

Algemene verzekeringsvoorwaarden OptieCollectiefPolis: Optie Basis, Optie Extra en Optie Compleet

Verzekeringsvoorwaarden ingaande 1 januari 2003

Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Particulier u.a.

Ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 01070000

Inhoudsopgave

Index vergoedingen	2
Algemene informatie	5
Artikel 1 Begripsomschrijvingen	7
Artikel 2 Dekking Optie Basis	11
Artikel 3 Dekking Optie Extra	18
Artikel 4 Dekking Optie Compleet	24
Artikel 5 Dekking reisverzekering	30
Artikel 6 Bijzondere bepalingen	32
Artikel 7 Uitsluitingen	33
Artikel 8 Algemeen	34
Artikel 9 Inschrijving	35
Artikel 10 Verplichtingen van de verzekeringnemer	36
Artikel 11 Regeling van de uitkering, aansprakelijkheid van derden en verval van recht op uitkering	37
Artikel 12 Ingang, duur en einde van de verzekering	39
Artikel 13 Premiebetaling	41
Artikel 14 Herziening van premie en voorwaarden	42
Artikel 15 Registratie persoonsgegevens	43
Artikel 16 Geschillen	43
Artikel 17 Slotbepaling	43

Index vergoedingen

Optie Basis

Artikel Soort verstrekking

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

Optie Extra

Artikel Soort verstrekking

- 3.1 Alternatieve geneeswijzen
- 3.2 Bevalling en kraamzorg
- 3.3 Camouflagetherapie
- 3.4 Epilatie
- 3.5 Ergotherapie (extramuraal)
- 3.6 Fertiliteitbevorderende behandelingen
- 3.7 Fysiotherapie en oefentherapie
- 3.8 In vitro fertilisatie (IVF-behandeling)
- 3.9 Logopedie
- 3.10 Peeling na ernstige acne
- 3.11 Plaswekker
- 3.12 Podotherapie
- 3.13 Postnatale gymnastiek
- 3.14 Preventie
- 3.15 Psoriasisbehandeling
- 3.16 Psychiatrische zorg (eigen bijdrage AWBZ)
- 3.17 Steunzolen
- 3.18 Stottertherapie
- 3.19 Tandheelkundige zorg
- 3.20 Therapeutische kampen/ontspanningsoorden voor kinderen
- 3.21 UV-B lichtbehandeling

Optie Compleet

Artikel Soort verstrekking

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

Algemene informatie

Alarmcentrale

Voor hulpverlening zoals vermeld onder artikel 2.1.4 dient rechtstreeks contact te worden opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. De ANWB Alarmcentrale is dag en nacht, 7 dagen per week bereikbaar via het speciale toegangsnummer voor De Friesland: (070) 314 58 00. Vanuit het buitenland verschilt het toegangsnummer van land tot land. Kies daarom eerst het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0 (70) en het nummer van de alarmcentrale (314 58 00). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 70 314 58 00. Faxnummer: +31 70 314 70 40. E-mailadres: alarmcentrale@anwb.nl.

Bij noodsituaties en ziekenhuisopname dient overleg plaats te vinden met de ANWB Alarmcentrale. Repatriëring dient uitgevoerd te worden door of in opdracht van de ANWB Alarmcentrale. Als aan deze voorwaarde niet is voldaan kan vergoeding worden geweigerd. Voor snelle betaling van nota's is het gewenst dat het totaal betaalde bedrag wordt vermeld, het land waarin de hulp werd verleend alsmede in welke valuta de nota werd uitgeschreven.

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

De zorg zoals die is verzekerd in Nederland kan ook worden ingeroepen in de lidstaten van de EU, de EER en Zwitserland. Er moet wel worden voldaan aan de voorwaarden zoals deze in Nederland gelden. Is er voorafgaande toestemming nodig of geldt een eigen bijdrage of is er sprake van andere nadere voorwaarden, dan gelden die ook voor zorg binnen de EU de EER of Zwitserland. De vergoeding zal nooit hoger zijn dan die in Nederland zou bedragen. De exacte regeling is vermeld in artikel 2.1 van deze verzekeringsvoorwaarden.

De lidstaten van de EU zijn:

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

Lidstaten van de EER zijn:

Naast de lidstaten van de EU, Noorwegen, Liechtenstein en IJsland.

Voor alle verzekerden van De Friesland bestaat aanspraak op:

Kraampakket

Alle aanstaande moeders die bij De Friesland staan ingeschreven hebben vanaf de 6e maand van de zwangerschap recht op een gratis kraampakket. Dit kraampakket bevat o.a. kraammatrasjes, kraamverband, steriele gaasjes, watten, alcohol 70% en een navelklem. Het kraampakket kan worden afgehaald in onze winkels.

Nostimos (letselschadehulp)

De Friesland werkt samen met Nostimos. Nostimos biedt hulp aan 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 (058) 212 89 73.

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

- 1.1 Verzekeraar**
Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Particulier u.a.
- 1.2 Adviserend tandarts**
De tandarts, die verzekeraar adviseert over toelating tot de verzekering en de medische/tandheelkundige noodzaak van de behandeling.
- 1.3 Apotheker**
Een in Nederland gevestigde apotheker, wiens apotheek voor een ieder toegankelijk is.
- 1.4 Audiologische zorg**
Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg als noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.
- 1.5 Bijkomende kosten**
De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) in rekening mogen worden gebracht.
- 1.6 Centrum voor erfelijkheidsonderzoek**
Een in Nederland gelegen instelling die door de overheid is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
- 1.7 Dagverpleging**
Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.
- 1.8 Farmaceutische zorg**
De bij ministeriële regeling aangewezen onderdelen van farmaceutische zorg, zoals verwoord in de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN).
- 1.9 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).
- 1.10 Gezin**
De op het bewijs van inschrijving vermelde verzekerden, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden, zulks ter beoordeling van de verzekeraar.
- 1.11 Huidtherapeut**
Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die als zodanig staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.

- 1.12 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.
- 1.13 Hulpmiddelen**
De bij ministeriële regeling vastgestelde lijst van hulpmiddelen en het daarbij door verzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
- 1.14 Kaakchirurg**
Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het Register voor Mondziekten en Kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 1.15 Kinderfysiotherapeut**
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en tevens in het register van bevoegde Kinderfysiotherapeuten van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg.
- 1.16 Laboratoriumonderzoek**
Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is erkend.
- 1.17 Logopedist**
Een in Nederland gevestigde logopedist, die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapie.
- 1.18 Manueel therapeut**
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, die als manueel therapeut geregistreerd staat in het register van de Nederlandse Vereniging van Manuele Therapie (NVMT).
- 1.19 Medisch adviseur/adviserend geneeskundige**
De arts, die verzekeraar adviseert over toelating tot de verzekering en de medische noodzaak van de behandeling.
- 1.20 Medische noodzaak**
De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.
- 1.21 Mondhygiënist**
Een in Nederland gevestigde mondhygiënist, die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapie.

