

DE FRIESLAND
ZORGVERZEKERAAR

Zorg voor uw gezondheid



Voorwaarden

Aanvullende verzekering
Standaardpakketpolis

Verzekeringsvoorwaarden

Aanvullende verzekering Standaardpakketpolis

Verzekeringsvoorwaarden ingaande 1 januari 2005.

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

Inhoud

| | |
|--------------------------------------|----|
| Vergoedingslijst | 2 |
| Algemene informatie | 3 |
| Verzekeringsvoorwaarden | 5 |
| 1. Begripsomschrijvingen | 5 |
| 2. Inschrijving | 8 |
| 3. Verplichtingen en premie | 9 |
| 4. Aanspraken | 10 |
| 5. Verhaal op derden | 11 |
| 6. Uitsluiting aansprakelijkheid | 12 |
| 7. Vervaltermijn | 12 |
| 8. Beëindiging | 12 |
| 9. Onrechtmatige inschrijving | 13 |
| 10. Omvang van de dekking | 13 |
| 11. Fraude | 25 |
| 12. Bezwaar en geschillen | 25 |
| 13. Slotbepaling | 26 |
| 14. Registratie van persoonsgegevens | 26 |

VERGOEDINGENLIJST

Artikel Soort verstrekking

- 10.1 Zorg in de EU/EER
- 10.2 Alternatieve geneeswijzen
- 10.3 Brillenglazen en contactlenzen
- 10.4 Brilmonturen
- 10.5 Buitenlanddekking (spoedeisende hulp)
- 10.6 Camouflagetherapie
- 10.7 Cursussen regionale thuiszorgorganisaties
- 10.8 Epilatie
- 10.9 Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck
- 10.10 Herstellingsoorden
- 10.11 Hulpmiddelen
- 10.12 Jobst-pomp
- 10.13 Kraamzorg (tegemoetkoming kosten algemeen)
- 10.14 Kraamzorg (uitgestelde hulpverlening thuissituatie)
- 10.15 Kuurbehandelingen (psoriasispatiënten)
- 10.16 Kuurbehandelingen (reuma- en Bechterewpatiënten)
- 10.17 Levertransplantatie (bijkomende kosten)
- 10.18 Mantelzorg (vervangende hulp)
- 10.19 Oefentherapie in extra verwarmd water t.b.v. reuma- en Bechterewpatiënten
- 10.20 Orthodontische zorg
- 10.21 Peeling na ernstige acne
- 10.22 Pedicure
- 10.23 Pensionkosten
- 10.24 Plastisch chirurgische ingrepen
- 10.25 Plaswekker
- 10.26 Podotherapie
- 10.27 Postnatale gymnastiek
- 10.28 Preventie
- 10.29 Prismabril (voorschrift)
- 10.30 Psychologische hulp (eerstelijnszorg)
- 10.31 Reiskosten ziekenbezoek
- 10.32 Second opinion
- 10.33 Sportarts/Sport Medisch Adviescentrum (SMA)
- 10.34 Sportactiviteiten ex-hartpatiënten
- 10.35 Stottertherapie volgens de methode Del Ferro of De Pauw
- 10.36 Therapeutische kampen en ontspanningsoorden voor kinderen
- 10.37 Uitzending van zieken of gehandicapten
- 10.38 UV-B lichtbehandeling
- 10.39 Verblijfkosten opvangtehuis/pension en/of reiskosten in bijzondere gevallen
- 10.40 Reisverzekering met Europa-dekking (exclusief medische kosten)

Algemene informatie

Niet alle vergoedingen voor medische voorzieningen en verstrekkingen zijn opgenomen in de Standaardpakketpolis en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Daarom biedt De Friesland een aanvullende verzekering. Het volgende is voor het uitvoeren van uw rechten van belang.

Alarmcentrale

Voor hulpverlening zoals vermeld in artikel 10.5 onder 'Buitenlanddekking' dient rechtstreeks contact te worden opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. De ANWB Alarmcentrale is dag en nacht, 7 dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer, dat van land tot land verschilt, gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0 (70) en het nummer van de alarmcentrale (314 58 00). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: +31 70 314 58 00. Faxnummer: +31 70 314 70 40. E-mailadres: alarmcentrale@anwb.nl. Bij noodsituaties en ziekenhuisopname dient overleg te geschieden met de ANWB Alarmcentrale. Repatriëring dient te worden uitgevoerd door of in opdracht van de ANWB Alarmcentrale. Als aan deze voorwaarde niet is voldaan, kan vergoeding worden geweigerd. 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 10.1 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 (zowel ziekenfonds als particulier) bestaat aanspraak op:

Kraampakket

Alle aanstaande moeders die bij De Friesland staan ingeschreven hebben, vanaf de 6e maand van de zwangerschap, recht op een gratis kraampakket. Dit bevat o.a. kraamma-trasjes, kraamverband, steriele gaasjes, watten, enz.

