

Verzekeringsvoorwaarden OptiePolis: Optie Basis, Optie Extra en Optie Compleet

Verzekeringsvoorwaarden ingaande 1 januari 2005.

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

Inhoud

Index vergoedingen	2
Algemene informatie	4
1. Begripsomschrijvingen	6
2. Dekking Optie Basis	11
3. Dekking Optie Extra	20
4. Dekking Optie Compleet	27
5. Dekking reisverzekering	33
6. Bijzondere bepalingen	34
7. Uitsluitingen	35
8. Algemeen	37
9. Inschrijving	37
10. Verplichtingen van de verzekeringnemer	38
11. Regeling van de uitkering, aansprakelijkheid van derden en verval van recht op uitkering	39
12. Ingang, duur en einde van de verzekering	40
13. Premiebetaling	41
14. Herziening van premie en voorwaarden	42
15. Registratie persoonsgegevens	43
16. Fraude	44
17. Geschillen	44
18. Slotbepaling	44

Optie Basis

Artikel *Soort verstrekking*

- 2.1.1 Audiologische zorg
- 2.1.2 Beademing (chronisch intermitterend)
- 2.1.3 Bevalling in een ziekenhuis op medische indicatie
- 2.1.4 Buitenland (spoedeisende geneeskundige zorg)
- 2.1.5 Dagverpleging in een ziekenhuis
- 2.1.6 Diëtist
- 2.1.7 Erfelijkheidsonderzoek
- 2.1.8 Farmaceutische zorg
- 2.1.9 Herstellingsoorden
- 2.1.10 Huisartsenzorg
- 2.1.11 Hulpmiddelen
- 2.1.12 Leukemie bij kinderen
- 2.1.13 Nierdialyse
- 2.1.14 Orgaantransplantaties
- 2.1.15 Psychologische zorg (kortdurend bij oncologische patiënten)
- 2.1.16 Reconstructieve (plastische) chirurgie
- 2.1.17 Revalidatie
- 2.1.18 Second opinion
- 2.1.19 Specialistische zorg (niet-klinische zorg)
- 2.1.20 Sportarts/Sport Medisch Adviescentrum (SMA)
- 2.1.21 Sterilisatie en abortus
- 2.1.22 Tandheeskundige zorg
- 2.1.23 Trombosedienst
- 2.1.24 Zelfstandige behandelcentra
- 2.1.25 Ziekenhuisopname voor onbepaalde duur in de derde klasse
- 2.1.26 Ziekenvervoer

Optie Extra

Artikel *Soort verstrekking*

- 3.1 Alternatieve geneeswijzen
- 3.2 Bevalling en kraamzorg
- 3.3 Camouflagetherapie
- 3.4 Epilatie
- 3.5 Ergotherapie (extramuraal)
- 3.6 Fertiliteitbevorderende behandelingen
- 3.7 Fysiotherapie en oefentherapie

(Vervolg Optie Extra)

- 3.8 In vitro fertilisatie (IVF-behandeling)
- 3.9 Logopedie
- 3.10 Lymfedrainage
- 3.11 Pedicure
- 3.12 Peeling na ernstige acne
- 3.13 Plaswekker
- 3.14 Podotherapie
- 3.15 Postnatale gymnastiek
- 3.16 Preventie
- 3.17 Psoriasisbehandeling
- 3.18 Psychiatrische zorg (eigen bijdrage AWBZ)
- 3.19 Stottertherapie
- 3.20 Tandheelkundige zorg
- 3.21 Therapeutische kampen/ontspanningsoorden voor kinderen
- 3.22 UV-B lichtbehandeling

Optie Compleet

Artikel Soort verstrekking

- 4.1 Alternatieve geneeswijzen
- 4.2 Bevalling en kraamzorg
- 4.3 Brillenglazen, contactlenzen en brilmonturen
- 4.4 Cursussen regionale thuiszorgorganisaties
- 4.5 Ergotherapie (extramuraal)
- 4.6 Fysiotherapie en oefentherapie
- 4.7 Kuurbehandeling (psoriasispatiënten)
- 4.8 Kuurbehandeling (reuma- en Bechterewpatiënten)
- 4.9 Mantelzorg (vervangende hulp)
- 4.10 Oefentherapie in extra verwarmd water voor reuma (RA) en Bechterewpatiënten
- 4.11 Pensionkosten
- 4.12 Preventie
- 4.13 Prismabril
- 4.14 Psychologische zorg
- 4.15 Reiskosten ziekenbezoek
- 4.16 Sportactiviteiten ex-hartpatiënten
- 4.17 Stottertherapie
- 4.18 Tandheelkundige zorg
- 4.19 Uitzending van zieken of gehandicapten
- 5 Dekking reisverzekering

Algemene informatie

Alarmcentrale

Voor hulpverlening zoals vermeld onder artikel 2.1.4 (Spoedeisende medische zorg in het buitenland) dient rechtstreeks contact te worden opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. De ANWB Alarmcentrale is dag en nacht, 7 dagen per week bereikbaar via het speciale toegangsnummer voor De Friesland: (070) 314 58 00. Vanuit het buitenland verschilt het toegangsnummer van land tot land. Kies daarom eerst het internationale toegangsnummer 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 plaats te vinden met de ANWB Alarmcentrale. Repatriëring dient uitgevoerd te worden 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 staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende 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 EU, de EER of Zwitserland. De exacte regeling is vermeld in artikel 2.1 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, Tsjechië, Spanje, Verenigd Koninkrijk (Groot Brittannië, Noord-Ierland en Gibraltar) en Zweden.

Lidstaten van de EER zijn:

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

Voor alle verzekerden van De Friesland 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 kraampakket bevat o.a. kraammatrassjes, kraamverband, steriele gaasjes, watten enz. Het kraampakket kan worden afgehaald in onze winkels.

Nostimos (letselschadehulp)

De Friesland werkt samen met Nostimos. Nostimos biedt hulp aan slachtoffers van verkeers- en bedrijfsongevallen, medische kunstfouten, geweldplegingen etc. De begeleiding heeft betrekking op juridisch, medisch, arbeidsdeskundig en financieel terrein. Aan het slachtoffer biedt De Friesland samen met Nostimos deskundig advies, hulp bij onderhandelingen en persoonlijke begeleiding. Voor nadere informatie, advies en aanmelding kan rechtstreeks contact worden opgenomen met Nostimos (050) 520 11 55 of (038) 4 25 40 80.

1 Begripsomschrijvingen

1.1 Verzekeraar

Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen U.A.

1.2 Adviserend tandarts

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

1.3 Apotheker

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

1.4 Audiologische zorg

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

1.5 Bedrijfsarts

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

1.6 Bijkomende kosten

De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) in rekening mogen worden gebracht.

1.7 Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

1.8 Dagverpleging

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

1.9 Diagnose Behandel Combinatie (DBC)

Een Diagnose Behandel Combinatie beschrijft door middel van een zogenaamde DBC-prestatiecode het afgesloten traject van medisch specialistische hulp. Dit traject 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.

1.10 Diëtist

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

1.11 Farmaceutische zorg

De bij ministeriële regeling aangewezen onderdelen van farmaceutische zorg, zoals verwoord in de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), alsmede het reglement Farmaceutische Zorg van De Friesland Zorgverzekeraar.

1.12 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).

1.13 Gezin

De op het bewijs van inschrijving vermelde verzekerden, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden, zulks ter beoordeling van de verzekeraar.

1.14 Herstellingsoord

Een in Nederland gevestigd herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg.

1.15 Huidtherapeut

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

1.16 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.

1.17 Hulpmiddelen

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

1.18 Kaakchirurg

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het Register voor Mondziekten en Kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

1.19 Kinderfysiotherapeut

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

1.20 Laboratoriumonderzoek

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

1.21 Logopedist

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

1.22 Manueel therapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, die als manueel therapeut geregistreerd staat in het register van de Nederlandse Vereniging van Manuele Therapie (NVMT).