- 1.22 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, mondhygiëniste, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- 1.23 Opname**
Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis of daarmee gelijkgestelde inrichting, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.
- 1.24 Orthodontist**
Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.25 Osteopaat**
Een in Nederland gevestigde osteopaat die lid is van de Nederlandse Registratieraad Osteopathie.
- 1.26 Podotherapeut**
Een in Nederland gevestigde podotherapeut, die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- 1.27 Revalidatie**
Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een specialist, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
- 1.28 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.
- 1.29 Specialistische zorg**
Behandeling of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch specialist is ingeschreven.
- 1.30 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.
- 1.31 Tandarts**
Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

- 1.32 Verzekerde**
Ieder die als zodanig op het bewijs van inschrijving is vermeld.
- 1.33 Verzekeringnemer**
Degene die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraar is aangegaan.
- 1.34 Verzekeringsduur**
De termijn waarbinnen een verzekeringsovereenkomst tussen verzekeraar en verzekerde ononderbroken van kracht is.
- 1.35 Zelfstandig behandelcentrum**
Een in Nederland gelegen centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.
- 1.36 Ziekenhuis**
Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten.
- 1.37 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.

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

Artikel 2 Dekking Optie Basis

2.1 Omvang van de dekking

Als en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt verzekeraar de kosten van de hierna genoemde en in Nederland ondergane medische behandelingen conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Als geen tarief is overeengekomen vergoedt verzekeraar genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief. Als en voorzover verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van verzekeraar van het door verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde.

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

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

- Voorzover volgens de verzekeringsvoorwaarden voorafgaande toestemming door verzekeraar vereist is, geldt dit ook voor behandelingen binnen andere EU-, EER-lidstaten en Zwitserland.
- Voorzover in de voorwaarden beperkingen gelden zoals maximeringen, eigen bijdragen en vaste vergoedingsbedragen zijn deze evenzeer van toepassing op behandelingen in een andere EU-, EER-lidstaat en Zwitserland.
- De vergoeding zal nooit meer bedragen dan deze in Nederland zou zijn geweest.
- Voor de bepaling van de medische noodzaak tot behandeling of ter beoordeling van de indicatie voor een behandeling baseert verzekeraar zich op hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.
- Voorzover aanspraak op ziekenvervoer kan worden gemaakt zal de vergoeding nooit meer bedragen dan de vergoeding binnen Nederland van de woonplaats van verzekerde naar de dichtstbijzijnde plaats in Nederland waar deze zorg voorhanden is.
- Spoedeisende geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland wordt geregeld in artikel 2.1.4.
- De zorgaanbieder moet voldoen aan kwalificaties die overeenkomen met hetgeen in Nederland gebruikelijk is.

2.1.1 Audiologische zorg

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

2.1.2 Beademing (chronisch intermitterend)

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

2.1.3 Bevalling in een ziekenhuis op medische indicatie

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

2.1.4 Buitenland (spoedeisende hulp)

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

- a. Kosten van spoedeisende geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf (maximaal 365 achtereenvolgende dagen) in het buitenland op basis van kostprijs en/of verzekerde klasse. Een en ander voorzover deze hulpverlening met toepassing van deze verzekeringsvoorwaarden in Nederland zou worden vergoed.
- b. Kosten van repatriëring op basis van kostprijs.
Onder kosten van repatriëring wordt verstaan de kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland naar Nederland. Deze kosten dienen in directe relatie te staan met de ziekte of het ongeval.
- c. De kosten van vervoer van een stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland op basis van de kostprijs.
- d. De kosten van hulpverlening uitgevoerd door de ANWB Alarmcentrale in verband met vervoer, medische begeleiding, toezending van medicijnen en/of hulpmiddelen, worden vergoed op basis van de kostprijs.

Voorwaarden van de buitenlanddekking:

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

Vergoeding van de kosten van hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland, zoals hierboven beschreven geschiedt met de beperking dat, als zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering op basis van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum of op basis van enige wet of andere voorziening, deze verzekering pas in de laatste plaats geldig is.

Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking kunnen komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.

De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de omrekenkoers op de dag van het vaststellen van de uitkering.

2.1.5 **Dagverpleging in een ziekenhuis**

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

2.1.6 **Erfelijkheidsonderzoek**

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

2.1.7 **Farmaceutische zorg**

2.1.7.1 De kosten van farmaceutische zorg, overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, afgeleverd op voorschrift van een arts (de huisarts of specialist), tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudend huisarts, tenzij verzekeraar anders bepaalt. Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift komt voor vergoeding in aanmerking. Op de vergoeding van geneesmiddelen is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze voorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

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

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

2.1.8 **Huisartsenzorg**

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

2.1.9 **Hulpmiddelen**

2.1.9.1 De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen overeenkomstig de ministeriële regeling Hulpmiddelen (inclusief de maximumbedragen) en het Reglement hulpmiddelen De Friesland Zorgverzekeraar 2003. Dit reglement maakt deel uit van deze

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

2.1.9.2 Daar waar verzekeraar dit heeft aangegeven in het Reglement hulpmiddelen De Friesland Zorgverzekeraar 2003 is voor aanschaf, vervanging, herstel of bruikleen van het betreffende hulpmiddel tijdige voorafgaande toestemming vereist. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden. De algemene voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten zijn opgenomen in het Reglement hulpmiddelen De Friesland Zorgverzekeraar 2003.

2.1.9.3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling Hulpmiddelen en/of het Reglement hulpmiddelen De Friesland Zorgverzekeraar 2003 anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

2.1.10 Leukemie bij kinderen

De kosten van de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

2.1.11 Nierdialyse

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

2.1.12 Organtransplantaties

De kosten van transplantatie van de volgende donororganen:

Huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart/long, nier/pancreas en lever (orthotoop).

Tevens worden vergoed de kosten van weefselyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door verzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse, waarvoor hij/zij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, voorzover die behandeling verband houdt met de betreffende onder de dekking vallende organtransplantatie.

