterewpatiënten)

Op basis van een door de behandelend reumatoloog gemotiveerde aanvraag kan eenmaal per verzekerde per kalenderjaar toestemming worden verleend voor een complexe kuurbehandeling van 3 weken in Pišťany, (Slowakije). De eigen bijdrage bedraagt per kuurperiode € 225,-. 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.

11.12 **Levertransplantatie (bijkomende kosten)**

Bijkomende kosten van levertransplantaties worden gedeeltelijk vergoed. Hieronder vallen o.a.:

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

11.13 **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 € 85,- per dag alsmede een bedrag van € 25,- zijnde de kosten van intake.

De uitvoering van deze regeling geschiedt door gekwalificeerde vrijwilligers van de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten.

Nadere informatie over deze hulpverlening kan worden ingewonnen via telefoonnummer (058) 291 38 14.

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

Reuma- en Bechterewpatiënten 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.

14

11.15 **Peeling na ernstige acne**

Op basis van een verwijzing door de huisarts een bijdrage van 75% van de kosten van behandeling door een 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.

11.16 **Pensionkosten (o.a. Ronald McDonaldhuizen)**

Voor het verblijf in een Ronald McDonaldhuis, Kiwanishuis of daarmee ter beoordeling van verzekeraar gelijk te stellen instellingen, bedraagt de vergoeding maximaal € 15,- per overnachting.

Vergoeding geldt voor alle vestigingen binnen Nederland.

Vergoeding geschiedt slechts als zowel de patiënt als het bezoekend gezinslid bij verzekeraar staan ingeschreven.

11.17 **Plasweccker**

Eenmalige vergoeding van de aanschaf- of huurprijs tot een maximum van € 70,-. Vergoeding geschiedt op basis van een voorschrift van de huisarts en na voorafgaande toestemming.

Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

11.18 **Podotherapie**

Op verwijzing door de huisarts of specialist bedraagt de vergoeding 75% van de kosten met een maximum van € 115,- per verzekerde per kalenderjaar inclusief alle in het kader van de behandeling noodzakelijk te gebruiken hulpmiddelen. De behandeling dient te geschieden door een podotherapeut. Als indicaties gelden ernstige vaatstoornissen en/of ernstige afwijkingen van het bewegingsapparaat van de voeten.

11.19 Prismabril (voorschrift)

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

11.20 Psychologische zorg verleend door Het Behouden Huys (alleen voor oncologische patiënten)

Begeleiding en psychologische zorg verleend aan kankerpatiënten in Het Behouden Huys te Haren (Gr). Na voorafgaande toestemming vergoeding van 80% van de kosten tot een maximum van € 575,- per verzekerde per kalenderjaar. Vergoeding van deze behandeling kan niet in combinatie met de vergoeding van psychologische zorg (eerstelijnszorg) zoals bedoeld in artikel 12.5 (AV-Plus) en/of projecten in het kader van de zogenaamde flexizorg op basis van de Ziekenfondswet.

11.21 Reiskosten ziekenbezoek

Voor bezoek aan een in een ziekenhuis opgenomen (eigen) in- of uitwonend kind, echtgenoot, echtgenote of partner geldt een vergoedingsregeling van reiskosten, als o.a. 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;
- 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.

11.22 Sectie (directe kosten)

Op verzoek van de huisarts worden zowel de kosten van het vervoer van de thuis overledene naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis alsmede de kosten van de sectie volledig vergoed. De vervoerskosten van het stoffelijk overschot van ziekenhuis terug naar sterfhuis of opbaar ruimte, worden eveneens vergoed. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

11.23 Sportactiviteiten ex-hartpatiënten

In aansluiting op de revalidatieperiode na een hartinfarct of hartoperatie 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 een van de 8 HASPO-verenigingen in Friesland. De maximale vergoedingsperiode bedraagt 12 maanden. De organisatie en selectie van de deelnemers zijn opgedragen aan de desbetreffende HASPO-vereniging.

Vergoeding van deelname aan vergelijkbare activiteiten buiten Friesland geschiedt tot maximaal de door verzekeraar overeengekomen kostprijs met de HASPO-verenigingen in Friesland.

