

Voorwaarden

Aanvullende
Verzekering Lieke en
Aanvullende
Tandartsverzekering Lars

The kiemer logo consists of a large red circle on the right and a smaller yellow circle on the left, partially overlapping the red one. The word 'kiemer' is written in white lowercase letters across the red circle.

kiemer

Verzekeringsvoorwaarden

Aanvullende Verzekering Lieke en Aanvullende Tandartsverzekering Lars

Verzekeringsvoorwaarden ingaande 1 januari 2011.

Als risicodrager treedt op De Friesland Particuliere Ziektelkostenverzekeringen N.V.
Ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 50884077.

Inhoud

1. Algemene informatie	4
1.1 Voordelen voor alle verzekerden	4
1.2 Zorgaanbieders en vergoedingen	4
1.3 Telefonische bereikbaarheid	4
1.4 Klachtafhandeling	5
1.5 Indienen van uw nota	5
2. Algemene voorwaarden	6
2.1 Algemene bepalingen	6
2.2 Grondslag en dekkingsgebied	6
2.3 Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven	7
2.4 Begin en einde van de verzekering	7
2.5 Herziening van premie of voorwaarden	9
2.6 Dekking	9
a. Omvang van de dekking	9
b. Buitenland	9
c. Samenloop met andere verzekeringen	10
d. Dekkingsperiode	10
e. Terrorismerisico	10
f. Uitsluitingen	10
2.7 Premiebetaling	11
2.8 Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde	12
2.9 Fraude	13
2.10 Klachten	13
2.11 Verhaal op derden	13
2.12 Aansprakelijkheidsbeperking	14
2.13 Registratie persoonsgegevens	14
2.14 Klachten over formulieren	15
2.15 Slotbepaling	15
3. Inhoud van de Aanvullende Verzekering Lieke	16
3.1 Brillen en contactlenzen	16
3.2 Buitenland (Europadekking)	16
a. Spoedeisende zorg	16
b. Overlijden in het buitenland	17
c. Repatriëring bij ziekte en/of ongeval	17
3.3 Fysiotherapie en manuele therapie	17
3.4 Oefentherapie Cesar/Mensendieck	18
3.5 Psychologische zorg (eerstelijnszorg)	19
4. Inhoud van de Aanvullende Tandartsverzekering Lars	21
5. Begripsomschrijvingen	22

Voorwoord

Als moeder van zes kinderen, weet ik wat u als ouder wil: dat het uw kinderen aan niets ontbreekt. Dus doet u er alles aan om ze in een veelzijdige en stimulerende omgeving op te laten groeien die bovendien veilig en prettig voelt. Een omgeving ook waar u als ouder steun kan krijgen bij de opvoeding. Bijvoorbeeld bij het uitzoeken van de allerbeste zorg, zonder dat u teveel betaalt. Daarom ben ik ook zo ongelofelijk trots dat we Kiemer hebben ontwikkeld. Want Kiemer is een zorgverzekeraar die ervoor zorgt dat u voor uw kind altijd goed zit. Kiemer biedt de beste verzekering op het hoogste dekkingsniveau. En als ouders bent u meeverzekerd met een pakket op maat. Mijn kinderen zijn inmiddels volwassen, en toch weet ik nog heel goed hoe u bij elke levensfase van uw kind voor nieuwe uitdagingen staat. Dan is het heel belangrijk als ook de zorgverzekeraar meedenkt, en dat is precies wat Kiemer doet. Bij de start van een belangrijke levensfase attenderen wij u op mogelijk andere behoeften in zorg en gezondheid van uw kind. En daarnaast heb je als ouder nog zoveel andere vragen. Bijvoorbeeld over de opvoeding. Daarvoor is de Kiemer-hulplijn. 24 uur per dag 7 dagen per week nemen specialisten op hun vakgebied alle tijd voor al uw vragen. Ik beloof: wij gaan van Kiemer een groot succes maken. Zodat het ouders en kinderen in Nederland gewoon goed gaat. En uw gezin verzekerd is van een optimaal verzorgde toekomst.



Diana Monissen

Voorzitter Raad van Bestuur

Verzekeringsvoorwaarden

1. Algemene informatie

Niet alle vergoedingen van medische voorzieningen en verstrekkingen zijn opgenomen in het wettelijk geregeld pakket volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Daarom bieden wij een aantal aanvullende verzekeringen. Deze bieden dus uitsluitend dekking in aanvulling op de wettelijke verzekeringen.

1.1 Voordelen voor al onze verzekerden

Op www.kiemer.nl kunt u voordelig en met korting artikelen kopen in onze webwinkel. De webwinkel biedt een breed assortiment artikelen die u als ouder goed kan gebruiken. Daarnaast kunt u ook 24 uur, 7 dagen in de week gebruik maken van onze Kiemer hulplijn. Hebt u vragen, bel gerust met een van onze medisch deskundigen. Meer informatie kunt vinden op www.kiemer.nl.

1.2 Zorgaanbieders en vergoedingen

a. Vergoeding voor een bepaalde behandeling?