2.1.13 Psychologische zorg (kortdurend bij oncologische patiënten)

Na voorafgaande toestemming, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden, bestaat recht op vergoeding van maximaal € 575,- per verzekerde per kalenderjaar voorzover de hulp wordt verleend door een vrijgevestigd eerstelijns psycholoog. Toestemming kan uitsluitend worden verleend op basis van een door de behandelend specialist verstrekte motivatie. Deze regeling is slechts van toepas-

sing op zeer kort durende behandelingen (maximaal 10 zittingen). Niet afgezegde afspraken komen voor rekening van verzekerde. De behandelend eerstelijns psycholoog dient ten opzichte van verzekeraar te kunnen aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en dient tevens de aanvullende opleiding tot KOP-psycholoog van de Integrale Kankercentra te hebben gevolgd.

2.1.14 Reconstructieve chirurgie

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

2.1.15 Revalidatie

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

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

2.1.15.2 Revalidatie kan plaatsvinden:

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

2.1.15.3 Vergoeding van de kosten, bedoeld onder artikel 2.1.15.1 en 2.1.15.2 vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer verzekeraar als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

2.1.16 Second opinion

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

2.1.17 Specialistische zorg (niet-klinische zorg)

- Het honorarium van een specialist voor onderzoek en/of behandeling op voorschrift van de huisarts in een polikliniek of op een andere plaats waar de praktijk wordt uitgeoefend.
- De bijkomende kosten.
- Een consult per specialisme per verzekerde per kalenderjaar ten huize van de verzekerde.

Als de verzekeraar hierom vraagt dient een verwijzing van de huisarts, specialist of tandarts te worden overgelegd. Voor een eenmalig bezoek per kalenderjaar aan de oogarts behoeft geen verwijsbriefje te worden overgelegd.

2.1.18 Sportarts/Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Consultatie en behandeling door een sportarts worden vergoed tot een maximum van € 175,- per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van bijvoorbeeld vliegers- of duikerskeuringen worden niet vergoed.

2.1.19 Sterilisatie en abortus

De kosten van sterilisatie en abortus in een ziekenhuis.

De kosten van hersteloperaties na sterilisatie worden niet vergoed.

2.1.20 Tandheelkundige zorg

2.1.20.1 Kaakchirurgische zorg

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

2.1.20.2 Orthodontische zorg in bijzondere gevallen

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

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

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

2.1.20.3 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

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

- a. Het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste 10 dient te zijn.
- b. Een kaakgewrichtsafwijking (pijndysfunctiesyndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts-algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid.
- c. Een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dentoalveolair defect).
- d. Een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnat- of palatoschisis).
- e. Een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro- of maxillo- of faciaaldefect).

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

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

2.1.21 Trombosedienst

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

2.1.22 Zelfstandige behandelcentra

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

2.1.23 Ziekenhuisopname voor onbepaalde duur in de derde klasse

- a. De kosten van verpleging, specialistische of kaakchirurgische zorg en de bijkomende kosten.
Als een kind vanwege borstvoeding in verband met verpleging van de moeder in een ziekenhuis verblijf moet houden, worden ook de verpleegkosten voor het kind vergoed voorzover het kind de leeftijd van 3 maanden nog niet heeft bereikt.
- b. Opname voor bepaalde duur in het Nederlands Astma Centrum te Davos, Zwitserland. De kosten van onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum te Davos, als en voorzover de noodzaak tot opname is vastgesteld na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in een ziekenhuis in Nederland en verzekeraar op een desbetreffend verzoek voorafgaande toestemming heeft verleend. Deze toestemming geldt voor een periode van zes weken tenzij door verzekeraar anders is bepaald.

2.1.24 Ziekenvervoer

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland, als en voorzover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is, per ambulance, taxi, veerboot of auto en dat tevens rechtstreeks verband houdt met opneming in of ontslag uit een ziekenhuis, alsmede naar en van de plaats waar een behandeling plaatsvindt respectievelijk vervoer naar en van een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt opgenomen en/of behandeld. Anders dan voor ambulancevervoer komt een bedrag van de eerste € 65,- per polis per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,25 per kilometer. De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen.

Artikel 3 Dekking Optie Extra

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

3.1 Alternatieve geneeswijzen

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

- Een acupuncturist, lid van de NV(A)A of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze verenigingen worden gesteld.
- Een klassiek homeopaat, lid van de NVKH of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze vereniging worden gesteld.
- Een arts die praktiseert als homeopathisch arts.
- Een arts die praktiseert als antroposofisch arts.
- Een arts die praktiseert als natuurarts.
- Een arts die enzymtherapie toepast.
- Een arts- fleboloog respectievelijk een arts-proctoloog.
- Een arts die de Moermantherapie toepast.

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

De vergoeding van alternatieve geneeswijzen bedraagt maximaal € 345,- per verzekerde per kalenderjaar en geldt voor consulten, behandelingen, therapieën, geregistreerde homeopathische middelen en antroposofische middelen tezamen.

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

3.1.2 Manuele geneeskunde/chiropractie/osteopathie

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

3.2 Bevalling en kraamzorg

De vergoeding van bevalling en kraamzorg voor vrouwelijke verzekerden is afhankelijk van de keuze die voorafgaand aan de bevalling is gemaakt. De mogelijkheden zijn:

a. De Friesland Kraamservice (zorg in natura)

Kraamzorg thuis, afgestemd op de behoefte van moeder en kind (zorg-op-maat). Kraamservice in natura kan worden verleend in aansluiting op een bevalling in een ziekenhuis op medische indicatie, een poliklinische bevalling (zonder medische noodzaak) of een thuisbevalling. Bij een vacuümverlossing, keizersnede, couveusekind of meerling bestaat recht op vergoeding van uitgestelde

kraamzorg tot maximaal 6 weken na de bevalling en tot 10 dagen na ontslag uit het ziekenhuis voor de duur van maximaal 15 uren. Voor couveusekinderen is de termijn van 6 weken niet van toepassing. Bij adoptie van een baby jonger dan 6 maanden bestaat eveneens recht op maximaal 15 uren kraamzorg. Als wordt gekozen voor De Friesland Kraamservice vervalt de aanvullende uitkering of de uitkering ineens (zie hierna). De kosten van een bevalling op medische indicatie in een ziekenhuis worden vergoed. In geval van een poliklinische bevalling of thuisbevalling worden de kosten van het honorarium voor verloskundige zorg door de huisarts, verloskundige of specialist vergoed.

Als niet wordt gekozen voor De Friesland Kraamservice geldt de volgende vergoedingsregeling bij:

b. Bevalling in een ziekenhuis op medische indicatie

De verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse.