1.23 Medisch adviseur/adviserend geneeskundige

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

1.24 Medische noodzaak

Onderzoek, verpleging of behandeling als gebruikelijk, noodzakelijk en doelmatig aan te merken, dit ter beoordeling van de medisch adviseur. In het kader van de gebruikelijkheid van de behandeling geldt dat deze door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk moet zijn bevonden.

1.25 Mondhygiënist

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

1.26 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.

1.27 Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis of daarmee gelijkgestelde inrichting, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend

in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

1.28 Orthodontist

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

1.29 Osteopaat

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

1.30 Pedicure

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

1.31 Podotherapeut

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

1.32 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een specialist, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels, toegelaten instelling voor revalidatie.

1.33 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.

1.34 Specialistische zorg

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

1.35 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.

1.36 Tandarts

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

1.37 Verzekerde

Ieder die als zodanig op het bewijs van inschrijving is vermeld.

1.38 Verzekeringnemer

Degeene die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraar is aangegaan.

1.39 Verzekeringsduur

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

1.40 Zelfstandig behandelcentrum

Een in Nederland gelegen centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

1.41 Ziekenhuis

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

1.42 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.

2 Dekking Optie Basis

De dekking van de Optie Basis omvat de aanspraken zoals genoemd in artikel 2; de dekking van de Optie Extra omvat de aanspraken genoemd in artikel 2 en artikel 3. De dekking van de Optie Compleet omvat de aanspraken genoemd in de artikelen 2, 3, 4 en 5.

2.1 Omvang van de dekking

Als en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt verzekeraar de kosten van de hierna genoemde en in Nederland ondergane medische behandelingen conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief met inachtneming van de Wet tarieven gezondheidszorg. Als geen tarief is overeengekomen vergoedt verzekeraar genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief. Als en voorzover verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van verzekeraar van het door verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde.

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 staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte (EER) en Zwitserland. 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 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 vergoedingsbedragen zijn deze evenzeer van toepassing op behandelingen in een andere EU-, EER- lidstaat 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 aanspraak op ziekenvervoer 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 geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland wordt geregeld in artikel 2.1.4.
- De zorgaanbieder moet voldoen aan kwalificaties die overeenkomen met hetgeen in Nederland gebruikelijk is.

2.1.1 Audiologische zorg

De kosten van zorg door een, daartoe conform de bij wet gestelde regels, toegelaten audiologisch centrum op voorschrift van de huisarts, kinderarts, keel- neus- en oorarts of bedrijfsarts.

2.1.2 Beademing (chronisch intermitterend)

De kosten verbandhoudend met mechanische beademing op voorschrift van een specialist in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

2.1.3 Bevalling in een ziekenhuis op medische indicatie

De verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse alsmede het honorarium voor verloskundige zorg en klinische specialistische zorg.

2.1.4 Buitenland (spoedeisende hulp)

De kosten van spoedeisende geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland zoals omschreven onder a t/m d:

- a. Kosten van spoedeisende geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf (maximaal 365 achter eenvolgende dagen) in het buitenland op basis van kostprijs en/of verzekerde klasse. Een en ander voorzover deze hulpverlening met toepassing van deze verzekeringsvoorwaarden in Nederland zou worden vergoed.
- b. Kosten van repatriëring op basis van kostprijs. Onder kosten van repatriëring wordt verstaan de 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.
- c. De kosten van vervoer van een stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland op basis van de kostprijs. In plaats hiervan kunnen in voorkomende gevallen de kosten van begraving of crematie ter plaatste worden vergoed.
- d. De kosten van hulpverlening uitgevoerd door de ANWB Alarmcentrale in verband met vervoer, medische begeleiding, toezending van medicijnen en/of hulpmiddelen, worden vergoed op basis van de kostprijs.

Voorwaarden van de buitenlanddekking:

- a. De hulpverlening dient een spoedeisend karakter te hebben en kan niet worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- b. De hulpverlening mag niet het gevolg zijn van de vooropgezette bedoeling om een behandeling te ondergaan.
- c. Bij vertrek naar het buitenland was behandeling niet te voorzien.
- d. 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 huisartsenzorg en apothekerszorg.
- e. De verzekerde, of een namens hem/haar handelende derde, heeft zo spoedig mogelijk, nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd de ANWB Alarmcentrale ingeschakeld.
- f. De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking, vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en voldoende gespecificeerde nota's. Betalingsbewijzen dienen te worden meegezonden.

Vergoeding van de kosten van hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland, zoals hierboven

beschreven 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 op de dag van het vaststellen van de uitkering.

2.1.5 Dagverpleging in een ziekenhuis

- a. De kosten van het medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis verbandhoudend met specialistische zorg of onderzoek.
- b. De bijkomende kosten.
- c. Het honorarium van de specialist.

2.1.6 Dieetadvisering

Vergeod worden de kosten van maximaal vier uur voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten per kalenderjaar per verzekerde, te verlenen door een diëtist. Er dient sprake te zijn van een verwijzing door de huisarts of tandarts.

2.1.7 Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door de huisarts of specialist. De zorg omvat het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verbandhoudende psychosociale begeleiding. Als noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de onderzochte andere persoon of diens verzekerder.

2.1.8 Farmaceutische zorg

2.1.8.1 De kosten van farmaceutische zorg, overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld alsmede het reglement Farmaceutische Zorg van De Friesland Zorgverzekeraar 2005, afgeleverd op voorschrift van een arts (de huisarts of specialist), tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apothekhoudend huisarts, tenzij verzekeraar anders bepaalt. De verzekeraar is bevoegd te bepalen dat de verzekerde per werkzame stof slechts aanspraak heeft op aflevering resp. vergoeding van door de verzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Indien verzekeraar van deze bevoegdheid gebruik maakt bestaat geen recht op vergoeding van enig ander geneesmiddel dat ook de voorgeschreven werkzame stof bevat doch niet is aangewezen, tenzij het aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde volgens de behandelend arts medisch

niet verantwoord is en de verzekeraar daartoe vooraf toestemming heeft verleend. Op de vergoeding van geneesmiddelen is het geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS) van toepassing.

De regeling Farmaceutische Zorg en het reglement Farmaceutische Zorg van De Friesland Zorgverzekeraar 2005 maken deel uit van deze voorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar.

2.1.8.2 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 € 35,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voor spiraaltsjes geldt eenmaal per 5 kalenderjaren een vergoeding ter hoogte van de kostprijs.

Voor vrouwelijke verzekerden jonger dan 21 jaar vindt vergoeding plaats volgens de regeling Farmaceutische Zorg (artikel 2.1.8.1.)

2.1.8.3 De kosten van dieetpreparaten worden vergoed, overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, na toestemming vooraf door verzekeraar. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.

2.1.8.4 Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

2.1.9 Herstellingsoorden

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.

2.1.10 Huisartsenzorg

Het honorarium van de huisarts, respectievelijk de door de dienstenstructuur, waarbij de huisarts is aangesloten, rechtsgeldig in rekening gebrachte kosten, alsmede de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of daarmee gelijkgestelde inrichting of laboratorium.

De vergoeding van het honorarium voor verloskundige hulp is geregeld onder artikel 2.1.3 (Optie Basis) resp. artikel 3.2 (Optie Extra) en artikel 4.2 (Optie Compleet).

2.1.11 Hulpmiddelen

2.1.11.1 De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen overeenkomstig de ministeriële regeling Hulpmiddelen (inclusief de maximumbedragen) en het Reglement hulpmiddelen De Friesland Zorgverzekeraar 2005. Dit reglement maakt deel uit van deze voorwaarden en is op aan-

vraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn; een en ander ter beoordeling van verzekeraar. Prothetische voorzieningen voor de onder- en/of bovenkaak (gebitsprothesen) - alsmede reparaties of aanpassingen hiervan - zijn van vergoeding uitgesloten.