Het is belangrijk vooraf te weten of er sprake is van een eigen bijdrage voor uw behandeling en of de geneesmiddelen of hulpmiddelen die u nodig hebt door uw verzekering worden vergoed. De vergoeding van specifieke behandelingen en middelen kunt u vinden in deze voorwaarden. Ook vindt u hier of er bepaalde voorwaarden aan bijvoorbeeld de behandelaar worden gesteld.

b. Vergoeding van een bepaalde zorgaanbieder?

Zoekt u informatie over zorgaanbieders waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten? Deze vindt u op onze website. Ga naar www.kiemer.nl. Hier kunt u een keuze maken voor het soort zorgaanbieder en woonplaats.

Let op

Het kan gebeuren dat een zorgovereenkomst met een zorgaanbieder wordt beëindigd. Wij adviseren u daarom voordat u zorg nodig hebt altijd even op de website na te kijken of uw zorgaanbieder nog steeds een overeenkomst met ons heeft.

1.3 Telefonische bereikbaarheid

Voor vragen kunt u terecht op www.kiemer.nl of bellen met een van onze medewerkers van de afdeling klantenservice op telefoonnummer 0900 291 31 31.

1.4 Klachtafhandeling

Wij besteden veel tijd en aandacht aan het afhandelen van klachten. Een klacht wordt door ons gezien als een mogelijkheid om onze informatievoorziening en dienstverlening verder te verbeteren. U kunt zowel per e-mail als schriftelijk uw klacht indienen. Na ontvangst van uw klacht ontvangt u van ons een ontvangstbevestiging.

Tip

Wilt u meer weten? Verderop in deze verzekeringsvoorwaarden wordt nader op de klachtenafhandeling ingegaan. Meer informatie kunt u vinden op www.kiemer.nl.

1.5 Indienen van uw nota

Nota's van zorgaanbieders waarmee wij (nog) geen contract hebben afgesloten worden meestal eerst door uzelf betaald. Daarna kunt u de originele nota opsturen om zo de zorgkosten gedeeltelijk of volledig vergoed te krijgen.

a. Voorwaarden voor een snelle uitbetaling van nota's

- Zorg ervoor dat de gegevens op de nota nog goed leesbaar zijn.
- Vermeld uw inschrijfnummer op de nota.
- Stuur ons iedere keer de originele nota. Kopienota's nemen wij niet in behandeling.
- Omdat wij ingezonden nota's niet meer terug kunnen sturen, adviseren we u een kopie van de originele nota te maken voor uw eigen administratie.

b. Nota's kunt u sturen naar het volgende adres:

Kiemer
Postbus 19
8900 AA Leeuwarden

c. Uw declaratie snel behandeld

Wij proberen uw declaratie altijd zo spoedig mogelijk in behandeling te nemen. Gewoonlijk is uw declaratie binnen zeven werkdagen door ons verwerkt.

2. Algemene voorwaarden

2.1 Algemene bepalingen

- In deze voorwaarden wordt met u bedoeld: u als verzekerde. Als met u wordt bedoeld u als verzekeringnemer, is dit expliciet vermeld.
- In deze voorwaarden wordt met wij/ons bedoeld: De Friesland Particuliere Ziektelastenverzekeringen N.V.
- In deze voorwaarden wordt met aanvullende verzekering bedoeld:
 - Aanvullende Verzekering Lieke (AV Lieke);
 - Aanvullende Tandartsverzekering Lars (AV Tand Lars).
- Naast deze verzekeringsvoorwaarden ontvangen zowel de verzekeringnemer als de verzekerde(n) als bewijs van deze verzekeringsovereenkomst een polisblad. Als u tegelijk verzekerde en verzekeringnemer bent, dan ontvangt u één polisblad.

2.2 Grondslag en dekkinggebied

a. Grondslag

- De verzekering is aangegaan op grond van het door of namens u als verzekeringnemer en/of verzekerde ingediend aanmeldingsformulier. Tot de aanmelding worden gerekend alle door of namens u voor dit doel verstrekte gegevens.
- Mochten wij het met betrekking tot de aanmelding noodzakelijk vinden om aanvullende informatie op te vragen, dan bent u als verzekeringnemer verplicht hieraan mee te werken en ons de benodigde informatie te verschaffen.
- Het onvolledig en/of onjuist invullen van het aanmeldingsformulier geeft ons het recht de verzekeringsovereenkomst ongeldig te verklaren.
- Als aan een ingevuld aanmeldingsformulier vormfouten kleven, kunnen wij de eerste premiebetaling als formele bevestiging van de aanvraag beschouwen.

b. Dekkinggebied

De aanspraken die aan deze verzekering kunnen worden ontleend kunnen geldend worden gemaakt in Nederland, de andere lidstaten van de Europese Unie (EU), de staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte (EER) en Zwitserland. De lidstaten van de EU zijn: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (Groot-Brittannië, Noord-Ierland en Gibraltar) en Zweden. De lidstaten van de EER zijn: de lidstaten van de EU, alsmede Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

2.3 Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven?