Het honorarium voor verloskundige zorg en klinische specialistische zorg. Als genoemde verpleging van moeder en kind korter duurt dan 8 dagen, zal voor de resterende dagen een vergoeding per dag worden verleend van € 115,- ter financiering van de kraamzorg of;

c. Poliklinische bevalling (zonder medische noodzaak) of thuisbevalling

Een uitkering ineens ter hoogte van € 1375,- ter financiering van alle kosten die verband houden met de bevalling zoals kosten polikliniek, kraamzorg, honorarium verloskundige zorg etc. Als binnen 8 dagen na de bevalling alsnog een ziekenhuisopname met medische noodzaak voor moeder en kind volgt, zal een korting van € 90,- per dag met een maximum van 8 dagen worden toegepast op de hiervoor genoemde uitkering.

3.3 **Camouflagetherapie**

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

3.4 **Epilatie**

Op basis van een door de huisarts gemotiveerde aanvraag kan aan vrouwelijke verzekerden een vergoeding worden verleend voor elektrische epilatie, een epilight- of laserbehandeling. Vergoeding vindt alleen plaats als de behandeling beperkt blijft tot het gelaat en/of de hals. De vergoeding bedraagt 75% van de kosten oplopend tot maximaal € 910,- per verzekerde. Deze vergoeding is eenmalig voor de gehele verzekeringsduur. Bij tijdelijke onderbreking van de verzekering (maximaal 12 maanden) wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een vrijgevestigde huidtherapeut. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

3.5 **Ergotherapie (extramuraal)**

Na voorafgaande toestemming advisering door een in Nederland gevestigde ergotherapeut die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

De vergoeding bedraagt maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

3.6 **Fertiliteitbevorderende behandelingen**

Vergoeding van de kosten van hormoonbehandelingen en kunstmatige inseminatie.

3.7 **Fysiotherapie en oefentherapie**

De kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut of 9 behandelingen door een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck per indicatie per verzekerde per kalenderjaar op voorschrift van de huisarts of specialist, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie is geïndiceerd.

Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar. Als en voorzover geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, dan wel nogmaals 9 behandelingen kinderfysiotherapie. Hiervoor is vooraf toestemming van verzekeraar noodzakelijk.

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

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

3.8 **In vitro fertilisatie (IVF-behandeling)**

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

3.9 **Logopedie**

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

3.10 **Peeling na ernstige acne**

Op basis van een verwijzing door de huisarts een bijdrage van 75% van de kosten van behandeling door een vrijgevestigde huidtherapeut en de in het kader van de behandeling noodzakelijk te gebruiken materialen. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

3.11 **Plasweccker**

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

3.12 **Podotherapie**

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

3.13 **Postnatale gymnastiek**

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

3.14 **Preventie**

Eenmaal per twee kalenderjaren bestaat recht op vergoeding van onderzoek van het hart en/of bloedvaten en/of onderzoek naar prostaat-, baarmoederhals- of borstkanker.

3.15 **Psoriasisbehandeling**

Op basis van een door de behandelend specialist ingediend aanmeldingsformulier, waaruit de aard en omvang van de aandoening blijkt, kan toestemming worden verleend voor behandeling in de kuuroorden Nieuweschans of Groningen. De vergoeding bedraagt 90% van de behandelkosten met een maximum van 30 poliklinische behandelingen van 30 minuten.

3.16 **Psychiatrische zorg (eigen bijdrage AWBZ)**

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

3.17 **Steunzolen**

Na eenmalig voorschrift van de huisarts of specialist bestaat recht op vergoeding van maximaal € 25,- per verzekerde per kalenderjaar.

3.18 **Stottertherapie**

Na voorafgaande toestemming bestaat recht op vergoeding van de Del Ferro-therapie of de methode De Pauw (inclusief multidisciplinaire behandeling). De vergoeding bedraagt maximaal € 575,- per verzekerde en heeft een eenmalig karakter. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

3.19 **Tandheelkundige zorg**

3.19.1 **Tandheelkundige implantaten**

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

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

Geen toestemming wordt gegeven als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De vergoeding blijft bovendien beperkt tot het honorarium van de kaakchirurg, de anesthesist en de bijkomende kosten. De kosten van het aanbrengen van de meso-structuur op implantaten wordt niet vergoed.

3.19.2 Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden jonger dan 19 jaar

3.19.2.1 Vergoed wordt 80% van de kosten tot maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.

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

3.19.2.2 Ongevallenregeling tandheelkundige zorg

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar bestaat recht op vergoeding van 80% van de kosten van tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval tot maximaal € 350,- en voorzover de dekking ingevolge 3.19.2.1 niet toereikend is.

Voorafgaande toestemming is vereist, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden.

3.19.3 Orthodontische zorg

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar bestaat recht op vergoeding van de door de tandarts of orthodontist in rekening gebrachte bedragen tot een maximum van € 1600,-. 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.

Aanspraak op vergoeding bestaat als verzekeraar, na ontvangst van een door de tandarts of orthodontist opgemaakte gespecificeerde kostenbegroting, voorafgaand aan de behandeling daartoe schriftelijk toestemming heeft gegeven.

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

Als door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor een behandeling noodzakelijk is, is de regeling zoals vermeld onder 3.19.2.1 niet van toepassing maar geldt de volgende regeling:

Na vooraf verleende goedkeuring door verzekeraar wordt 80% van de kosten, in rekening gebracht door een tandarts, vergoed op basis van het goedgekeurde tarief per behandelingsuur met een maximum van € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.

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

3.20 Therapeutische kampen/ontspanningsoorden voor kinderen

Na voorafgaande toestemming per meeverzekerd kind een vergoeding van € 15,- per dag voor een periode van maximaal 6 weken per kalenderjaar. Toestemming kan worden verleend op basis van een verklaring van de huisarts, waaruit de noodzaak tot verblijf in een therapeutisch kamp of ontspanningsoord blijkt.

3.21 UV-B lichtbehandeling

Na een gemotiveerde aanvraag door de huidarts, kan aan psoriasispatiënten toestemming worden verleend om in de thuissituatie een UV-B lichtbehandeling te ondergaan. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

Artikel 4 Dekking Optie Compleet

Naast de aanspraken zoals hiervoor genoemd in artikel 2 en 3 omvat de Optie Compleet de aanspraken zoals genoemd in artikel 4 en 5.