Het kraampakket kan worden afgehaald in onze winkels.

Nostimos (letselschadehulp)

De Friesland werkt samen met Nostimos. Nostimos biedt persoonlijke begeleiding aan slachtoffers van verkeers- en bedrijfsongevallen, medische kunstfouten, geweldplegingen etc. De begeleiding heeft betrekking op juridisch, medisch, arbeidsdeskundig en financieel terrein. 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, telefoon: (050) 5201155 of (038) 425 40 80.

1 Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1.1 Aanvullende verzekering

De aanvullende verzekering Standaardpakketpolis.

1.2 Adviserend geneeskundige/medisch adviseur

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

1.3 Adviserend tandarts

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

1.4 Apotheker

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

1.5 Bedrijfsarts

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

1.6 Diagnose Behandel Combinatie (DBC)

Een 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.

1.7 Fysiotherapeut

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

1.8 Herstellingsoord

Een in Nederland gevestigd herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg.

1.9 Huidtherapeut

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

1.10 Huisarts

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

1.11 Hulpmiddelen

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

1.12 Kinderfysiotherapeut

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

1.13 Medische noodzaak

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

1.14 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.

1.15 Orthodontist

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

1.16 Osteopaat

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

1.17 Pedicure

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

1.18 Podotherapeut

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

1.19 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.

1.20 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.

1.21 Tandarts

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

1.22 Uitkering

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

1.23 Verzekeraar

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

1.24 Verzekerde

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

1.25 Verzekeringsduur

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

1.26 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraar is aangegaan.

1.27 Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.28 Ziekenfonds

De Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Zorgverzekeraar U.A.

1.29 Ziekenhuis

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

1.30 Zorgaanbieder

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

Voorzover in deze verzekeringsvoorwaarden niet van de begripsbepalingen in de Standaardpakketpolis is afgeweken, zijn deze onverkort van toepassing.

2 Inschrijving

2.1.a. De aanvullende verzekering kan slechts in combinatie met inschrijving bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen U.A. worden gesloten.

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

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

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

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

2.2 De aanvullende verzekering is een gezinsverzekering; alle op een polis verzekerde gezinsleden dienen zich voor de aanvullende verzekering Standaardpakketpolis aan te melden.

2.3 Verzekeraar kan inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren bij wanbetaling, als de verzekering op grond van artikel 8, lid 1 sub c is beëindigd.

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

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

2.6 De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat zij ten minste voor de duur van 1 kalenderjaar moet worden aangegaan. Verzekeringen aangegaan in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de duur van dat jaar en van het daarop volgende kalenderjaar aangegaan.

3 Verplichtingen en premie

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

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

3.3 De premie wordt berekend conform de Standaardpakketpolis.

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

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

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

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

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

4 Aanspraken

4.1 Als en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt verzekeraar de kosten van de hierna genoemde en in Nederland ondergane behandelingen conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. De omvang van de dekking is limitatief. Uitkeringen worden alleen verleend op basis van originele en voldoende gespecificeerde nota's. Wijzigingen in de aanspraken worden door de verzekeraar aan de verzekerde bekend gemaakt voordat zij van kracht worden of, als dat niet mogelijk is, uiterlijk 1 maand nadat zij van kracht zijn geworden. De gewijzigde verzekeringsvoorwaarden en/of premies zijn ook van toepassing op reeds gesloten verzekeringen.

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

4.3 Verzekeraar is niet gehouden tot het doen van uitkeringen voor de kosten, die zijn ontstaan ten gevolge van eigen opzet, oorlog, oorlogstoestanden, onlusten of nucleaire processen als deze:

- a. Zich voordoen in de vorm van een kernexplosie of een ongeluk met een civiele kerninstallatie als bedoeld in artikel 1.1 van de Wet houdende regelen inzake wettelijke aansprakelijkheid op het gebied van kernenergie (Stbl. 1965, no. 546) - kernreactoren, opwekkings- en verrijkingsinstallaties en opslagplaatsen voor radioactief materiaal in ieder geval daaronder begrepen - waarbij personen buiten de installatie blootgesteld kunnen zijn geweest aan doses van 50 rem of meer;
- b. In enigerlei vorm dienen voor militaire doeleinden met inbegrip van de daarop betrekking hebbende research;
- c. Plaatsvinden zonder dat daarbij de wettelijke of andere geldende veiligheidsvoorschriften redelijkerwijze in acht zijn genomen.