Als verzekerde kunnen worden toegelaten natuurlijke personen die in Nederland wonen. Ook natuurlijke personen die niet in Nederland wonen kunnen onder voorwaarden worden toegelaten.

2.4 Begin en einde van de verzekering

a. Aanmelden

De inschrijving vindt plaats na aanmelding via een aanmeldformulier. Als een aanvullende verzekering tegelijk wordt afgesloten met onze Basisverzekering, geldt geen medische en/of tandheelkundige selectie. Als de aanvullende verzekering niet tegelijk met onze Basisverzekering wordt afgesloten of de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar is afgesloten, vindt inschrijving plaats op basis van medische en/of tandheelkundige selectie. In dat geval geldt dat als de kandidaat-verzekerde bij aanmelding aan een ziekte of gebrek lijdt of heeft geleden of er sprake is van tandheelkundige afwijkingen, wij beslissen of de verzekering:

- wordt aangegaan zonder bijzondere voorwaarden of;
- wordt aangegaan onder bijzondere voorwaarden (zoals bijvoorbeeld een uitsluiting of een wachttijd) of;
- wordt geweigerd.

De kandidaat-verzekerde ontvangt hiervan bericht, eventueel onder vermelding van de geldende bijzondere voorwaarden.

In afwijking hiervan geldt het volgende:

- als u zich binnen twee maanden na het bereiken van de 18-jarige leeftijd aanmeldt voor de Aanvullende Verzekering Tand Lars wordt u zonder tandheelkundige selectie of wachttijd ingeschreven, als u staat ingeschreven in onze basisverzekering.

Ingangsdatum verzekering

De datum van ingang van de verzekering is de dag waarop onze Basisverzekering ingaat, of bij latere aanmelding, de eerste dag van de maand volgend op de datum van ontvangst van de aanmelding.

Wat u verder moet weten:

- De verzekeringnemer kan de verzekeringsovereenkomst zonder opgave van reden binnen vijftien dagen na dagtekening van het polisblad ongedaan maken. De verzekering wordt dan met terugwerkende kracht ontbonden.
- Wij kunnen inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren als de verzekering eerder is beëindigd wegens wanbetaling of fraude zoals bedoeld in deze voorwaarden.
- Een aanvullende verzekering kan niet worden afgesloten op het moment dat er sprake is van premieschuld bij De Friesland Zorgverzekeraar N.V. en/of De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekering N.V.
- U ontvangt een polisblad in een door ons vast te stellen vorm dat geldt als bewijs van de tussen u als verzekeringnemer en ons gesloten verzekeringsovereenkomst.
- De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat deze

tenminste voor de duur van één kalenderjaar moet worden aangegaan. Verzekeringen aangegaan in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de resterende duur van dat jaar aangegaan.

- Voor het verwerken van uw persoonsgegevens is de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) bepalend. Als uw gegevens in de GBA onjuist staan vermeld, kunnen wij deze pas aanpassen als u deze zelf in de GBA laat wijzigen.

b. Wijzigen verzekeringsvorm

- Wijziging van verzekeringsvorm is uitsluitend mogelijk per 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin het verzoek daartoe is ingediend en nadat wij deze wijziging hebben goedgekeurd. Als de basisverzekering eveneens bij ons is afgesloten, geldt geen medische selectie bij wijziging van verzekeringsvorm.
- Als wij de premies en/of voorwaarden wijzigen kan van verzekeringsvorm worden veranderd in de periode als bedoeld onder 2.5 (Herziening van premie of voorwaarden).
- Bij wijziging van verzekeringsvorm wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

c. Beëindigen

U mag als verzekeringnemer uw aanvullende verzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt eindigt uw aanvullende verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de aanvullende verzekering niet op, dan verlengen wij deze stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar.

Het opzeggen kan op de volgende manieren plaatsvinden:

- door uzelf (verzekeringnemer). U moet dan uiterlijk 31 december opzeggen. Opzeggen kan per e-mail.
- door gebruik te maken van de overstapservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering afsluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als u niet wilt dat de nieuwe verzekeraar namens u de aanvullende verzekering beëindigt, dient u dat aan te geven op het aanvraagformulier van uw nieuwe verzekering.

Wat u verder moet weten:

- Wij beëindigen de aanvullende verzekering bij overlijden van de verzekerde met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- Wij beëindigen de aanvullende verzekering zonder dat daartoe opzegging is vereist meteen als de verzekerde of de verzekeringnemer naar ons oordeel van schuldig nalatig is ten aanzien van het verstrekken van alle inlichtingen, die voor een goede uitvoering van de verzekering nodig zijn.

2.5 Herziening van premie of voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden van de verzekering en de premies te herzien. Wij delen deze voorgenomen herziening mee aan de verzekeringnemer. Tussen de ingangsdatum van de herziening en de aankondiging hiervan zitten tenminste zes weken. Bij een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerde, of bij een verhoging van de premie, kan de verzekeringnemer gedurende zes weken nadat de wijziging hem is meegedeeld de verzekering opzeggen.