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

4.1 Alternatieve geneeswijzen

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

- Een acupuncturist, lid van de NV(A)A of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze verenigingen worden gesteld.
- Een klassiek homeopaat, lid van de NVKH of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze vereniging worden gesteld.
- Een arts die praktiseert als homeopathisch arts.
- Een arts die praktiseert als antroposofisch arts.
- Een arts die praktiseert als natuurarts.
- Een arts die enzymtherapie toepast.
- Een arts-fleboloog respectievelijk een arts proctoloog.
- Een arts die de Moermantherapie toepast.
- Een haptotherapeut, lid van de VVH, of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze vereniging worden gesteld.

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

De vergoeding van alternatieve geneeswijzen bedraagt maximaal € 575,- per verzekerde per kalenderjaar en geldt voor consulten, behandelingen, therapieën, geregistreerde homeopathische middelen en antroposofische middelen tezamen.

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

4.1.2 Manuele geneeskunde/chiropractie/osteopathie

Manuele geneeskunde door een arts die als zodanig praktiseert of een manueel therapeut of osteopaat. Behandeling door een chiropractor voorzover lid van de Nederlandse Vereniging van Chiropractoren dan wel ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan dezelfde kwalificaties.

Vergoeding van maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding bedraagt maximaal € 35,- per behandeling.

4.2 Bevalling en kraamzorg

De vergoeding van bevalling en kraamzorg voor vrouwelijke verzekerden is afhankelijk van de keuze die voorafgaand aan de bevalling is gemaakt. De mogelijkheden zijn:

a. De Friesland Kraamservice (zorg in natura).

Kraamzorg thuis, afgestemd op de behoefte van moeder en kind (zorg-op-maat). Kraamservice in

natura kan worden verleend in aansluiting op een bevalling in een ziekenhuis op medische indicatie, een poliklinische bevalling (zonder medische noodzaak) of een thuisbevalling. Bij een vacuümverlossing, keizersnede, couveusekind of meerling bestaat recht op vergoeding van uitgestelde kraamzorg tot maximaal 6 weken na de bevalling en tot 10 dagen na ontslag uit het ziekenhuis voor de duur van maximaal 15 uren. Voor couveusekinderen is de termijn van 6 weken niet van toepassing. Bij adoptie van een baby jonger dan 6 maanden bestaat eveneens recht op maximaal 15 uren kraamzorg. Als wordt gekozen voor De Friesland Kraamservice vervalt de aanvullende uitkering of de uitkering ineens (zie hierna). De kosten van een bevalling op medische indicatie in een ziekenhuis worden vergoed. In geval van een poliklinische bevalling of thuisbevalling worden de kosten van het honorarium voor verloskundige zorg door de huisarts, verloskundige of specialist vergoed.

Als niet wordt gekozen voor De Friesland Kraamservice geldt de volgende vergoedingsregeling bij:

b. Bevalling in een ziekenhuis op medische indicatie.

De verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse.

Het honorarium voor verloskundige zorg en klinische specialistische zorg. Als genoemde verpleging van moeder en kind korter duurt dan 8 dagen, zal voor de resterende dagen een vergoeding per dag worden verleend van € 125,- ter financiering van de kraamzorg of;

c. Poliklinische bevalling (zonder medische noodzaak) of thuisbevalling.

Een uitkering ineens ter hoogte van € 1725,- ter financiering van alle kosten die verband houden met de bevalling zoals kosten polikliniek, kraamzorg, honorarium verloskundige zorg etc. Als binnen 8 dagen na de bevalling alsnog een ziekenhuisopname met medische noodzaak voor moeder en kind volgt, zal een korting van € 90,- per dag met een maximum van 8 dagen toegepast op de hiervoor genoemde uitkering.

25

4.3 Brillenglazen, contactlenzen en brilmonturen

4.3.1 Brillenglazen en contactlenzen

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

4.3.2 Brilmonturen

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

4.4 **Cursussen regionale thuiszorgorganisaties**

Deelname aan de volgende cursussen:

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

Per cursusedagdeel is een eigen bijdrage van € 4,50 verschuldigd.

Aanmelding dient plaats te vinden via de betreffende regionale thuiszorgorganisatie.

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

4.5 **Ergotherapie (extramuraal)**

Na voorafgaande toestemming advisering door een, in Nederland gevestigde, ergotherapeut die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

De vergoeding bedraagt maximaal € 275,- per verzekerde per kalenderjaar.

4.6 **Fysiotherapie en oefentherapie**

De kosten van medisch noodzakelijke behandeling door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck. Voor de vergoeding van de eerste 9 behandelingen fysiotherapie respectievelijk 18 behandelingen door een kinderfysiotherapeut respectievelijk oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck dient de verwijzing door een huisarts of specialist te worden overgelegd.

Bij meer dan 9 respectievelijk 18 behandelingen is voorafgaande toestemming door verzekeraar noodzakelijk. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

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

4.7 **Kuurbehandeling (psoriasispatiënten)**

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

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

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

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

4.8 **Kuurbehandeling (reuma- en Bechterewpatiënten)**

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

Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden. Per kuur is een eigen bijdrage van € 225,- verschuldigd. Per kalenderjaar geldt een beperking van het aantal verzekerden dat van deze groepskuurreizen gebruik kan maken.

4.9 **Mantelzorg (vervangende hulp)**

In verband met vakantie van de vaste verzorger(s) van chronisch zieken of ernstig gehandicapten bestaat, na voorafgaande toestemming, recht op vergoeding van vervangende hulpverlening gedurende maximaal 15 dagen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per dag alsmede een bedrag van € 25,- zijnde de kosten van intake.

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

4.10 **Oefentherapie in extra verwarmd water voor reuma- en Bechterewpatiënten**

Reuma- en Bechterewpatiënten hebben recht op tegemoetkoming in de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water. Organisatie, selectie en financiële afhandeling zijn opgedragen aan de reumapatiëntenverenigingen in Friesland, te weten de RPV Drachten, de RPV Leeuwarden, de RPV Ooststellingwerf, de RPF Súdwest Fryslân en de RPV Weststellingwerf.

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

N.B.: Verzekeraar is met partijen in overleg om deze voorziening onder bepaalde voorwaarden als fysiotherapie te gaan vergoeden. Betrokkenen worden hier te zijner tijd nader over geïnformeerd.

4.11 **Pensiekosten**

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

Vergoeding geldt voor alle vestigingen binnen Nederland en geschiedt slechts als zowel de patiënt als het bezoekend gezinslid bij verzekeraar staan ingeschreven.

4.12 **Preventie**

4.12.1 Eenmaal per twee kalenderjaren bestaat recht op vergoeding van onderzoek van het hart en/of bloedvaten en/of onderzoek naar prostaat-, baarmoederhals- of borstkanker.