11.24 Sportarts/Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Consultatie en behandeling door een sportarts worden vergoed tot een maximum van € 175,- per verzekerde per kalenderjaar. Voor verzekerden van 35 jaar en ouder wordt eenmaal per 2 kalenderjaren een gericht sportmedisch onderzoek vergoed. Dit onderzoek dient gericht te zijn op de lichamelijke geschiktheid tot het beoefenen van een bepaalde sport. De vergoeding valt onder het hiervoor genoemde maximum. De kosten van bijvoorbeeld vliegers- of duikerskeuringen worden niet vergoed.

11.25 Steunzolen

Na een eenmalig medisch voorschrift eenmaal per verzekerde per kalenderjaar een vergoeding van maximaal € 25,-.

11.26 Stottertherapie volgens de methode Del Ferro of De Pauw

Na voorafgaande toestemming door verzekeraar; een vergoeding van maximaal € 575,-. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

11.27 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot en met 17 jaar

11.27.1 Kroon- en brugwerk

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.

16 11.27.2 Orthodontie verleend door een tandarts-algemeen practicus of orthodontist

Een vergoeding van 80% van de behandelkosten met een maximum van:

- € 1150,- voor de gehele behandeling met losse apparatuur;
- € 1600,- voor de gehele behandeling met partieel vaste apparatuur;
- € 2050,- voor de gehele behandeling met volledig vaste apparatuur.

Bij gecombineerde behandelingen bedraagt de totale vergoeding maximaal € 2050,- per verzekerde.

Voorafgaande toestemming door verzekeraar is vereist.

De vergoeding voor de gehele behandeling is per verzekerde eenmalig. 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.

Alle tandheelkundige verrichtingen dienen te worden uitgevoerd door een tandarts-algemeen practicus, orthodontist of (voor zover bevoegd) een tandprotheticus. Zorg verleend door een tandtechniker wordt niet vergoed.

11.28 Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar

11.28.1 Anesthesie

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

11.28.2 Consultatie en diagnostiek

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

Periodiek preventief onderzoek - UPT-code C12 - komt slechts eenmaal per verzekerde per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking.

Techniekkosten, de kosten van keuringsrapporten en niet nagekomen afspraken worden niet vergoed.

11.28.3 Chirurgie

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) voor zover deze niet worden gedekt op basis van de Ziekenfondswet.

11.28.4 Ongevalregeling voor verzekerden tot 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,-.

11.28.5 Parodontologie en preventie

11.28.5.1 Parodontologie

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).

17

11.28.5.2 Preventie

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 worden eveneens niet vergoed.

Voor parodontologie en preventie bedraagt de totale vergoeding maximaal € 455,- per verzekerde per kalenderjaar.

11.28.6 Prothetische zorg

11.28.6.1 Partiële (plaat)prothese 1 v/m 4 elementen: vaste vergoeding € 95,- per 4 kalenderjaren.

11.28.6.2 Partiële (plaat)prothese 5 v/m 13 elementen: vaste vergoeding € 115,- per 4 kalenderjaren.

11.28.6.3 Volledige boven- of volledige onder-, of volledige boven- en onderprothese.

Aanvullende uitkering ter hoogte van de in het kader van de Ziekenfondswet op basis van de Regeling hulpmiddelen 1996 verschuldigde eigen bijdrage.

11.28.6.4 Overkappingprothese; extra te berekenen voor elk overkapt element - UPT-code P29 - een vergoeding van 80% exclusief techniekkosten.

11.28.7 Rebasings van partiële plaat- of frameprothese

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

11.28.8 Reparatie van partiële plaat- of frameprothese

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

11.28.9 Röntgendiagnostiek

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

11.28.10 Vullingen (restauraties door middel van plastische materialen)

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

11.28.11 Wortelkanaalbehandelingen (pulpabehandeling/endodontie)

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

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 voor vergoeding in aanmerking. Dit betekent derhalve dat artikel 4.6 van deze verzekeringsvoorwaarden onverkort van toepassing is.

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, orthodontist of (voor zover bevoegd) een tandprotheticus. Nota's van zorg verleend door een tandtechniker worden niet vergoed.