Let op

U kunt als verzekeringnemer niet opzeggen als de wijziging een direct gevolg is van door de overheid dwingend opgelegde regelgeving, ook als de wijzigingen in het nadeel van de verzekerde of de verzekeringnemer zijn.

De opzegging in verband met de herziening van de verzekeringsvoorwaarden en premie, gaat in op de ingangsdatum van deze herziening. Hebben wij binnen zes weken na bekendmaking geen mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering voortgezet onder de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

2.6 Dekking

a. Omvang van de dekking

Voor zover en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat, vergoeden wij de kosten van de in Hoofdstuk 3 en 4 genoemde aanspraken volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. De omvang van de dekking is beperkt tot de met name in Hoofdstuk 3 en 4 genoemde onderdelen.

b. Buitenland

- Niet spoedeisende behandeling

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

- voor zover volgens onze verzekeringsvoorwaarden voorafgaande toestemming voor behandeling in Nederland vereist is, geldt dit ook voor behandelingen binnen andere EU-, EER-lidstaten en Zwitserland.
- voor zover in de voorwaarden beperkingen gelden zoals maximeringen, eigen bijdragen en vaste vergoedingsbijdragen voor vergoeding van behandeling in Nederland, zijn deze ook van toepassing op behandelingen in andere EU-, EER-lidstaten en Zwitserland.
- de zorgaanbieder moet voldoen aan kwalificaties die vergelijkbaar zijn met kwalificaties die voor een zelfde of vergelijkbare zorgaanbieder in Nederland gebruikelijk zijn. U dient desgevraagd aan te tonen dat aan deze eis is voldaan.

- Alarmservice bij spoedeisende behandeling

Als u medisch noodzakelijke zorg nodig hebt die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet u rechtstreeks en zo mogelijk vooraf contact opnemen met de Kiemer Alarmservice. De Kiemer Alarmservice is dag en nacht, zeven dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd

door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (213 88 29). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 213 88 29. Faxnummer: 0031 58 213 88 29. E-mailadres: alarmservice@kiemer.nl.

- Omrekenkoers

De vergoeding van de verzekerde kosten vindt plaats in euro's volgens de omrekenkoers zoals die geldt op de dag van de behandeling.

c. Samenloop met andere verzekeringen

Vergoeding van de kosten van hulp of zorg, vindt plaats met de beperking dat als deze verzekering niet zou bestaan, recht bestaat op uitkering op basis van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum of op basis van enige wet, verordening/verdrag of andere voorziening, deze verzekering pas in de laatste plaats geldig is. In dat geval vergoedt Kiemer alleen de schade die meer bedraagt dan het bedrag waarop u elders aanspraak kunt maken.

d. Dekkingsperiode

U hebt recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als een behandeling in de vorm van een DBC (Diagnose Behandel Combinatie) in rekening wordt gebracht geldt dat de datum waarop het DBC-traject is begonnen bepalend is voor het recht op vergoeding.

e. Terrorismerisico

Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar, ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura- uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V.(NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, hebt u slechts recht op zorg of vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

f. Uitsluitingen

U hebt geen recht op vergoeding van:

- Sancties opgelegd door zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld het doorberekenen van niet nagekomen afspraken of het door de zorgaanbieder berekenen van rente wegens het niet tijdig betalen van een nota;
- Eigen risico's en/of eigen bijdragen in welke vorm dan ook, die op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) of andere (wettelijke) regelingen zijn verschuldigd, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- Schade veroorzaakt door opzet, of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf.

- Schade veroorzaakt bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, voor zover er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen.

Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225). Deze uitsluiting geldt ook niet voor zover op grond van de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is.

2.7 Premiebetaling

- U bent als verzekeringnemer verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Let op

U blijft als verzekeringnemer verantwoordelijk voor de premiebetaling, ook als bij een collectief contract is overeengekomen dat de premie door tussenkomst van een derde partij, bijvoorbeeld een werkgever, wordt voldaan en deze in gebreke blijft.

- Bij vooruitbetaling per kwartaal geldt een korting van 0,5%, bij vooruitbetaling per halfjaar geldt een korting van 1% en bij vooruitbetaling per jaar geldt een korting van 2%. Deze korting wordt berekend over de premie na aftrek van mogelijke collectiviteitkorting.
- Kinderen tot 18 jaar, voor zover ingeschreven in dezelfde aanvullende verzekering als een van hun ouders, betalen geen premie.
Onder kinderen worden verstaan de eigen, stief-, adoptie- of pleegkinderen jonger dan 18 jaar. Voor kinderen zoals hier bedoeld gaat na het bereiken van de 18-jarige leeftijd de premiebetaling in op de eerste van de maand volgend op die waarin de 18-jarige leeftijd wordt bereikt.
- De premie wordt berekend over volle maanden. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand vindt naar rato verrekening plaats.
- Het niet incasseren van de premie door ons ontslaat u als verzekeringnemer niet van uw verplichting tot betaling.
- Als u als verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten, kunnen wij u aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de verzekeringsdekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. U blijft dan als verzekeringnemer verplicht de premie te voldoen.