4.12.2 Ten behoeve van verblijf in het buitenland van langer dan 8 weken, bestaat recht op vergoeding van preventieve middelen tegen de volgende ziektes: cholera, difterie-tetanus-polio (DTP), gele koorts, hepatitis A en B, malaria en tyfus.

4.13 **Prismabril**

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

4.14 Psychologische zorg

4.14.1 Eerstelijns psychologische zorg

Deze regeling is slechts van toepassing op zeer kort durende behandelingen - volgens de definities van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) - maximaal 15 zittingen.

Vergoeding vindt plaats volgens de volgende regels:

Na voorafgaande toestemming door verzekeraar, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden, bestaat recht op vergoeding van maximaal € 425,- per verzekerde per kalenderjaar voorzover de hulp wordt verleend door een vrijgevestigd eerstelijns psycholoog. Toestemming kan uitsluitend worden verleend op basis van een door de huisarts verstrekte motivatie. Per zitting wordt maximaal € 42,50 vergoed. Niet afgezegde afspraken komen voor rekening van verzekerde. De behandelend eerstelijns psycholoog dient ten opzichte van verzekeraar te kunnen aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologie van het NIP.

4.14.2 Het Behouden Huys (alleen voor oncologische patiënten)

Begeleiding en psychologische zorg verleend aan kankerpatiënten in het Behouden Huys te Haren (Gr.). Na voorafgaande toestemming vergoeding van 80% van de kosten tot een maximum van € 575,- per verzekerde per kalenderjaar. Deze behandeling kan niet in combinatie met de vergoeding van kortdurende oncologische psychologische zorg (artikel 2.1.13) en/of eerstelijns psychologische zorg (artikel 4.14.1).

28 4.15 Reiskosten ziekenbezoek

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

- zowel patiënt als het bezoekend gezinslid staat ingeschreven bij verzekeraar;
- de totale verpleegduur overschrijdt een periode van 1 maand.

Vergoedingsregeling:

- de vergoeding gaat pas in vanaf de 2e maand van verpleging;
- vergoeding van reiskosten geschiedt op basis van openbaar vervoer tweede klas, of bij eigen vervoer een vergoeding van € 0,25 per kilometer;
- per bezoek geldt een eigen bijdrage van € 10,-;
- frequentie: eenmaal per dag, maximaal driemaal per week;
- maximale vergoeding € 700,- per verpleegperiode.

4.16 Sportactiviteiten ex-hartpatiënten

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

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

4.17 Stottertherapie

Na voorafgaande toestemming bestaat recht op vergoeding van de Del Ferro-therapie of de methode De Pauw (inclusief multidisciplinaire behandeling). De vergoeding bedraagt maximaal € 800,- per verzekerde en heeft een eenmalig karakter. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

4.18 Tandheelkundige zorg

4.18.1 Tandheelkunde voor verzekerden tot 27 jaar

Met uitzondering van orthodontie bedraagt de vergoeding 100% van alle UPT-verrichtingencodes inclusief techniekkosten.

De maximale vergoeding bedraagt € 910,- per verzekerde per kalenderjaar.

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

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

De vergoeding van de kosten van orthodontische zorg is geregeld in artikel 4.18.2.

4.18.2 Orthodontische zorg

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar bestaat recht op vergoeding van de door de tandarts of orthodontist in rekening gebrachte bedragen tot een maximum van € 2275,-.

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.

Aanspraak op vergoeding bestaat als verzekeraar, na ontvangst van een door de tandarts of orthodontist opgemaakte gespecificeerde kostenbegroting, voorafgaand aan de behandeling daartoe schriftelijk toestemming heeft gegeven.

4.18.3 Ongevallenregeling tandheelkundige zorg

Voor verzekerden jonger dan 27 jaar bestaat recht op vergoeding van 80% van de kosten van tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval tot maximaal € 700,- en voorzover de dekking ingevolge 4.18.1 niet toereikend is.

Voorafgaande toestemming is vereist, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden.

4.19 Uitzending van zieken of gehandicapten

Voor uitzending door het Rode Kruis, de Zonnebloem, Humanitas of een daarmee door verzekeraar gelijk te stellen instelling geldt een vergoeding van maximaal € 95,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 5 Dekking reisverzekering

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

De verzekering is van kracht in Europa en in de niet-Europese landen aan de Middellandse Zee.

De verzekering is geldig over een al dan niet aaneengesloten periode van maximaal 21 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

Deze periode dient voor de vertrekdatum te worden gemeld door toezending van de desbetreffende meldingskaart, waarna een aparte polis alsmede de op de reisverzekering van toepassing zijnde specifieke voorwaarden voor deze verzekering worden toegezonden.

Voor wintersport, sommige overige risico's, werelddekking of voor een verblijf van langer dan 21 dagen in het buitenland, worden een aanvullende premie en poliskosten in rekening gebracht.

Globaal overzicht dekking reisverzekering*):

Bagagedekking maximaal per polis	€ 2.750,-
Waarvan ten hoogste voor:	
- foto-, film-, video- en computerapparatuur (incl. software)	€ 910,-
- (zonne)brillen, contactlenzen, prothesen	€ 230,-
- sieraden en bont	€ 230,-
- horloges	€ 230,-
- fietsen	€ 345,-
- opblaasbare boten, zeilplanken, kano's en toebehoren	€ 250,-
- auto-slederadio	€ 230,-
- (auto)telecommunicatie-apparatuur	€ 230,-
- beeld- en geluidsdragers	€ 95,-
- tijdens de reis aangeschafte voorwerpen	€ 250,-
- op reis meegenomen geschenken	€ 250,-
- reisdocumenten	kostprijs

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

Ongevallenuitkering

Bij overlijden of algehele blijvende invaliditeit, maximaal € 10.000.

Vervangend vervoer

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

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

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 € 345,-, alleen als de schade hoger is dan € 25,-.

Telecommunicatiekosten

Maximaal € 115,- (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.