2.1.II.2 Daar waar verzekeraar dit heeft aangegeven in het Reglement hulpmiddelen De Friesland Zorgverzekeraar 2005 is voor aanschaf, vervanging, herstel of bruikleen van het betreffende hulpmiddel tijdige voorafgaande toestemming vereist. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden. De algemene voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten zijn opgenomen in het Reglement hulpmiddelen De Friesland Zorgverzekeraar 2005.

Tevens worden vergoed de kosten van een steunpessarium.

2.1.II.3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling Hulpmiddelen en/of het Reglement hulpmiddelen De Friesland Zorgverzekeraar 2005 anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

2.1.I2 Leukemie bij kinderen

De kosten van de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

2.1.I3 Nierdialyse

De kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis of daarmee gelijkgestelde inrichting (klinisch of poliklinisch) als bij de verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet medische kosten overeenkomstig de regeling die door Zorgverkeeraars Nederland is vastgesteld, als en voorzover verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming heeft gegeven, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

2.1.I4 Organtransplantaties

De kosten van transplantatie van de volgende donororganen:

Huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart/long, nier/pancreas en lever (ortho-top). Tevens worden vergoed de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door verzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed. Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse, waarvoor hij/zij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling voorzover die behandeling verband houdt met de betreffende onder de dekking vallende organtransplantatie.

2.1.15 Psychologische zorg (kortdurend bij oncologische patiënten)

Na voorafgaande toestemming, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden, bestaat recht op vergoeding van maximaal € 575,- per verzekerde per kalenderjaar voorzover de hulp wordt verleend door een vrijgevestigd eerstelijns psycholoog. Toestemming kan uitsluitend worden verleend op basis van een door de behandelend specialist verstrekte motivatie. Deze regeling is slechts van toepassing op zeer kortdurende behandelingen (maximaal 10 zittingen). 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 Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en dient tevens de aanvullende opleiding tot KOP-psycholoog van de Integrale Kankercentra te hebben gevolgd.

2.1.16 Reconstructieve chirurgie

Na voorafgaande toestemming door verzekeraar, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden, vergoeding van de kosten van herstel van verminkingen ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

2.1.17 Revalidatie omvat:

2.1.17.1 De kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak als:

- a. Deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en;
- b. De verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen redelijkerwijs mogelijk is.

2.1.17.2 Revalidatie kan plaatsvinden:

- a. In een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.
- b. In een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

2.1.17.3 Vergoeding van de kosten, bedoeld onder artikel 2.1.17.1 en 2.1.17.2 vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer verzekeraar als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

2.1.18 Second opinion

Vergoeding van het honorarium voor het raadplegen van een andere specialist als de behandelend specialist een operatie of anderszins een ingrijpende therapie heeft voorgesteld.

2.1.19 Specialistische zorg (niet-klinische zorg)

- Het honorarium van een specialist voor onderzoek en/of behandeling op voorschrift van de huisarts of bedrijfsarts in een polikliniek of op een andere plaats waar de praktijk wordt uitgeoefend. Verwijzing door de bedrijfsarts is slechts toegestaan indien er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.
- De bijkomende kosten.
- Eén consult per specialisme per verzekerde per kalenderjaar ten huize van de verzekerde. Als de verzekeraar hierom vraagt dient een verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts, specialist of tandarts te worden overgelegd. Voor een eenmalig bezoek per kalenderjaar aan de oogarts behoeft geen verwijsbriefje te worden overgelegd.

2.1.20 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.

2.1.21 Sterilisatie en abortus

De kosten van sterilisatie en abortus in een ziekenhuis worden vergoed.
De kosten van hersteloperaties na sterilisatie worden niet vergoed.

2.1.22 Tandheelkundige zorg omvat:

2.1.22.1 Kaakchirurgische zorg

- Het honorarium van een op advies van de huisarts of tandarts geraadpleegde kaakchirurg voor chirurgische tandheelkundige behandeling niet zijnde parodontale zorg, of zorg ten behoeve van het plaatsen van implantaten die niet gepaard gaat met een opname;
- De bijkomende kosten.

2.1.22.2 Orthodontische zorg in bijzondere gevallen

De kosten van orthodontische zorg door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts in de volgende gevallen:

- Een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- of kaak- of verhemelte-spleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis).
- Een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lichamelijke ontwikkelingsstoornis (dysostosis cleido cranialis), waarbij een van de symptomen is een teveel aan gebitselementen met vertraagde of verstoorde doorbraak; een ernstige functionele kaak orthopedische afwijking ten gevolge van condylaire groeistoornissen.

De verzekeraar dient op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming te geven voor de behandeling.

2.1.22.3 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

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

- a. Het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste 10 dient te zijn.

- b. Een kaakgewrichtsafwijking (pijndysfunctiesyndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts-algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid.
- c. Een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dentoalveolair defect).
- d. Een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis).
- e. Een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro- of maxillo- of faciaaldefect).

In afwijking van hetgeen hierboven onder a. en c. is vermeld bestaat uitsluitend voor een verzekerde van jonger dan 18 jaar ook recht op vergoeding van de kosten die verband houden met beperkte vervanging van een of meerdere ontbrekende blijvende snijtanden en/of hoektanden als gevolg van het niet aangelegd zijn of als gevolg van een ongeval.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend als de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, vooraf toestemming heeft gegeven. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

2.1.23 Trombosedienst

De kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een specialist.

2.1.24 Zelfstandige behandelcentra

Na voorafgaande toestemming door verzekeraar, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden, worden de kosten van behandeling in een door de overheid erkend zelfstandig behandelcentrum vergoed.

2.1.25 Ziekenhuisopname voor onbepaalde duur in de derde klasse

a. De kosten van verpleging, specialistische of kaakchirurgische zorg en de bijkomende kosten. Als een kind vanwege borstvoeding in verband met verpleging van de moeder in een ziekenhuis verblijf moet houden, worden ook de verpleegkosten voor het kind vergoed voorzover het kind de leeftijd van 3 maanden nog niet heeft bereikt.

In het geval dat er sprake is van een verblijf in een ziekenhuis van meer dan 21 dagen, dient een verzoek tot voortgezet ziekenhuisverblijf bij verzekeraar te worden ingediend onder opgave van de reden van verdere medisch-specialistische behandeling en verblijf in een ziekenhuis. Op het moment dat niet langer gronden voor medisch-specialistische hulp in combinatie met verblijf in een ziekenhuis aanwezig zijn, dient dit direct aan verzekeraar gemeld te worden.

b. Opname voor bepaalde duur in het Nederlands Astma Centrum te Davos, Zwitserland. De kosten van onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum te Davos, als en voorzover de noodzaak tot opname is vastgesteld na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in een ziekenhuis in Nederland en verzekeraar op een desbetreffend verzoek voorafgaande toestemming heeft verleend. Deze toestemming geldt voor een periode van zes weken tenzij door verzekeraar anders is bepaald.

2.1.26 Ziekenvervoer

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland, als en voorzover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is, per ambulance, taxi, veerboot of auto en dat tevens rechtstreeks verband houdt met opneming in of ontslag uit een ziekenhuis, alsmede naar en van de plaats waar een behandeling plaatsvindt respectievelijk vervoer naar en van een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt opgenomen en/of behandeld.

Anders dan voor ambulancevervoer komt een bedrag van de eerste € 65,- per polis per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,25 per kilometer. De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen.