- Als wij maatregelen treffen tot incasso van de vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van u als verzekeringnemer. De dekking wordt pas weer van kracht op de dag volgend op die waarop de verschuldigde premie en de kosten zijn ontvangen. Mochten wij overgaan tot ontbinding van de verzekeringsovereenkomst wegens premieschuld, dan gebeurt dit veertien dagen na de finale aanmaning.
- Wij kunnen met zorgaanbieders en hulpverlenende instanties afspraken maken over rechtstreekse betaling ten behoeve van haar verzekerden. In dat geval betalen wij de volledige nota aan de zorgaanbieder. Een eventueel verschuldigd eigen risico, een verschuldigde eigen bijdrage of andere bedragen die mogelijk voor uw rekening blijven worden in dat geval door ons op u verhaald met de eerstvolgende premie-incasso of door een daartoe door ons gemachtigde derde.
- Het is u als verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen uitkering.

2.8 Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde

U bent als verzekerde verplicht:

- U bij het inroepen van zorg te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- Ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- Als door uzelf betaalde rekeningen worden gedeclareerd, de originele nota's binnen drie jaar na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij ons in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag het recht op vergoeding kan worden vastgesteld. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn;
- Een verwijzing van een arts, tandarts of medisch-specialist, over te leggen als wij hier om vragen.

Wat u verder moet weten:

- U bent zowel als verzekerde als verzekeringnemer verplicht binnen twee maanden aan ons alle inlichtingen te verstrekken die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van betekenis kunnen zijn.
- Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- Wanneer onze belangen van worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen, dan kan dit gevolgen voor u hebben, bijvoorbeeld doordat kosten niet meer of nog slechts gedeeltelijk door ons vergoed worden.

2.9 Fraude

Wij beëindigen de aanvullende verzekering zonder dat daartoe opzegging is vereist meteen bij geconstateerde fraude. Onder fraude wordt verstaan het op oneigenlijke gronden en wijze (proberen te) verkrijgen van een verzekeringsuitkering waarop geen recht bestaat, of het (proberen te) verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendzelen. Onderzoek naar fraude zal worden verricht volgens hetgeen daarover voor de Basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Fraude heeft tot gevolg dat er in het geheel geen verzekeringsuitkering zal plaatsvinden.

Ook heeft fraude tot gevolg dat:

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

2.10 Klachten

Als u als verzekerde of verzekeringnemer het niet eens bent met een door ons in het kader van de uitvoering van deze voorwaarden genomen beslissing, kunt u binnen een jaar nadat u die beslissing is meegedeeld ons vragen deze beslissing te heroverwegen. U kunt dit verzoek richten aan onze Klachtencommissie.

Als wij niet binnen zes weken op het verzoek tot heroverweging hebben gereageerd, of als het antwoord niet naar tevredenheid is, dan kunt u de klacht voorleggen aan de Geschillencommissie van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, waaraan wij uitvoering zullen geven.

U hebt, ook na een eventuele procedure bij de SKGZ, het recht om een geschil tussen u en ons aan de bevoegde burgerlijke rechter voor te leggen. U kunt echter niet eerst de klacht aan de burgerlijke rechter voorleggen en daarna aan de SKGZ.

2.11 Verhaal op derden

Als een derde naar onze mening van voor de kosten, voortvloeiende uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde wettelijk aansprakelijk is, dan bent u, onverminderd het bepaalde in artikel 962 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, verplicht alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, inclusief het kosteloos verstrekken van alle inlichtingen die wij nodig hebben voor het kunnen verhalen van de kosten. Als bij een u overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens u aangifte te worden gedaan bij onsen de bevoegde politie-instansie. In geen geval mag u zonder onze toestemming met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt

een regeling in enige vorm treffen, waaronder het verlenen van kwijting, waardoor wij in onze rechten kunnen worden benadeeld. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het hiervoor bepaalde met betrekking tot verhaal op derden, bent u verplicht ons de daardoor geleden schade te vergoeden.

Tip

Wij werken samen met een gespecialiseerd bureau op het gebied van persoonlijke begeleiding van slachtoffers van verkeers- en bedrijfsongevallen, medische kunstfouten, geweldplegingen, etc. De begeleiding heeft betrekking op juridisch, medisch, arbeidsdeskundig en financieel terrein. Voor nadere informatie kunt u contact met ons opnemen via telefoonnummer 0900 291 31 31.

2.12 Aansprakelijkheidsbeperking

Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder van wiens zorg u in het kader van de aanvullende verzekering gebruik hebt gemaakt.

Onze eventuele aansprakelijkheid van voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen bij de uitvoering van de aanvullende verzekering is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de overeenkomst ten laste van ons zouden zijn gekomen.

2.13 Registratie persoonsgegevens

De persoonsgegevens die in het kader van deze verzekering zijn of kunnen worden verstrekt, kunnen worden opgenomen in de door ons gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing.