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

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

4.5 Voorzover aanvullende dekking wordt verleend op aanspraken ingevolge de Standaardpakketpolis AWBZ of andere (wettelijke) regelingen vindt geen vergoeding plaats van eigen risico's en/of eigen bijdragen in welke vorm dan ook, die ingevolge die wetten of regelingen zijn verschuldigd, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald.

4.6 Vergoeding van de kosten van hulp respectievelijk zorg, geschiedt met de beperking dat, als zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering op basis van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum of op basis van enige wet of andere voorziening, deze verzekering pas in de laatste plaats geldig is. Dan zal alleen die schade voor uitkering in 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.

5 Verhaal op derden

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

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

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

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

6 Uitsluiting aansprakelijkheid

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

7 Vervaltermijn

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

8 Beëindiging

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

- a. Met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer als Standaardpakketpolis verzekerde bij verzekeraar is ingeschreven.
- b. Terstond als de verzekerde naar het oordeel van verzekeraar schuldig nalatig is ten aanzien van het verstrekken van alle inlichtingen, die voor een goede uitvoering van de verzekering nodig zijn.
- c. Vanaf de eerste dag van de maand waarin de verzekerde schuldig nalatig is ten aanzien van de betaling van de door hem verschuldigde premies.
- d. Terstond wanneer niet wordt voldaan aan het gestelde in artikel 2, lid 2 van deze verzekeringsvoorwaarden.
- e. Bij overlijden van de verzekerde.

8.2 Verzekeraar beëindigt de inschrijving op verzoek van de verzekerde:

- a. Na ontvangst van een daartoe strekkende schriftelijke mededeling van de verzekerde, met inachtneming van een opzegtermijn van 2 maanden voor het verstrijken van de in artikel 2, lid 6 genoemde periode.
- b. Bij wijziging van de premie- en/of verzekeringsvoorwaarden (niet zijnde een verruiming of verbetering van de voorwaarden of een wijziging voortvloeiend uit een dwingend opgelegde overheidsmaatregel), als de verzekerde binnen 1 maand, nadat de wijziging van de voorwaarden hem bekend is gemaakt, schriftelijk te kennen heeft gegeven de verzekeringsovereenkomst te willen beëindigen.

9 Onrechtmatige inschrijving

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

10 Omvang van de dekking

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

De lidstaten van de EU zijn:

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

De lidstaten van de EER zijn:

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

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

- Voorzover volgens de verzekeringsvoorwaarden voorafgaande toestemming door verzekeraar vereist is, geldt dit ook voor behandelingen binnen andere EU-, EER-landen en Zwitserland.
- Voorzover in de voorwaarden beperkingen gelden zoals maximeringen, eigen bijdragen en vaste vergoedingsbijdragen zijn deze evenzeer van toepassing op behandelingen in andere EU-, EER-landen 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 reiskosten kan worden gemaakt zal de vergoeding nooit meer bedragen dan de vergoeding binnen Nederland van de woonplaats van verzekerde naar de dichtstbijzijnde plaats in Nederland waar deze zorg voorhanden is.
- Spoedeisende hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland wordt geregeld in artikel 10.5.
- De zorgaanbieder moet voldoen aan kwalificaties die overeenkomen met hetgeen in Nederland gebruikelijk is.

10.2 Alternatieve geneeswijzen

De vergoeding omvat de volgende alternatieve geneeswijzen/therapieën:

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

Antroposofische therapieën worden uitsluitend vergoed na verwijzing door een antroposofisch (huis)arts. Vergoeding geschiedt uitsluitend voorzover de zorg wordt verleend door een arts die de desbetreffende alternatieve geneeswijze beoefent, of:

- Een acupuncturist, lid van de NVA/NAAV of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze vereniging worden gesteld.
- Een chiropractor, lid van de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA) of Dutch Chiropractic Federation (DCF), of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze verenigingen worden gesteld.
- Een haptotherapeut, lid van de VVH of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze vereniging worden gesteld.
- Een klassiek homeopaat, lid van de NVKH of NOKH of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze vereniging worden gesteld.
- Een osteopaat, die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO) en/of Nederlandse Registratieraad Osteopathie (NRO).
- Een shiatsu-therapeut, die lid is van de sector Shiatsu van de Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST).

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

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

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

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

Zorg verleend door de eigen huisarts wordt niet afzonderlijk vergoed.