3 Dekking Optie Extra

Naast de aanspraken zoals hiervoor genoemd in artikel 2 omvat de Optie Extra de aanspraken zoals genoemd in artikel 3. Op een aantal onderdelen is de dekking van de Optie Extra ruimer. In die gevallen vervallen de artikelen zoals genoemd in artikel 2 en komen de in dit artikel genoemde rechten hiervoor in de plaats.

3.1 Alternatieve geneeswijzen:

3.1.1 Onder alternatieve geneeswijzen wordt verstaan een onderzoek of behandeling door:

- Een acupuncturist, lid van de NVA of NAAV of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze verenigingen 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 arts die praktiseert als homeopathisch arts.
- Een arts die praktiseert als antroposofisch arts.

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.
- Een arts die praktiseert als natuurarts.
- Een arts die enzymtherapie toepast.
- Een arts-fleboloog respectievelijk een arts-proctoloog.
- Een arts die de Moermantherapie toepast.

Onder alternatieve geneeswijzen is eveneens begrepen creatieve therapie mits verleend door een vrijgevestigd beeldend therapeut met voortgezette opleiding en lid van de NVPA/NVCT alsmede shiatsu therapie verleend door een lid van de NVST.

Tevens worden de kosten van antroposofische middelen en door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen geregistreerde homeopathische middelen, voorgeschreven door de hiervoor genoemde artsen of de huisarts en voorzover geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts, vergoed.

De vergoeding van alternatieve geneeswijzen bedraagt maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar en geldt voor consulten, behandelingen, therapieën, geregistreerde homeopathische middelen en antroposofische middelen tezamen.

Geen uitkering wordt gedaan voor Frischzellentherapie, ozontherapie, chelatietherapie, H₃-behandeling, behandeling volgens de yogaleer, magnetiseren, haptonomie en dergelijke.

3.1.2 Manuele geneeskunde/chiropractie/osteopathie

Manuele geneeskunde door een arts die als zodanig praktiseert, een manueel therapeut of osteopaat. Behandeling door een chiropractor voorzover lid van de Nederlandse Vereniging van Chiropractoren dan wel ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan dezelfde kwalificaties. Vergoeding van maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding bedraagt maximaal € 30,- per behandeling.

3.2 Bevalling en kraamzorg

Kraamzorg thuis, afgestemd op de behoefte van moeder en kind (zorg-op-maat). Kraamservice in natura wordt verleend in aansluiting op een bevalling in een ziekenhuis op medische indicatie, een poliklinische bevalling (zonder medische noodzaak) of een thuisbevalling. 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 de duur van maximaal 15 uren. Voor couveusekinderen is de termijn van 6 weken niet van toepassing. Bij adoptie van een baby jonger dan 6 maanden bestaat eveneens recht op maximaal 15 uren kraamzorg. De kosten van een bevalling op medische indicatie in een ziekenhuis worden vergoed. In geval van een poliklinische bevalling of thuisbevalling worden de kosten van het honorarium voor verloskundige zorg door de huisarts, verloskundige of specialist vergoed.

3.3 Camouflagetherapie

Vergoeding van de kosten van 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. De vergoeding is eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

3.4 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 oplopend tot maximaal € 910,- per verzekerde. Deze vergoeding is eenmalig 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 door verzekeraar gecontracteerde huidtherapeut. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

3.5 Ergotherapie (extramuraal)

De vergoeding omvat de kosten van advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 uren per kalenderjaar, op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten

huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

3.6 Fertiliteitbevorderende behandelingen

Vergoeding van de kosten van hormoonbehandelingen en kunstmatige inseminatie.

3.7 Fysiotherapie en oefentherapie

3.7.1 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,-.

3.7.2 De kosten van maximaal 9 behandelingen door een door verzekeraar gecontracteerde fysiotherapeut of 9 behandelingen door een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck per indicatie per verzekerde per kalenderjaar 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. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar. Als en voorzover geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, dan wel nogmaals 9 behandelingen kinderfysiotherapie.

Hiervoor is vooraf toestemming van verzekeraar noodzakelijk.

Als de verzekerde een indicatie heeft voor fysiotherapie dan wel oefentherapie Cesar of Mensendieck in verband met een chronische aandoening - overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/-Mensendieck, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, dan bestaat recht op vergoeding van het medisch noodzakelijk aantal behandelingen per indicatie. Hiervoor is vooraf toestemming vereist van verzekeraar. De regeling maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

3.7.3 Na voorafgaande toestemming door verzekeraar, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden, kan worden deelgenomen aan een specifiek programma dat is ontwikkeld ten behoeve van fibromyalgiepatiënten. 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 vervolg-

behandelingen fysiotherapie voor dezelfde indicatie in hetzelfde kalenderjaar. Voor dit programma geldt een eigen bijdrage van € 5,- per cursusdagdeel. 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.

3.8 In vitro fertilisatie (IVF-behandeling)

Na voorafgaande toestemming door verzekeraar wordt een tegemoetkoming gegeven in de kosten van een in vitro fertilisatie behandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Er dient sprake te zijn van een alom aanvaarde medische indicatie. Gedurende de gehele verzekeringsduur komen maximaal 3 pogingen per vrouwelijke verzekerde voor vergoeding in aanmerking. Per poging geldt een eigen bijdrage van € 360,-. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

3.9 Logopedie

De kosten van behandeling op voorschrift van de huisarts of specialist door een logopedist. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

3.10 Lymfedrainage

Vergoeding van de kosten van lymfedrainage door een daartoe door verzekeraar gecontracteerde fysiotherapeut of huidtherapeut. De hoogte van de vergoeding is geregeld in artikel 3.7.1.

3.11 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.

3.12 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 diabetici' of het certificaat 'reumatische voet'. Verzekerde dient bij de eerste nota een gemotiveerde verwijzing door de huisarts of specialist te overleggen.

3.13 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.

3.14 Podotherapie

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

3.15 Postnatale gymnastiek

Vergoeding van de kosten van deelname aan de cursus postnatale gymnastiek. Aanmelding hiervoor dient plaats te vinden via de door verzekeraar gecontracteerde 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 € 5,-.

3.16 Preventie

Vergoeding van de kosten van onderzoek door de huisarts van:

- het hart en/of bloedvaten;
- onderzoek naar prostaat-, baarmoederhals- of borstkanker;
- cholesterol test.

3.17 Psoriasisbehandeling

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 kuuroorden Nieuweschans of Groningen. De vergoeding bedraagt 90% van de behandelkosten met een maximum van 30 poliklinische behandelingen van 30 minuten.

3.18 Psychiatrische zorg (eigen bijdrage AWBZ)

Vergoeding van de ingevolge de AWBZ verschuldigde eigen bijdrage op poliklinische psychiatrische zorg. De eigen bijdrage voor behandelingen door het RIAGG of een psycholoog komt niet voor vergoeding in aanmerking.

3.19 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 Instituut Natuurlijk spreken. De vergoeding bedraagt maximaal € 800,- per verzekerde en heeft een eenmalig karakter. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

3.20 Tandheelkundige zorg omvat:

3.20.1 Tandheelkundige implantaten

De kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten die verbandhouden met het inbrengen daarvan in de kaak, doch uitsluitend als:

- De implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak.
- De implantaten dienen als steun voor een (overkapping)prothese.
- De implantaten door de kaakchirurg worden ingebracht.
- Verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, vooraf toestemming heeft gegeven.

Geen toestemming wordt gegeven als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. De vergoeding blijft bovendien beperkt tot het honorarium van de kaakchirurg, de anesthesist en de bijkomende kosten. De kosten van het aanbrengen van de meso-structuur op implantaten wordt niet vergoed.