Wij houden ons aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen die door het Verbond van Verzekeraars en de Nederlandse Banken is opgesteld. De gedragscode zelf en informatie hierover vindt u op de website van het Verbond: www.verzekeraars.nl. Aan de gedragscode is een aparte bijlage voor zorgverzekeraars toegevoegd. Dit document kunt u op onze website raadplegen.

Op verzoek kunt u bij ons inzage krijgen in de gegevens die van u worden bijgehouden. U kunt dit verzoek bij voorkeur per e-mail of schriftelijk indienen. Op uw verzoek kan tot correctie of verwijdering van gegevens worden overgegaan. Verzoeken tot inzage, correctie of verwijdering kunt u richten aan onze Compliance Officer, Postbus 19, 8900 AA Leeuwarden.

Wij mogen aan derden (ook aan zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen of geven als dit nodig is om aan haar verplichtingen, die voortvloeien uit deze verzekering, te kunnen voldoen.

Voorbeeld:

Als wij uw rekeningen rechtstreeks van de zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres-

en polisgegevens op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Deze controle op verzekeringsgerechtigheid wordt gefaciliteerd door Vecozo BV. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat laten weten. Wij zorgen er dan voor dat uw adresgegevens worden afgeschermd.

Wij mogen uw burgerservicenummer in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht het burgerservicenummer te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met alle partijen die u zorg leveren het burgerservicenummer gebruiken.

2.14 Klachten over formulieren

Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) klagen over door ons gehanteerde formulieren. De klacht kan betrekking hebben op formulieren die volgens de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Als u een dergelijke klacht hebt, kunt u zich in eerste instantie tot ons wenden. Als u het niet eens bent met de afhandeling van uw klacht door ons, kunt u uw klacht bij de Nza neerleggen. Op de website van de NZa (www.nza.nl) kunt u zien hoe u dit kunt doen. Na ontvangst van uw klacht maakt de NZa een eerste beoordeling. Over de uitkomst hiervan ontvangt u binnen vier weken bericht. Daarbij wordt u ook geïnformeerd over de eventuele vervolprocedure. De NZa doet vervolgens uitspraak in de vorm van een bindend advies, waaraan wij verplicht zijn ons aan te houden.

U kunt uw klacht sturen naar:

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
E-mail: informatielijn@nza.nl

2.15 Slotbepaling

- Statuten van De Friesland liggen ter inzage bij de hoofdvestiging Harlingertrekweg 53, 8913 HR te Leeuwarden en worden op verzoek aan u beschikbaar gesteld.
- De verzekeringsvoorwaarden kunnen door ons te allen tijde worden gewijzigd, op de wijze die door ons, met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens de wet en in haar statuten, is geregeld.
- In niet in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde gevallen, voor zover daarin niet wordt voorzien bij of krachtens wetgeving, beslist ons bestuur.
- Op de uitvoering van de aanvullende verzekering is het Nederlandse recht van toepassing.

3. Inhoud van de Aanvullende Verzekering Lieke

3.1 Brillen en contactlenzen

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van brillen en/of contactlenzen als de sterkte van één van de glazen of lenzen minimaal 0,25 dioptrieën bedraagt of er een prismatische correctie in is aangebracht.

Wie mag deze zorg verlenen

Een opticien.

Uitsluiting

Leesbrillen waarvan de kosten van montuur en glazen samen minder dan € 50,- bedragen, worden niet vergoed.

Bijzonderheid

Brillen en/of contactlenzen worden uitsluitend vergoed bij inlevering van de originele betaalde nota, waar het voorschrift van arts of opticien is bijgevoegd. Voor de vergoeding van gewerplenzen is slechts eenmalig het voorschrift van arts of opticien vereist.

Vergoeding

Maximaal € 50,- per twee kalenderjaren.

Let op

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken en telt de duur van de onderbreking mee voor het bepalen van de termijn van twee kalenderjaren.

Tip

Met Pearle, Eye Wish Groeneveld en Specsavers hebben wij kortingsafspraken voor (kinder) brillen en contactlenzen gemaakt. Kijkt u voor meer informatie op www.kiemer.nl of in de winkels van de betreffende opticiens.

3.2 Buitenland

a. Spoedeisende zorg in het buitenland

Bij tijdelijk verblijf van korter dan een jaar in een EU-, EER- of verdragsland, hebt u recht op vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg. Er is sprake van spoedeisende zorg als deze bij vertrek onvoorzien was en redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in uw woonland. Het betreft uitsluitend een aanvulling op de vergoeding van zorg of diensten waarop aanspraak bestaat op grond van een bij De Friesland of elders afgesloten Basisverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de Basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten. Voorwaarde is dat u rechtstreeks en zo mogelijk vooraf, of als dit niet mogelijk is, zo spoedig mogelijk, contact hebt opgenomen met de De Friesland Alarm-service (zie artikel 2.6 onder b). Als u niet aan deze voorwaarde voldoet, worden de kosten vergoed tot ten hoogste het door De Friesland gecontracteerde of in Nederland geldende marktconforme tarief.