Artikel 6 Bijzondere bepalingen

6.1 Eigen risico

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

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

- De genoemde eigen risicobedragen gelden per polis; het eigen risico is afhankelijk van het aantal volwassenen (18 jaar of ouder) verzekerd op één polis. Bij verzekering van één volwassene geldt, ongeacht het aantal op de polis meeverzekerde kinderen tot 18 jaar, de helft van het eigen risico. Het aldus berekende eigen risico is van toepassing op alle op de polis verzekerde personen.
- Voor de bepaling van de hoogte van het eigen risico is de gezinssamenstelling op 1 januari van enig jaar bepalend; als de verzekering in de loop van een jaar ingaat is de ingangsdatum van de verzekering bepalend.
- Als het eerste verzekeringsjaar niet gelijk is aan het kalenderjaar wordt het eigen risico voor het resterende gedeelte verminderd met 1/12 deel voor iedere voor de ingangsdatum verstreken volle maand van dat kalenderjaar. Het eigen risico zal echter tenminste € 30,- bedragen.
- Na vaststelling van de vergoeding wordt het uit te keren bedrag verminderd met het op de polis rustend eigen risico. Vergoeding vindt eerst plaats nadat het totaalbedrag van de vergoedingen het eigen risico heeft overschreden. De datum van behandeling is bepalend voor het jaar waarop het eigen risico betrekking heeft.
- Bij een doorlopende opname in een ziekenhuis, sanatorium of daarmee gelijkgestelde inrichting na 30 november van enig jaar en eindigend voor 1 februari van het daaropvolgende jaar is het eigen risico van het kalenderjaar waarin de opname plaatsvond van toepassing.
- De hoogte van het gewenste eigen risico kan slechts per 1 januari van enig jaar worden gewijzigd.

6.2 Klassedekking OptieCollectiefPolis

Tegen een toeslag van € 20,- per maand per verzekerde van 18 jaar en ouder op de premie, kan de dekking worden uitgebreid met opname in de tweede klasse van een ziekenhuis. Bij opname in een hogere klasse bedraagt de uitkering de geldende verpleegprijs voor de verzekerde klasse.

Artikel 7 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

- 7.1 Als en voorzover door de verzekeringnemer of de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, regeling van overheidswege of een andere overeenkomst aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt.
- 7.2 Voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek, behoudens het bepaalde in artikel 3.16.
- 7.3 Voor onderzoek en behandeling door een psycholoog; behoudens het bepaalde in artikel 2.1.13 en 4.14.
- 7.4 Voor vorm en/of aspectveranderende operaties en behandelingen van het uiterlijk en alle daarna volgende niet-medisch noodzakelijke behandelingen die hiermee verband houden, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van vermindering ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.
- 7.5 Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedefinieerd.
- 7.6.1 Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.
- 7.6.2 De uitsluiting onder 7.6.1 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, voorzover er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).
- 7.6.3 Voorzover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt artikel 7.6.2 geen toepassing.
- 7.7 Voor onderzoek en/of behandeling door een hoogleraar-specialist, tenzij en voorzover verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek vooraf hiertoe toestemming heeft gegeven. Als verzekeraar geen toestemming heeft gegeven tot onderzoek en/of behandeling door de hoogleraar-specialist, bestaat er slechts aanspraak op een vergoeding tot maximaal de kosten van een specialist/niet-hoogleraar.
- 7.8 Voor een kraampakket, niet zijnde het door De Friesland ter beschikking gestelde kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige hulp.
- 7.9 Voor keuringen, attesten en vaccinaties (behoudens het bepaalde in artikel 4.12.2).

Artikel 8 Algemeen

8.1 Grondslag van de verzekering

- 8.1.1 De verzekering wordt aangegaan op grond van een door de aanvrager ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier. De aanvrager is verplicht er aan mee te werken, dat aan verzekeraar alle inlichtingen worden verschaft, die verzekeraar op grond van het ingevulde aanmeldingsformulier noodzakelijk acht. Het onvolledig en/of onjuist invullen van het aanmeldingsformulier ontheft verzekeraar van zijn verplichting tot het doen van enige uitkering en geeft hem het recht de verzekering te beëindigen; verzekeraar kan de sinds de ingangsdatum van de verzekering gedane uitkeringen terugvorderen en is niet gehouden de door verzekerde betaalde premie te restitueren.
- 8.1.2 De verzekering moet worden aangegaan en gehandhaafd voor alle leden van het gezin. Deze verplichting geldt niet voor gezinsleden:
- a. Voorzover en voor zolang zij bij een ziekenfonds als verplicht verzekerde staan ingeschreven.
 - b. Voorzover en zolang zij deelnemen aan een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering.
 - c. Voorzover zij ingevolge de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) worden ingeschreven in de Standaardpakketpolis.
- 8.1.3 Wordt aan voornoemde bepalingen niet voldaan, dan heeft verzekeraar het recht de bestaande verzekering te beëindigen.

Artikel 9 Inschrijving

9.1 Toelating

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

Verzekerden dienen te voldoen aan de contractueel overeengekomen toelatingscriteria tot de collectieve ziektekostenverzekering.

9.2 Inschrijving

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

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

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

9.2.2 Inschrijving geschiedt met inachtneming van de daartoe gestelde leeftijdsgrenzen.

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

9.3 Uitzonderingen

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

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

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

Artikel 10 Verplichtingen van de verzekeringnemer

10.1 Wijzigingen

De verzekeringnemer is verplicht binnen uiterlijk twee maanden nadien aan verzekeraar schriftelijk mededeling te doen van iedere wijziging in de omstandigheden in het gezin die voor de verzekering van belang kan zijn, zoals huwelijk, geboorte, overlijden, adreswijziging en dergelijke aan verzekeraar tijdig alle inlichtingen te verschaffen, die in verband met de verzekering door verzekeraar noodzakelijk worden geacht.

De verzekeringnemer moet erop toezien dat de op het bewijs van inschrijving vermelde gegevens juist zijn.

Alle gevolgen voortvloeiende uit het niet of niet tijdig nakomen van deze verplichtingen zijn voor risico van de verzekerde. Mededelingen, door verzekeraar verzonden aan het laatst bekende adres van de verzekerde, worden geacht hem te hebben bereikt.