3.20.2 Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden jonger dan 19 jaar:

3.20.2.1 Een vergoeding van 80% van de kosten tot maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar. Tevens worden op verwijzing door de tandarts de preventieve behandelingen door een vrijgevestigde mondhygiënist vergoed. Deze vergoeding telt mee voor het bereiken van het hiervoor genoemde maximum bedrag. De vergoeding zal niet meer bedragen dan de voor de tandarts algemeen-practicus geldende goedgekeurde CTG-tarieven.

3.20.2.2 Ongevallenregeling tandheelkundige zorg

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar bestaat recht op vergoeding van 80% van de kosten van tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval tot maximaal € 350,- en voorzover de dekking ingevolge 3.20.2.1 niet toereikend is. Voorafgaande toestemming is vereist, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden.

3.20.3 Orthodontische zorg

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar bestaat recht op vergoeding van de door de tandarts of orthodontist in rekening gebrachte bedragen tot een maximum van € 2100,-. De vergoeding, die in gedeelten kan worden uitbetaald, is eenmalig voor de gehele verzekeringsduur. Bij tijdelijke onderbreking van de verzekering (maximaal 12 maanden) wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

3.20.4 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap

Als door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor een behandeling noodzakelijk is, is de regeling zoals vermeld onder 3.20.2.1 niet van toepassing maar geldt de volgende regeling:

Na vooraf verleende goedkeuring door verzekeraar wordt 80% van de kosten, in rekening gebracht door een tandarts, vergoed op basis van het goedgekeurde tarief per behandelingsuur met een maximum van € 700,- per verzekerde per kalenderjaar.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor de verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze regeling is niet van toepassing op de behandeling van extreem angstige personen. Het aanvraagformulier voor de machtiging wordt op verzoek door verzekeraar verstrekt.

3.21 Therapeutische kampen/ontspanningsoorden voor kinderen

Na voorafgaande toestemming per meeverzekerd 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 ontspanningsoord blijkt.

3.22 UV-B lichtbehandeling

Na een gemotiveerde aanvraag door de huidarts, kan aan psoriasispatiënten toestemming worden verleend om in de thuissituatie een UV-B lichtbehandeling te ondergaan.

Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

4 Dekking Optie Compleet

Naast de aanspraken zoals hiervoor genoemd in artikel 2 en 3 omvat de Optie Compleet de aanspraken zoals genoemd in artikel 4 en 5. Op een aantal onderdelen is de dekking van de Optie Compleet ruimer. In die gevallen vervallen de artikelen zoals genoemd in artikel 2 en 3 en komen de in dit artikel genoemde aanspraken hiervoor in de plaats.

4.1 Alternatieve geneeswijzen

4.1.1 Onder alternatieve geneeswijzen wordt verstaan een onderzoek of behandeling door:

- Een acupuncturist, lid van de NVA of NAAV of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze verenigingen 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 arts die praktiseert als homeopathisch arts.
- Een arts die praktiseert als antroposofisch arts.

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.
- Een arts die praktiseert als natuurarts.
- Een arts die enzymtherapie toepast.
- Een arts-fleboloog respectievelijk een arts-proctoloog.
- Een arts die de Moermantherapie toepast.
- 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.

Onder alternatieve geneeswijzen is eveneens begrepen creatieve therapie mits verleend door een vrijgevestigd beeldend therapeut met voortgezette opleiding en lid van de NVPA/NVCT alsmede shiatsu therapie verleend door een lid van de NVST.

Tevens worden de kosten van antroposofische middelen en door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen geregistreerde homeopathische middelen, voorgeschreven door de hiervoor genoemde artsen of de huisarts en voorzover geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts, vergoed.

De vergoeding van alternatieve geneeswijzen bedraagt maximaal € 750,- per verzekerde per kalenderjaar en geldt voor consulten, behandelingen, therapieën, geregistreerde homeopathische middelen en antroposofische middelen tezamen.

Geen uitkering wordt gedaan voor Frischzellentherapie, ozontherapie, chelatietherapie, H₃-behandeling, behandeling volgens de yogaleer, magnetiseren en dergelijke.

4.1.2 Manuele geneeskunde/chiropractie/osteopathie

Manuele geneeskunde door een arts die als zodanig praktiseert of een manueel therapeut of osteopaat. Behandeling door een chiropractor voorzover lid van de Nederlandse Vereniging van Chiropractoren dan wel ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan dezelfde kwalificaties. Vergoeding van maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding bedraagt maximaal € 35,- per behandeling.

4.2 Bevalling en kraamzorg

Kraamzorg thuis, afgestemd op de behoefte van moeder en kind (zorg-op-maat). Kraamservice in natura kan worden verleend in aansluiting op een bevalling in een ziekenhuis op medische indicatie, een poliklinische bevalling (zonder medische noodzaak) of een thuisbevalling. 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 de duur van maximaal 15 uren. Voor couveusekinderen is de termijn van 6 weken niet van toepassing. Bij adoptie van een baby jonger dan 6 maanden bestaat eveneens recht op maximaal 15 uren kraamzorg. De kosten van een bevalling op medische indicatie in een ziekenhuis worden vergoed. In geval van een poliklinische bevalling of thuisbevalling worden de kosten van het honorarium voor verloskundige zorg door de huisarts, verloskundige of specialist vergoed.

4.3 Brillenglazen, contactlenzen en brilmonturen

4.3.1 Brillenglazen en contactlenzen

Per 3 kalenderjaren een vergoeding van 30% van de kosten tot een maximum van € 140,-. De sterkte van één van de brillenglazen/contactlenzen 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. Voor de vergoeding van wegwerplenzen is slechts eenmalig het voorschrift van arts of opticien vereist.

4.3.2 Brilmonturen

Eenmaal per 3 kalenderjaren een vergoeding van maximaal € 25,- als de sterkte van één van de bijbehorende glazen tenminste 0,25 dioptrieën bedraagt of er is een prismatische correctie in aangebracht. Voor leesbrillen, waarvan de kosten van montuur en glazen tezamen minder dan € 50,- bedragen vindt geen vergoeding plaats. Het voorschrift van arts of opticien dient bij de nota te worden gevoegd.

4.4 Cursussen regionale thuiszorgorganisaties

Deelname aan de volgende cursussen:

- blaasstraining;
- omgaan met hyperventilatie;
- eerste hulp bij kinderongelukjes;
- lage rugklachten;
- omgaan met spanningen en stress;
- stoppen met roken;
- voeding en beweging.

Per cursusedagdeel is een eigen bijdrage van € 5,- verschuldigd.

Aanmelding dient plaats te vinden via de door verzekeraar gecontracteerde regionale thuiszorgorganisaties. Vergoeding van deelname aan vergelijkbare cursussen buiten Friesland vindt plaats tot maximaal de door verzekeraar overeengekomen kostprijs met de thuiszorgorganisaties in Friesland.

4.5 Ergotherapie (extramuraal)

De vergoeding omvat de kosten van advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 uren per kalenderjaar, op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

4.6 Fysiotherapie en oefentherapie

4.6.1 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, kindersfysiotherapie, 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,-.

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

4.6.3 Na voorafgaande toestemming door verzekeraar, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden, kan worden deelgenomen aan een specifiek programma dat is ontwikkeld ten behoeve van fibromyalgiepatiënten. 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 cursusedagdeel.

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.

4.7 Kuurbehandeling (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, max. 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 een kuurreis naar Israël gebruik kan maken.

4.8 Kuurbehandeling (Reumatoïde artritis- en Bechterewpatiënten)

Op basis van een gemotiveerde aanvraag van de huisarts en de behandelend reumatoloog kan eenmaal per verzekerde per kalenderjaar toestemming worden verleend voor het ondergaan van een complete kuurbehandeling van drie weken in Piěstany (Slowakije).