Vergoeding

Volledige vergoeding.

b. Overlijden in het buitenland

U hebt, na inschakeling van de De Friesland Alarmservice (zie artikel 2.6 onder b), recht op vergoeding van het vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden in een EU-, EER- of verdragsland naar uw woonland, op basis van kostprijs. In plaats hiervan kunnen in voorkomende gevallen de kosten van begrafenis of crematie ter plaatse worden vergoed, tot maximaal de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot.

Vergoeding

Volledige vergoeding.

c. Repatriëring bij ziekte en/of ongeval

U hebt recht op vergoeding van de kosten van repatriëring door of in opdracht van de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmservice (zie artikel 2.6 onder b) op basis van kostprijs, voor zover geen aanspraak bestaat op vergoeding van deze kosten op grond van een bij De Friesland of elders afgesloten Basisverzekering. Onder repatriëringkosten wordt verstaan de kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden, inclusief medisch noodzakelijke begeleiding, vanuit een EU-, EER- of verdragsland naar de woonplaats van de verzekerde. Deze kosten dienen in directe relatie te staan tot de ziekte of het ongeval.

Vergoeding

Volledige vergoeding.

3.3 Fysiotherapie en manuele therapie (in aanvulling op de Basisverzekering)

Inhoud zorg

U hebt recht op medisch noodzakelijke fysiotherapie (waaronder begrepen lymfedrainage/oedeemtherapie) en manuele therapie.

Wie mag deze zorg verlenen

Een fysiotherapeut die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR). Inschrijving in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie is te controleren via www.fysiotherapie.nl. Lymfedrainage/oedeemtherapie mag ook worden verleend door een huidtherapeut die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut' en staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.

Let op

Behandelingen door een fysiotherapeut of huidtherapeut die niet voldoet aan deze begripsomschrijving worden niet vergoed.

Uitsluiting

U hebt geen recht op vergoeding van een individuele of een groepsbehandeling die uitsluitend bedoeld is om de conditie door middel van training te bevorderen.

Verwijzing

U kunt de gecontracteerde fysiotherapeut zonder verwijzing bezoeken, om door middel van een screening te laten beoordelen of uw klachten fysiotherapeutisch behandeld kunnen worden.

Let op

Als u naar een huidtherapeut of een niet-gecontracteerde fysiotherapeut gaat, is wel een verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts, sportarts of behandelend medisch specialist noodzakelijk. De bedrijfsarts mag alleen verwijzen als er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

Tip

Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op www.kiemer.nl bij Zorgverlener zoeken of neem telefonisch contact met ons op.

Vergoeding screening

De hoogte van de vergoeding van de screening is geregeld in het contract tussen De Friesland en de fysiotherapeut. Bij een niet-gecontracteerde fysiotherapeut bedraagt deze vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde standaardtarief.

Vergoeding

Maximaal 9 negen behandelingen fysiotherapie en manuele therapie per kalenderjaar tezamen. Volledige vergoeding hiervan bij behandeling door een gecontracteerde zorgaanbieder. Bij behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bedraagt de vergoeding maximaal 80% van de door ons gecontracteerde standaardtarieven.

Let op

Het aantal behandelingen, de behandelduur en de behandelfrequentie worden bepaald door de behandelend fysiotherapeut of huidtherapeut, eventueel in overleg met de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

3.4 Oefentherapie Cesar/Mensendieck (in aanvulling op de Basisverzekering)

Inhoud zorg

U hebt recht op medisch noodzakelijke oefentherapie.

Wie mag deze zorg verlenen

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'.

Verwijzing

U kunt de gecontracteerde oefentherapeut zonder verwijzing bezoeken, om door middel van een screening te laten beoordelen of uw klachten door middel van oefentherapie behandeld kunnen worden.

Let op

Als u naar een niet-gecontracteerde oefentherapeut gaat, is wel een verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts, sportarts of behandelend medisch specialist noodzakelijk. De

bedrijfsarts mag alleen verwijzen als er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

Tip

Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op www.kiemer.nl bij Zorgverlener zoeken of neem telefonisch contact met ons op.

Vergoeding screening

De hoogte van de vergoeding van de screening is geregeld in het contract tussen ons en de oefentherapeut. Bij een niet-gecontracteerde oefentherapeut bedraagt deze vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde tarief.

Vergoeding

Maximaal 9 behandelingen oefentherapie per kalenderjaar.

Volledige vergoeding hiervan bij behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.

Bij behandeling door een niet-gecontracteerde oefentherapeut bedraagt de vergoeding maximaal 80% van de door ons gecontracteerde tarieven.

Let op

Het aantal behandelingen, de behandelduur en de behandelfrequentie worden bepaald door de behandelend oefentherapeut, eventueel in overleg met de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

3.5 Psychologische zorg (eerstelijnszorg)

Inhoud zorg

U hebt in aanvulling op de Basisverzekering recht op vergoeding van medisch noodzakelijke eerstelijns psychologische zorg.