11.29 Therapeutische kampen en ontspanningsoorden voor kinderen

Na voorafgaande toestemming, per medeverzekerd kind, een vergoeding van € 15,- per dag 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.

11.30 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 € 95,- per verzekerde per kalenderjaar.

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

Als een (mee)verzekerd 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.

Artikel 12 AV-Plus, omvang van de dekking

Boven de aanspraken genoemd in artikel 11 hebben verzekerden met een AV-Plus nog recht op de volgende onderdelen:

12.1 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: (voor zover verleend door een verpleegkundige of fysiotherapeut);
 - eerstelijns psychologische zorg; maximaal 8 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.
- c. chiropractie;
- d. haptonomie
- e. homeopathie;
- f. manuele geneeskunde/osteopathie;
- g. natuurgeneeswijzen; inclusief enzymtherapie en Moermantherapie.

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

- een acupuncturist, lid van de NVA 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 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 Registratieraad Osteopathie.

19

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

Antroposofische en/of 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.

De vergoeding bedraagt 75% met een maximum van € 345,- per verzekerde per kalenderjaar en geldt voor consulten, behandelingen, antroposofische en/of geregistreerde homeopathische middelen en antroposofische therapieën tezamen.

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.

12.2 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 contactlenzen geschiedt uitsluitend tegen inlevering van de originele betaalde nota, waar het voorschrift van arts of opticien is bijgevoegd.

Vermeld voor een snelle uitbetaling altijd duidelijk op de nota het verzekerdennummer van degene voor wie de glazen/lenzen zijn bestemd.

12.3 **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.

12.4 **Preventie**

Ten behoeve van verblijf in het buitenland bestaat recht op vergoeding van preventieve middelen tegen de volgende ziektes: cholera, difterie-tetanus-polio (DTP), gele koorts, hepatitis A en B, malaria en tyfus.

12.5 **Psychologische zorg (eerstelijnszorg)**

Na voorafgaande toestemming, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden, bestaat recht op vergoeding van maximaal € 425,- per verzekerde per kalenderjaar voor zover de hulp wordt verleend door een vrijgevestigd eerstelijns psycholoog. Toestemming kan uitsluitend worden verleend op basis van een door de huisarts verstrekte motivatie. Per zitting wordt maximaal € 42,50 vergoed. Deze regeling is slechts van toepassing op zeer kort durende behandelingen - volgens de definities van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) - maximaal 15 zittingen. Niet afgezegde afspraken komen voor rekening van verzekerde. De behandelend eerstelijns psycholoog dient ten opzichte van verzekerde 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 (Het Behouden Huys) zoals bedoeld in artikel 11.20 (AV-Basis) en/of projecten in het kader van de zogenaamde flexizorg op basis van de Ziekenfondswet.

12.6 **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:*)

Bagage (onderstaande bedragen gelden per verzekerde tenzij anders staat aangegeven)

- foto-, film-, video- en computerapparatuur € 910,-
- sieraden en bont € 230,-
- horloges € 230,-
- (zonne)brillen, contactlenzen, prothesen € 230,-
- fietsen € 345,-
- autoslede-radio € 230,-
- opblaasbare/vouwbare boten, zeilplanken, kano's en toebehoren € 250,-

- (auto)telecommunicatie-apparatuur € 230,-
- beeld- en geluidsdragers € 95,-
- op reis meegenomen geschenken € 250,-
- tijdens de reis aangeschafte voorwerpen € 250,-
- reisdocumenten kostprijs

De bagagedekking per polis bedraagt maximaal € 2750,- en er is een standaard eigen risico van € 65,- per verzekerde, respectievelijk per gezin.