Voorafgaande toestemming is vereist. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden. Per kuur is een eigen bijdrage van € 300,- verschuldigd. Per kalenderjaar geldt een beperking van het aantal verzekerden dat van deze groepskuurreizen gebruik kan maken.

4.9 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.

4.10 Oefentherapie in extra verwarmd water voor reuma (RA) en Bechterewpatiënten

Patiënten met reumatoïde artritis of Bechterew hebben recht op tegemoetkoming in de kosten van oefentherapie in verwarmd water. Organisatie, selectie en financiële afhandeling zijn opgedragen aan de reumapatiëntenverenigingen in Friesland, te weten de RPV Drachten, de RPV Leeuwarden, de RPV Ooststellingwerf, de RPF Súdwest Fryslân en de RPV Weststellingwerf. Vergoeding van deelname aan vergelijkbare therapieën buiten Friesland geschiedt tot maximaal de door verzekeraar overeengekomen kostprijs met patiëntenorganisaties in Friesland.

4.11 Pensionkosten

Vergoeding van de kosten van het verblijf in een Ronald McDonald Huis, Kiwanishuis of daarmee ter beoordeling van verzekeraar gelijk te stellen instellingen.

Vergoeding geldt voor alle vestigingen binnen Nederland en geschiedt slechts als zowel de

patiënt als het bezoekend gezinslid bij verzekeraar staan ingeschreven en de patiënt is verzekerd voor het onderdeel pensioenkosten.

4.12 Preventie:

4.12.1 Preventie

Vergoeding van de kosten van onderzoek door de huisarts van:

- het hart en/of bloedvaten;
- onderzoek naar prostaat-, baarmoederhals- of borstkanker;
- cholesterol test.

4.12.2 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. Voorzover deze middelen door de GGD worden verstrekt komen ook de kosten van het consult door de GGD voor vergoeding in aanmerking.

4.13 Prismabril

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

4.14 Psychologische zorg:

Deze vergoedingsregeling is slechts van toepassing op zeer 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 hulp 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.

4.15 Reiskosten ziekenbezoek

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

- zowel patiënt als het bezoekend gezinslid staat ingeschreven bij verzekeraar;
- patiënt heeft een verzekeringsvorm bij verzekeraar waarin dit onderdeel gedekt is;
- de totale verpleegduur overschrijdt een periode van 1 maand.

Vergoedingsregeling:

- de vergoeding gaat pas in vanaf de 2e maand van verpleging;
- vergoeding van reiskosten geschiedt op basis van openbaar vervoer tweede klas, of bij 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.

4.16 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 van 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.

4.17 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 Instituut Natuurlijk spreken. De vergoeding bedraagt maximaal € 1250,- per verzekerde en heeft een eenmalig karakter. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

4.18 Tandheelkundige zorg omvat:

4.18.1 Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 19 jaar

Een vergoeding van 100% van alle UPT-verrichtingencodes inclusief techniekkosten. De vergoeding voor orthodontie is geregeld in artikel 4.18.3.

4.18.2 Tandheelkunde voor verzekerden van 19 jaar tot 27 jaar

Een vergoeding van 100% van alle UPT-verrichtingencodes inclusief techniekkosten. De maximale vergoeding bedraagt € 910,- per verzekerde per kalenderjaar.

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.

4.18.3 Orthodontische zorg voor personen jonger dan 19 jaar

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar bestaat recht op vergoeding van behandeling door de tandarts-algemeen practicus of orthodontist. De vergoeding, die in gedeelten kan worden uitbetaald, is eenmalig voor de gehele verzekeringsduur. Bij tijdelijke onderbreking van de verzekering (maximaal 12 maanden) wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

4.18.4 Orthodontische zorg voor personen vanaf 19 jaar

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 als bedoeld in artikel 4.18.3. Deze vergoeding is eenmalig en geldt voor de gehele verzekeringsduur. Bij tijdelijke onderbreking van de verzekering van 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.

4.18.5 Ongevallenregeling tandheelkundige zorg

Voor verzekerden van 19 jaar tot 27 jaar bestaat recht op vergoeding van 80% van de kosten van tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval tot maximaal € 700,- en voorzover de dekking ingevolge 4.18.2 niet toereikend is. Voorafgaande toestemming is vereist, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden.

4.19 Uitzending van zieken of gehandicapten

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

5 Dekking reisverzekering

Reisverzekering met Europa-dekking; exclusief medische kosten (alleen van toepassing in combinatie met de Optie Compleet)

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 te worden gemeld door toezending van de desbetreffende meldingskaart, waarna een aparte polis alsmede de op de reisverzekering van toepassing zijnde specifieke voorwaarden voor deze verzekering worden 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*):

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,-
- Autoslede-radio	€ 250,-
- (Auto)telecommunicatie-apparatuur	€ 250,-
- Beeld- en geluidsdragers	€ 100,-

- Tijdens de reis aangeschafte voorwerpen € 250,-
- Op reis meegenomen geschenken € 250,-
- Reisdocumenten kostprijs

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;
- overige onvoorziene uitgaven aanvullend tot kostprijs;
- verblijfkosten per verzekerde per dag maximaal € 50,-.

Schade aan logies/verblijven

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

Telecommunicatiekosten

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

Hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale

Aanvullend tot kostprijs.

**) Dit betreft een globaal overzicht van de dekking van de reisverzekering. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend. De volledige voorwaarden worden toegezonden nadat de reisverzekering is geactiveerd. Uiteraard zijn de volledige voorwaarden op aanvraag verkrijgbaar.*

6 Bijzondere bepalingen

6.1 Eigen risico

De Optie Basis, Extra en Compleet kennen desgewenst de volgende gezins eigen risico's: € 225,-; € 450,-; € 675,- en € 1125,-.

Als gekozen wordt voor een eigen risico is het volgende daarop van toepassing:

- De genoemde eigen risicobedragen gelden per polis; het eigen risico is afhankelijk van het aantal volwassenen (18 jaar of ouder) verzekerd op één polis. Bij verzekering van één volwassene geldt, ongeacht het aantal op de polis meeverzekerde kinderen tot 18 jaar, de helft van het eigen risico. Het aldus berekende eigen risico is van toepassing op alle op de polis verzekerde personen.
- Voor de bepaling van de hoogte van het eigen risico is de gezinssamenstelling op 1 januari van enig jaar bepalend; als de verzekering in de loop van een jaar ingaat is de ingangsdatum van de verzekering bepalend.
- Als het eerste verzekeringsjaar niet gelijk is aan het kalenderjaar wordt het eigen risico voor het resterende gedeelte verminderd met 1/12 deel voor iedere voor de ingangs-

datum verstreken volle maand van dat kalenderjaar. Het eigen risico zal echter tenminste € 30,- bedragen.

- Na vaststelling van de vergoeding wordt het uit te keren bedrag verminderd met het op de polis rustend eigen risico. Vergoeding vindt eerst plaats nadat het totaalbedrag van de vergoedingen het eigen risico heeft overschreden. De datum van behandeling is bepalend voor het jaar waarop het eigen risico betrekking heeft.
- Bij een doorlopende opname in een ziekenhuis, sanatorium of daarmee gelijkgestelde inrichting na 30 november van enig jaar en eindigend voor 1 februari van het daaropvolgende jaar is het eigen risico van het kalenderjaar waarin de opname plaatsvond van toepassing.
- De hoogte van het gewenste eigen risico kan slechts per 1 januari van enig jaar worden gewijzigd.
- Indien een behandeling in de vorm van een Diagnose Behandel Combinatie wordt gedeclareerd na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling is aangevangen, geldt het eigen risico dat van toepassing is in het jaar waarin het DBC traject is begonnen.

7 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

7.1 Als en voorzover door de verzekeringnemer of de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, regeling van overheidswege of een andere overeenkomst aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt.