10.3 Brillenglazen en contactlenzen

Per 3 kalenderjaren een vergoeding van 30% van de kosten met een maximum van € 140,-. De sterkte van een van de glazen of lenzen moet minimaal 0,25 dioptrieën bedragen of er is een prismatische correctie in aangebracht. Vergoeding van brillenglazen en 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.

10.4 Brilmonturen

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

10.5 Buitenlanddekking (spoedeisende hulp)

Volledige vergoeding van kosten van spoedeisende geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf (maximaal 365 achtereenvolgende dagen) in het buitenland (werelddekking) op basis van kostprijs (laagste verpleegklasse).

De zorgverlening moet een verstrekking betreffen waarop bij verblijf in Nederland op basis van de StandaardPakketpolis aanspraak zou kunnen worden gemaakt.

Volledige dekking van repatriëringkosten door of in opdracht van de ANWB Alarmcentrale op basis van kostprijs. In plaats hiervan kan in voorkomende gevallen de kosten van begrafenissen of crematies ter plaatse worden vergoed. Onder repatriëringkosten worden verstaan kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland naar Nederland. Deze kosten dienen in directe relatie te staan met de ziekte of het ongeval. Op basis van kostprijs het vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland. Kosten van hulpverlening via de ANWB Alarmcentrale in verband met: vervoer, repatriëring, medische begeleiding, ziekenhuisopname, toezending van medicijnen en/of hulpmiddelen en overlijden, worden volledig vergoed op basis van kostprijs.

Voorwaarden buitenlanddekking:

- De behandeling dient een spoedeisend karakter te hebben en kan niet worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- De hulpverlening mag niet het gevolg zijn van de vooropgezette bedoeling een behandeling te ondergaan.
- Bij vertrek naar het buitenland was de behandeling niet te voorzien.
- De verzekerde of een namens hem/haar handelende derde heeft zo spoedig mogelijk, nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd de ANWB Alarmcentrale ingeschakeld.
- De hulpverlening is door of na goedkeuring van de ANWB Alarmcentrale, in dezen handelend namens verzekeraar, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor zorg verleend door een huisarts, tandarts of apotheker.
- De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en voldoende gespecificeerde nota's. Eventuele betalingsbewijzen dienen te worden meegezonden.

Vergoeding van de kosten van hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland, zoals hierboven beschreven in artikel 10.5, 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 die geldt op de dag van het vaststellen van de uitkering. Voor een snelle uitbetaling van nota's van hulp in het buitenland geldt het volgende:

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

10.6 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.

10.7 Cursussen regionale thuiszorgorganisaties

Deelname aan de volgende cursussen:

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

Per cursusdagdeel bedraagt de eigen bijdrage € 5,- .

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

10.8 Epilatie

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

10.9 Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck:

10.9.1 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,-.

10.9.2 Voor verzekerden jonger dan 18 jaar:

In aansluiting op de vergoeding uit de Standaardpakketpolis kunnen vanaf de 10e behandeling fysiotherapie de medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie worden vergoed. Eveneens in aansluiting op de vergoeding uit de Standaardpakketpolis kunnen voor kindersfysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de 19e behandeling de medisch noodzakelijke behandelingen vergoed worden.

10.9.3 Voor verzekerden van 18 jaar en ouder:

Vergoeding van de kosten van de medisch noodzakelijke behandelingen door een door verzekeraar gecontracteerde fysiotherapeut, of een door verzekeraar gecontracteerde oefentherapeut Cesar / Mensendieck op verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts of specialist waarbij is aangegeven welke vorm van therapie is geïndiceerd.

Verwijzing door de bedrijfsarts is slechts toegestaan indien er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

10.9.4 Na voorafgaande toestemming door verzekeraar, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden, kan worden deelgenomen aan een specifiek programma dat is ontwikkeld ten behoeve van fibromyalgie patiënten. Dit programma kent een multidisciplinaire benadering en wordt verleend door daartoe door verzekeraar specifiek gecontracteerde zorgaanbieders. Toestemming kan uitsluitend worden verleend op basis van een door de huisarts of specialist verstrekte motivatie. Dit programma kan niet worden gevolgd in combinatie met individuele fysiotherapie voor dezelfde indicatie. Na afloop van het programma bestaat ook geen recht meer op vervolghandelingen 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.

10.10 Herstelingsoorden

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.

10.11 Hulpmiddelen

Vergoeding van de kosten van een steunpessarium.

10.12 Jobst-pomp

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

10.13 Kraamzorg (tegemoetkoming kosten algemeen)

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

10.14 Kraamzorg (uitgestelde zorgverlening thuissituatie)

10.14.1 Deze extra service maakt deel uit van De Friesland Kraamservice (kraamzorg in natura) die wordt uitgevoerd door verzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisaties.