Ongevallenuitkering

bij overlijden:

- personen van 0 t/m 15 jaar € 2275,-
- personen van 16 t/m 69 jaar € 11.500,-
- personen van 70 jaar en ouder € 2275,-

bij algehele, blijvende invaliditeit:

- personen van 0 t/m 15 jaar € 56.750,-
- personen van 16 t/m 69 jaar € 45.500,-
- personen van 70 jaar en ouder € 2275,-

Vervangend vervoer

Door pech of ongeval kunnen auto, motor, caravan of (brom)fiets onbruikbaar worden. Deze reisverzekering dekt dan de extra kosten van een vervangend voertuig tot maximaal 21 dagen en tot de volgende bedragen per dag:

- per object maximaal € 70,-
- echter voor (brom)fiets, per dag € 12,-

21

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,-: € 345,-

Telecommunicatiekosten

Maximaal € 115,- (gesprekken met 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.

12.7 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.

Artikel 13 AV-Tand Extra

13.1 Verzekeringsvoorwaarden AV-Tand Extra

13.1.1 Alle bij de verzekeraar aangesloten verzekerden van 18 jaar en ouder, komen in aanmerking voor de verzekering voor zover aan het gestelde in artikel 2 is voldaan. Inschrijving in de AV-Tand Extra geschiedt op individuele basis.

13.1.2 Voor zover in deze voorwaarden daarvan niet is afgeweken, zijn de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen AV-Basis en AV-Plus van toepassing behoudens de artikelen 11 en 12.

13.2 Omvang van de dekking

13.2.1 Bleken van elementen

Vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) exclusief techniek- of materiaalkosten.

13.2.2 Frameprothesen

1 1/m 4 elementen: een vaste vergoeding van € 275,-;
5 1/m 13 elementen: een vaste vergoeding van € 365,-.

13.2.3 Initiële gnathologie

Vergoeding van 80% van de volgende verrichtingen:

- beetbepaling;
- gedocumenteerde verwijzing gnathologie;
- gemodificeerde splint (inclusief techniekkosten);
- instructie spieroefening;
- relaxatie of stabilisatie splint (inclusief techniekkosten);
- repositiesplint (inclusief techniekkosten);
- uitgebreid functieonderzoek;
- vervolgccontrole.

13.2.4 Kronen en bruggen en wortelkappen met stift

13.2.4.1 Kronen en bruggen

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 geldt voor techniekkosten de volgende vergoeding:

- labiale porseleinen veneering; € 95,- per veneering;
- etsbrug; € 95,- per brug;
- UDA-brug; € 95,- per brug.

Per verzekerde worden per kalenderjaar maximaal 4 kronen vergoed.

13.2.4.2 Wortelkap met stift

Een maximale vergoeding van € 95,- per verzekerde per kalenderjaar. Van de UPT-codes P32/P33 wordt 80% exclusief techniek- en materiaalkosten vergoed.

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

13.2.5 Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Na voorafgaande toestemming door verzekeraar bestaat recht op een eenmalige vergoeding van een nieuw ingezette orthodontische behandeling tot een maximum van € 365,-. Er mag dus geen sprake zijn van een voortgezette behandeling zoals bedoeld is in artikel 11.27.2 (AV-Basis). De behandeling dient functioneel te zijn en mag niet onnodig kostbaar of ondoelmatig zijn.

13.2.6 Preventie

Mondbeschermer 80% inclusief techniekkosten.

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, orthodontist of (voor zover bevoegd) een tandprotheticus. Nota's van zorg verleend door een tandtechniker worden niet vergoed.

Artikel 14 Geschillen

14.1 Geschillen die voortvloeien uit deze verzekeringsovereenkomst, dienen binnen drie maanden na het ontstaan van 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;

23

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

Artikel 15 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.

Artikel 16 Slotbepaling

16.1 De statuten en het huishoudelijk reglement van verzekeraar liggen ter inzage bij de hoofdvestiging van verzekeraar, Harlingertrekweg 55, 8913 HR te Leeuwarden en worden op verzoek aan verzekerde beschikbaar gesteld.

16.2 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.

- 16.3 In niet in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde gevallen, voor zover daarin niet wordt voorzien bij of krachtens de wet, beslist het bestuur van verzekeraar.
- 16.4 Bij de uitvoering van de aanvullende verzekering is het Nederlandse recht van toepassing.



De Friesland Zorgverzekeraar Harlingertrekweg 53 Postbus 270 8901 BB Leeuwarden
Tel: (058) 291 31 31 Fax: (058) 215 37 59 Internet: www.defriesland.nl