7.2 Voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek, behoudens het bepaalde in artikel 3.18.

7.3 Voor onderzoek en behandeling door een psycholoog; behoudens het bepaalde in artikel 2.1.15 en 4.14.

7.4 Voor vorm en/of aspectveranderende operaties en behandelingen van het uiterlijk en alle daarna volgende niet-medisch noodzakelijke behandelingen die hiermee verband houden, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

7.5 Voor schade veroorzaakt 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 gedeponeerd.

7.6.1 Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

7.6.2 De uitsluiting onder 7.6.1 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, voorzover 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).

7.6.3 Voorzover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt artikel 7.6.2 geen toepassing.

7.7 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 gedeponereerd 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.terrorismeverzekerd.nl)

7.8 Voor onderzoek en/of behandeling door een hoogleraar-specialist, tenzij en voorzover verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek vooraf hiertoe toestemming heeft gegeven. Als verzekeraar geen toestemming heeft gegeven tot onderzoek en/of behandeling door de hoogleraar-specialist, bestaat er slechts aanspraak op een vergoeding tot maximaal de kosten van een specialist/niet-hoogleraar.

7.9 Voor een kraampakket, niet zijnde het door De Friesland ter beschikking gestelde kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige hulp.

7.10 Voor keuringen, attesten en vaccinaties (behoudens het bepaalde in artikel 4.12.2).

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

8 Algemeen

8.1 Grondslag van de verzekering

8.1.1 De verzekering is aangegaan op grond van de door of namens de verzekeringnemer en/of verzekerde ingediend aanmeldingsformulier. Tot de aanmelding worden gerekend alle door of namens de verzekeringnemer 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.

8.1.2 De verzekering moet worden aangegaan en gehandhaafd voor alle leden van het gezin. Deze verplichting geldt niet voor gezinsleden:

- a. Voorzover en voor zolang zij bij een ziekenfonds als verplicht verzekerde staan ingeschreven.
- b. Voorzover en zolang zij deelnemen aan een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering.
- c. Voorzover zij ingevolge de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) worden ingeschreven in de Standaardpakketpolis.

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

9 Inschrijving

9.1 Toelating

Als verzekerde kunnen worden toegelaten natuurlijke personen woonachtig in het werkgebied van verzekeraar. Personen niet woonachtig in het werkgebied van verzekeraar kunnen worden toegelaten, echter ter beoordeling van verzekeraar.

9.2 Inschrijving

9.2.1 De kandidaat-verzekerde moet een goede gezondheid genieten. Als de kandidaat-verzekerde bij aanmelding lijdende is of geweest is aan een ziekte of gebrek, beslist verzekeraar of de verzekering:

- a. Zal worden aangegaan of;
- b. Kan worden aangegaan onder bijzondere voorwaarden of;
- c. Wordt geweigerd.

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

9.2.2 Inschrijving geschiedt met inachtneming van de daartoe gestelde leeftijdsgrenzen.

9.2.3 Verzekeraar verstrekt geen inlichtingen over de gronden waarop een kandidaat-verzekerde is afgewezen, noch over de gronden waarop een bijzondere voorwaarde is gesteld, tenzij betrokkene dit schriftelijk verlangt.

9.3 Uitzonderingen

9.3.1 Het bepaalde in artikel 9.2 is niet van toepassing op:

- a. Tijdens de verzekeringsduur geboren kinderen, voorzover zij binnen 2 maanden na de geboorte bij verzekeraar als verzekerde zijn aangemeld.
- b. Zij, die hun verzekering bij verzekeraar tijdelijk (maximaal 12 maanden) hebben moeten onderbreken wegens toetreding tot de verplichte ziekenfondsverzekering of een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering en die na beëindiging daarvan aansluitend weer tot dezelfde verzekeringsvorm willen toetreden.

9.3.2 Voor de kinderen, bedoeld in artikel 9.3.1 onder a., gaat de verzekering in op de dag van de geboorte. Voor personen, bedoeld in artikel 9.3.1 onder b., gaat de verzekering in op de dag, volgende op die van de beëindiging van de voorgaande verzekering.

10 Verplichtingen van de verzekeringnemer

10.1 Wijzigingen

De verzekeringnemer is verplicht binnen uiterlijk twee maanden nadien aan verzekeraar schriftelijk mededeling te doen van iedere wijziging in de omstandigheden in het gezin die voor de verzekering van belang kan zijn, zoals huwelijk, geboorte, overlijden, adreswijziging en dergelijke aan verzekeraar tijdig alle inlichtingen te verschaffen, die in verband met de verzekering door verzekeraar noodzakelijk worden geacht. De verzekeringnemer moet erop toezien dat de op het bewijs van inschrijving vermelde gegevens juist zijn. Alle gevolgen voortvloeiende uit het niet of niet tijdig nakomen van deze verplichtingen zijn voor risico van de verzekerde. Mededelingen, door verzekeraar verzonden aan het laatst bekende adres van de verzekerde, worden geacht hem te hebben bereikt.

10.2 Regeling van opname

De verzekerde is verplicht:

10.2.1 De huisarts of behandelend specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur.

10.2.2 Aan verzekeraar en in voorkomende gevallen zijn medisch adviseur, adviserend tandarts of hen die met controle belast zijn medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.

10.2.3 Bij niet-klinische specialistische behandeling, een verwijzing van de specialist, de huisarts, bedrijfsarts of tandarts over te leggen, als verzekeraar hierom vraagt.

10.2.4 Bij fysiotherapie, oefentherapie en logopedie of psychologische zorg een verwijzing van de specialist, de huisarts of bedrijfsarts over te leggen, als verzekeraar hierom vraagt.

10.2.5 Wanneer de belangen van verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft verzekeraar geen kosten te vergoeden.

11 Regeling van de uitkering, aansprakelijkheid van derden en verval van aanspraak op uitkering

11.1 Regeling van de uitkering

11.1.1 De verzekerde is verplicht de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden, binnen 2 jaar na de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden bij verzekeraar in te dienen. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn.

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

11.1.3 Binnen een maand na de vaststelling van de uitkering zal verzekeraar het verschuldigde bedrag betalen. Als de verzekerde niet binnen een maand na de datum van betaling tegen de uitkering bezwaar maakt wordt aangenomen dat hij/zij onvoorwaardelijk akkoord gaat met de uitkering.

11.1.4 Nota's kunnen door verzekeraar rechtstreeks aan de zorgaanbieder of instelling worden betaald met inachtneming van het gestelde onder 11.1.5.

11.1.5 Voorzover nota's niet geheel voor vergoeding in aanmerking komen geschiedt betaling aan verzekerde onder aftrek van eigen risico's, eigen bijdragen etc. In dat geval dient verzekerde de nota's zelf te voldoen.

11.1.6 Verzekeraar kan eveneens met zorgaanbieders en hulpverlenende instanties afspraken maken over rechtstreekse betaling ten behoeve van haar 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 premieïncasso hetzij door een daartoe door verzekeraar gemachtigde derde. Als betalingen aan anderen dan de verzekerde worden gedaan is verzekeraar rechtsgeldig gekwet.

11.1.7 De uitkeringen bedragen nooit meer dan de werkelijk gemaakte kosten.

11.1.8 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 dat de datum waarop het DBC traject is begonnen bepalend is voor het recht op vergoeding.

11.1.9 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 wijziging verleende zorg en/of alle overige in deze voorwaarden genoemde afspraken.

11.2 Aansprakelijkheid van derden

11.2.1 De verzekerde is verplicht verzekeraar behulpzaam te zijn bij het instellen van verhaal op een aansprakelijke derde.

11.2.2 In geen geval mag zonder schriftelijke machtiging van verzekeraar met die derde

of diens gemachtigde enigerlei regeling worden getroffen, waardoor verzekeraar in zijn rechten kan worden geschaad.