10.14.2 Bij een vacuümverlossing, keizersnede, couveusekind of meerling bestaat recht op vergoeding van uitgestelde kraamzorg tot maximaal 6 weken na de bevalling en tot 10 dagen na ontslag uit het ziekenhuis. Voor couveusekinderen is de termijn van 6 weken niet van toepassing. De aanvullende kraamzorg is afgestemd op de behoefte van moeder en kind met een maximum van 15 uren. Bij adoptie van een baby jonger dan 6 maanden bestaat eveneens recht op maximaal 15 uren kraamzorg.

10.15 Kuurbehandelingen (psoriasispatiënten)

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

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

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

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

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

10.16 Kuurbehandelingen (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 een complexe kuurbehandeling van 3 weken in Piëstany (Slowakije). De eigen bijdrage bedraagt per kuurperiode € 300,-. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden. Per kalenderjaar geldt een beperking van het aantal verzekerden dat van deze kuurreizen gebruik kan maken.

10.17 Levertransplantatie (bijkomende kosten)

Bijkomende kosten m.b.t. levertransplantaties worden gedeeltelijk vergoed, hieronder vallen o.a.:

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

10.18 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.

10.19 Oefentherapie in extra verwarmd water (reumatoïde artritis- en Bechterewpatiënten)

Patiënten met reumatoïde artritis of Bechterew hebben recht op tegemoetkoming in de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water. Organisatie, selectie en financiële afhandeling is 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 vindt plaats tot maximaal de door verzekeraar overeengekomen kostprijs met de patiëntenorganisaties in Friesland.

10.20 Orthodontische zorg

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar bestaat recht op vergoeding van de door de tandarts of orthodontist in rekening gebrachte bedragen. 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.

10.21 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.

10.22 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.

10.23 Pensiekkosten

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 pensiekkosten .

10.24 Plastisch chirurgische ingrepen

De volgende operatieve ingrepen worden vergoed op basis van het door verzekeraar overeengekomen tarief of indien geen tarief is overeengekomen op basis van het alsdan rechtsgeldig tarief.

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

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

10.25 Plaswekker

Per verzekerde een eenmalige vergoeding van de aanschaf- of huurprijs, alsmede de noodzakelijke toebehoren, tot een gezamenlijk maximum van € 70,-. Vergoeding geschiedt op basis van een voorschrift van de huisarts. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

10.26 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.

10.27 Postnatale gymnastiek

Vergoeding van de kosten van deelname aan de cursus postnatale gymnastiek.

Aanmelding hiervoor dient plaats te vinden via de regionale thuiszorgorganisaties.

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

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

10.28 Preventie

Vergoeding van de kosten van onderzoek door de huisarts van:

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

10.29 Prismabril (voorschrift)

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

10.30 Eerstelijns Psychologische Zorg

Deze vergoedingsregeling is slechts van toepassing op zeer kort durende 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.

10.31 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.

10.32 Second opinion

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

10.33 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.

10.34 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.

10.35 Stottertherapie volgens de methode Del Ferro of De Pauw

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 € 1.250,- per verzekerde en heeft een eenmalig karakter. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

10.36 Therapeutische kampen en ontspanningsoorden voor kinderen

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

10.37 Uitzending van zieken of gehandicapten

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

10.38 UV-B lichtbehandeling

Na 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.

10.39 Verblijfkosten opvangtehuis/pension en/of reiskosten in bijzondere gevallen
Als een (mee)verzekerd kind voor een zeer zware behandeling wordt opgenomen, kan 75% van de kosten van een opvangtehuis/pension en/of de reiskosten worden vergoed. Voorwaarde is dat de opname plaatsvindt buiten de noordelijke regio.

10.40 Reisverzekering met Europa-dekking (exclusief medische kosten)

De verzekering is van kracht in Europa en in de niet-Europese landen aan de Middellandse Zee. De verzekering is geldig over een al dan niet aaneengesloten periode van maximaal 21 dagen per verzekerde per kalenderjaar. Deze periode dient voor de vertrekdatum 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,- |
| - Auto-sledradio | € 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 gehele 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.*

11 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 voorwendzelen.

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.

12 Bezwaar en geschillen

12.1 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.

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

13 Slotbepaling

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

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

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

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

14 Registratie van persoonsgegevens

De in het kader van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze persoonsregistratie is een gedragscode verwerking persoonsgegevens van toepassing die ter inzage ligt ten kantore van verzekeraar. Deze gedragscode kan tegen kostprijs worden aangevraagd.

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

DE FRIESLAND
ZORGVERZEKERAAR
Zorg voor uw gezondheid