Wie mag deze zorg verlenen

Een gezondheidszorgpsycholoog, een eerstelijns psycholoog, een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP of een NVO orthopedagoog-generalist.

Met een gezondheidszorgpsycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met een eerstelijns psycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen.

Met een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP wordt bedoeld een psycholoog die als zodanig is geregistreerd bij het Nederlands Instituut van Psychologen.

Met een NVO orthopedagoog-generalist wordt bedoeld een orthopedagoog die als zodanig is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen.

Verwijzing

Een verwijzing door de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of jeugdgezondheidszorgarts is vereist.

Uitsluitingen

U hebt geen recht op vergoeding van:

- de kosten van niet tijdig afgezegde afspraken;
- vergoeding van eigen bijdragen die u op grond van de Basisverzekering bent verschuldigd;
- de kosten van zittingen waarvoor u op grond van de Basisverzekering al een gedeeltelijke vergoeding hebt ontvangen.

Vergoeding

Maximaal € 120,- per kalenderjaar met een eigen bijdrage van € 10,- per zitting.

4. Inhoud van de Aanvullende Tandartsverzekering Lars

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van:

- de kosten van mondzorg;
- de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledige boven- en/of volledige onderprothese;
- de kosten van spoedeisende zorg in het buitenland.

Wie mag deze zorg verlenen

- een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG;
- een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak en aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;
- een tandprotheticus die is ingeschreven in het register van de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici;
- een vrijevestigde mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenaamde Besluit 'Opleidingseisen en deskundigheid mondhygiënist'.

Uitsluitingen

U hebt geen recht op vergoeding van:

- techniekkosten;
- de kosten van orthodontische behandelingen;
- de kosten van esthetische behandelingen;
- de kosten van het uitwendig bleken van elementen;
- de kosten van een mondbeschermer;
- de kosten van niet nagekomen afspraken;
- keuringsrapporten.

Verwijzing

Voor behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing door de tandarts nodig.

Voor behandeling door een mondhygiënist(e) is in de volgende gevallen een opdracht van de tandarts of kaakchirurg nodig:

- voor het toepassen van ioniserende straling in het kader van onderzoek, naar de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaque-gerelateerde aandoeningen, en voor het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;
- voor het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidings- of infiltratie-anesthesie;
- voor het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

Vergoeding

De vergoeding bedraagt 80% van de kosten. In afwijking hiervan wordt de eigen bijdrage voor de volledige onder- en/of bovenprothese volledig vergoed. De vergoeding bedraagt in totaal maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

5. Begripsomschrijvingen

5.1 Algemeen

De begripsbepalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn onverkort van toepassing, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden nadrukkelijk van deze begripsbepalingen is afgeweken.

5.2 In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Bedrijfsarts

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

DBC (diagnose behandeling combinatie)

Het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die het ziekenhuis in rekening mag brengen. Een DBC bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die voortkomen uit een zorgvraag van een patiënt. Een DBC heeft een maximale duur van een jaar. Een DBC omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose, de behandeling en controles. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling. Voor sommige DBC's gelden vaste tarieven, vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. Voor andere DBC's kan De Friesland afspraken maken met ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en vrijgevestigde specialisten (buiten een instelling) over de in rekening te brengen tarieven.

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.

Medisch 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.

Uitkering

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

Verwijzing

Een verwijzing bevat tenminste een omschrijving van de klachten van de verzekerde en de

reden van de verwijzing, in de vorm van een specifieke medisch-inhoudelijke vraagstelling van de verwijzer aan een (met name genoemde) zorgaanbieder.

Verzekerde

De verzekerde is degene van wie de ziektekosten verzekerd zijn.

Verzekeringnemer

De verzekeringnemer is degene die de verzekering met De Friesland heeft gesloten.

Verzekeringsduur

De termijn waarbinnen een verzekeringsovereenkomst met betrekking tot een van de aanvullende verzekeringen van De Friesland tussen De Friesland en verzekerde ononderbroken van kracht is.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet bevat regels voor de kwaliteit van de zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Voor verdere informatie kunt u www.ribiz.nl raadplegen.

Wij/ons

De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. als risicodragers voor Kiemer.

Ziekenhuis

Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Zorgaanbieder/Zorgverlener

Persoon of instelling die een of meer vormen van zorg in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden mag verlenen. Met een zorgaanbieder wordt gelijkgesteld een zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd en die volgens het recht van het land van vestiging beschikt over kwalificaties die gelijkwaardig zijn aan die welke in Nederland gelden.

A high-angle photograph of a person's shadow cast on a sandy beach. The shadow is dark and elongated, showing the person's head, torso, and legs. The sand is light-colored and has some ripples and footprints. The lighting is bright, creating a sharp shadow.

Meer weten?
Ga naar www.kiemer.nl

The Kiemer logo consists of a small yellow circle on the left and a larger magenta circle on the right. The word "kiemer" is written in white lowercase letters inside the magenta circle.

kiemer