11.3 Verval van aanspraak op uitkering

11.3.1 Wanneer de belangen van verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft verzekeraar geen kosten te vergoeden.

11.3.2 Aan de verzekerde, die zich onttrekt aan geneeskundige behandeling, als gevolg waarvan de opneming wordt verlengd of een hernieuwde opneming noodzakelijk wordt, dan wel wegens wangedrag uit een ziekenhuis of daarmee gelijkgestelde inrichting wordt verwijderd, kan uitkering worden geweigerd voor deze opneming en voor de daarmee verband houdende klinische specialistische zorg, bijkomende kosten en ziekenvervoer, een en ander ter beoordeling van verzekeraar.

12 Ingang, duur en einde van de verzekering

12.1 Ingang en duur van de verzekering

12.1.1 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde vangt de verzekering aan op eerste van de maand, waarin de datum is gelegen waarop de kandidaat-verzekerde, blijkens het door hem ondertekende aanmeldingsformulier, de verzekering wil doen aanvangen. De verzekering vangt echter nooit eerder aan dan op de eerste van de maand, waarin het aanmeldingsformulier bij verzekeraar is binnengekomen, behoudens hetgeen is bepaald in artikel 12.1.2 en artikel 9.3 en nooit later dan op de eerste van de vijfde maand volgend op die, waarin het aanmeldingsformulier bij verzekeraar is binnengekomen.

12.1.2 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde, die zijn of haar verzekering bij een ziekenfonds of publiekrechtelijke ziektekostenverzekering heeft moeten beëindigen, vangt de verzekering aan op de dag volgende op die van beëindiging van de ziekenfondsverzekering of publiekrechtelijke ziektekostenverzekering.

12.1.3 De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat zij tenminste voor de duur van één kalenderjaar moet worden aangegaan. Verzekeringen aangevangen in de loop van een kalenderjaar worden tenminste voor de resterende duur van dat jaar en van het daarop volgende kalenderjaar aangegaan.

12.2 Einde van de verzekering:

12.2.1 De verzekeringnemer kan door opzegging zijn verzekering beëindigen op 1 januari van het jaar volgende op het jaar, waarin de opzegging plaats heeft, voorzover de verzekering op dat tijdstip tenminste één kalenderjaar heeft geduurd en de opzegging geschiedt voor 1 november, behoudens het bepaalde in artikel 14.5 van deze verzekeringsvoorwaarden. De opzegging dient schriftelijk en persoonlijk ondertekend door de verzekeringnemer te geschieden.

12.2.2 Verzekeraar kan de verzekering niet beëindigen door opzegging, tenzij de beëindiging geschiedt op grond van artikel 8.1.3 en artikel 13.7 van deze verzekeringsvoorwaarden.

12.2.3 Behalve door opzegging eindigt de verzekering:

1. Zodra verzekeraar van de verzekerde schriftelijk mededeling heeft ontvangen van zijn inschrijving bij een ziekenfonds dan wel bij een publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraar.
2. Zodra verzekeraar van de verzekerde een bewijs uit de Gemeentelijke Basisadministratie ontvangt waaruit blijkt dat hij/zij zich metterwoon in het buitenland vestigt dan wel langer dan een jaar in het buitenland verblijft.
3. Wanneer de verzekerde overlijdt.
4. Op de eerste van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt. De verzekering wordt met ingang van die datum omgezet in een Standaardpakketpolis, tegen de daar voor geldende voorwaarden en premies.
5. Zodra niet meer wordt voldaan aan het gestelde in artikel 8.1.1.

12.2.4 Vanaf de datum van beëindiging van de verzekering vervalt elke aanspraak op vergoeding. Indien de behandeling in de vorm van een Diagnose Behandel Combinatie wordt gedeclareerd is de datum waarop het DBC traject is begonnen bepalend voor het recht op vergoeding.

12.2.5 Wijziging van verzekeringsvorm is slechts mogelijk per 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin het verzoek daartoe, door middel van een door verzekerde ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier, is ingediend en nadat verzekeraar deze wijziging heeft goedgekeurd. Bij verhoging van het eigen risico of beperking van de dekking vindt geen medische selectie plaats. Bij wijziging van verzekeringsvorm wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

13 Premiebetaling

13.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten alsmede bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen. Voor op de polis meeverzekerde kinderen tot 18 jaar, is maximaal voor 2 kinderen premie verschuldigd.

13.2 De premie dient in door verzekeraar te bepalen termijnen te worden betaald en is op de eerste dag van elke betalingstermijn ten kantore van verzekeraar verschuldigd.

13.3 De premie wordt voldaan tegen afgifte van een door verzekeraar verstrekte kwitantie of tegen een ander daartoe door hem aangewezen bewijs van kwijting. Bij niet betaling van de premie binnen een maand na de vervaldatum, vervalt het recht op uitkering onverminderd de verplichting tot verdere premiebetaling.

13.4 Het verval van recht op uitkering wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak, waarover de achterstallige premie verschuldigd was. Als de achterstallige premie nog door verzekeraar wordt aanvaard, gaat het recht op uitkering weer in op de dag volgende op die, waarop deze premie ten kantore van verzekeraar is voldaan.

13.5 Verzekeraar is niet aansprakelijk voor kosten door de verzekerden gemaakt tijdens het verval van recht op uitkering.

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

13.7 Ingeval een verzekering om bovengenoemde reden vervallen is verklaard van recht op uitkering, is verzekeraar bevoegd de verzekering op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen.

13.8 Als verzekeraar overgaat tot invordering van de verschuldigde premie, zijn alle daarop vallende kosten, zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die de premie is verschuldigd.

13.9 Bij het in gebreke stellen van het betalen van de premie op de vervaldag, kan de verzekerde zich nimmer beroepen op het feit, dat de premie niet tijdig ten huize van de verzekerde is geïnd.

13.10 Bij wijziging van premie door het bereiken van een daartoe gestelde leeftijdsgrens gaat, voorzover van toepassing, de nieuwe premie in op de eerste van de maand, volgende op die, waarin die bepaalde leeftijdsgrens werd bereikt.

13.11 Bij de geboorte van een kind in een verzekerd gezin is de eventueel daarvoor vastgestelde premie verschuldigd vanaf de dag van geboorte, ongeacht de datum, waarop dat kind wordt aangemeld.

13.12 In het geval bedoeld in artikel 12.2.3 onder 3 eindigt de premiebetaling op de eerste dag volgende op die van het overlijden.

14 Herziening van premie en voorwaarden

14.1 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.

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

14.3 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.

14.4 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.

14.5 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 14.4 tenminste een maand voor de datum van ingang is geschied.
- b. Binnen een maand na bedoelde ingangsdatum, als toezending als bedoeld in artikel 14.4, minder dan een maand voor de datum van ingang is geschied.

14.6 Als de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden en/of premies voortvloeien uit door de overheid dwingend opgelegde regelgeving is het bepaalde in artikel 14.5 niet van toepassing.

14.7 Het bepaalde in artikel 14.5 is niet van toepassing als de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden een verruiming of verbetering van voorwaarden inhoudt.

15 Persoonsregistratie

De in het kader van deze verzekering en/of de daarbij afgesloten aanvullende verzekeringen 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.

16 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;
- registratie in het door verzekeraar bijgehouden incidentenregister;
- er een registratie plaatsvindt in het tussen verzekeraars gangbare signaleringssysteem;
- eventueel uitgekeerde schade en onderzoekskosten worden teruggevorderd.

17 Geschillen

17.1 Geschillen die voortvloeien uit deze verzekeringsovereenkomst en/of de daarbij afgesloten aanvullende verzekeringen, 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 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;

17.2 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.

18 Slotbepaling

In de gevallen waarin deze voorwaarden niet voorzien beslist verzekeraar.