10.2 Regeling van opname

De verzekerde is verplicht:

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

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

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

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

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

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

11.1 Regeling van de uitkering

- 11.1.1 De verzekerde is verplicht de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden, binnen 2 jaar na de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden bij verzekeraar in te dienen. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn.
- 11.1.2 Rekeningen, die niet binnen 2 jaar na het ontstaan van de kosten zijn ingediend komen niet meer voor uitkering in aanmerking.
- 11.1.3 Binnen een maand na de vaststelling van de uitkering zal verzekeraar het verschuldigde bedrag betalen. Als de verzekerde niet binnen een maand na de datum van betaling tegen de uitkering bezwaar maakt wordt aangenomen dat hij/zij onvoorwaardelijk akkoord gaat met de uitkering.
- 11.1.4 Nota's kunnen door verzekeraar rechtstreeks aan de zorgaanbieder of instelling worden betaald met inachtneming van het gestelde onder 11.1.5.
- 11.1.5 Voorzover nota's niet geheel voor vergoeding in aanmerking komen geschiedt betaling aan verzekerde onder aftrek van eigen risico's, eigen bijdragen etc. In dat geval dient verzekerde de nota's zelf te voldoen.
- 11.1.6 Verzekeraar kan eveneens met zorgaanbieders en hulpverlenende instanties afspraken maken over rechtstreekse betaling ten behoeve van haar verzekerden. In dat geval wordt de volledige nota aan de zorgaanbieder betaald. Een eventueel op de polis rustend eigen risico, een verschuldigde eigen bijdrage of iets dergelijks wordt in dat geval op de verzekerde verhaald; hetzij met de eerstvolgende premie-incasso hetzij door een daartoe door verzekeraar gemachtigde derde. Als betalingen aan anderen dan de verzekerde worden gedaan is verzekeraar rechtsgeldig gekwet. 37
- 11.1.7 De uitkeringen bedragen nooit meer dan de werkelijk gemaakte kosten.
- 11.1.8 De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voorzover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.
- 11.1.9 Bij wijziging van de verzekeringsvoorwaarden is een daarmee samenhangende wijziging in een recht op uitkering uitsluitend van toepassing op of na de datum van ingang van die wijziging verleende zorg en/of alle overige in deze voorwaarden genoemde afspraken.

11.2 Aansprakelijkheid van derden

- 11.2.1 De verzekerde is verplicht verzekeraar behulpzaam te zijn bij het instellen van verhaal op een aansprakelijke derde.
- 11.2.2 In geen geval mag zonder schriftelijke machtiging van verzekeraar met die derde of diens gemachtigde enigerlei regeling worden getroffen, waardoor verzekeraar in zijn rechten kan worden geschaad.

11.3 Verval van aanspraak op uitkering

- 11.3.1 Wanneer de belangen van verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft verzekeraar geen kosten te vergoeden.
- 11.3.2 Aan de verzekerde, die zich onttrekt aan geneeskundige behandeling, als gevolg waarvan de opneming wordt verlengd of een hernieuwde opneming noodzakelijk wordt, dan wel wegens wangedrag uit een ziekenhuis of daarmee gelijkgestelde inrichting wordt verwijderd, kan uitkering worden geweigerd voor deze opneming en voor de daarmee verband houdende klinische specialistische zorg, bijkomende kosten en ziekenvervoer, een en ander ter beoordeling van verzekeraar.

Artikel 12 Ingang, duur en einde van de verzekering

12.1 Ingang en duur van de verzekering

- 12.1.1 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde vangt de verzekering aan op eerste van de maand, waarin de datum is gelegen waarop de kandidaat-verzekerde, blijkens het door hem ondertekende aanmeldingsformulier, de verzekering wil doen aanvangen. De verzekering vangt echter nooit eerder aan dan op de eerste van de maand, waarin het aanmeldingsformulier bij verzekeraar is binnengekomen, behoudens hetgeen is bepaald in artikel 12.1.2 en artikel 9.3 en nooit later dan op de eerste van de vijfde maand volgend op die, waarin het aanmeldingsformulier bij verzekeraar is binnengekomen.
- 12.1.2 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde, die zijn of haar verzekering bij een ziekenfonds of publiekrechtelijke ziektekostenverzekering heeft moeten beëindigen, vangt de verzekering aan op de dag volgende op die van beëindiging van de ziekenfondsverzekering of publiekrechtelijke ziektekostenverzekering.
- 12.1.3 De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat zij tenminste voor de duur van één kalenderjaar moet worden aangegaan. Verzekeringen aangevangen in de loop van een kalenderjaar worden tenminste voor de duur van dat en van het daarop volgende kalenderjaar aangegaan.

12.2 Einde van de verzekering

- 12.2.1 De verzekeringnemer kan door opzegging zijn verzekering beëindigen op 1 januari van het jaar volgende op het jaar, waarin de opzegging plaats heeft, voorzover de verzekering op dat tijdstip tenminste één kalenderjaar heeft geduurd en de opzegging geschiedt voor 1 november, behoudens het bepaalde in artikel 14.5 van deze verzekeringsvoorwaarden. De opzegging dient schriftelijk en persoonlijk ondertekend door de verzekeringnemer te geschieden.
- 12.2.2 Verzekeraar kan de verzekering niet beëindigen door opzegging, tenzij de beëindiging geschiedt op grond van artikel 8.1.3 en artikel 13.7 van deze verzekeringsvoorwaarden.
- 12.2.3 Behalve door opzegging eindigt de verzekering:
1. Zodra verzekeraar van de verzekerde schriftelijk mededeling heeft ontvangen van zijn inschrijving bij een ziekenfonds dan wel bij een publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraar.
 2. Bij einde dienstverband of anderszins niet meer voldoen aan de contractueel overeengekomen toelatingscriteria tot de collectieve ziektekostenverzekering. In deze situatie kunnen de verzekeringnemer en zijn/haar gezinsleden op individuele basis zonder medische selectie aansluitend worden ingeschreven in een vergelijkbare verzekeringsvorm, voorzover aanmelding hiervoor binnen twee maanden heeft plaatsgevonden.
 3. Zodra de verzekerde zich metterwoon in het buitenland vestigt dan wel langer dan een jaar in het buitenland verblijft.
 4. Als de verzekerde overlijdt.
 5. Op de eerste van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt. De verzekering wordt met ingang van die datum omgezet in een Standaardpakketpolis, tegen de daarvoor geldende voorwaarden en premies.
 6. Bij het beëindigen van de overeenkomst collectieve ziektekostenverzekering.
 7. Zodra niet meer wordt voldaan aan het gestelde in artikel 8.1.1.

- 12.2.4 Vanaf de datum van beëindiging van de verzekering vervalt elke aanspraak op vergoeding.
- 12.2.5 Wijziging van verzekeringsvorm is slechts mogelijk per 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin het verzoek daartoe, door middel van een door verzekerde ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier, is ingediend en nadat verzekeraar deze wijziging heeft goedgekeurd. Bij wijziging van verzekeringsvorm wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

Artikel 13 Premiebetaling

- 13.1** Tenzij in het kader van de collectieve ziektekostenverzekering anders is overeengekomen is de verzekeringnemer verplicht de premie en de kosten alsmede bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen. Voor op de polis meeverzekerde kinderen tot 18 jaar, is maximaal voor 2 kinderen premie verschuldigd.
- 13.2** De premie dient in door verzekeraar te bepalen termijnen te worden betaald en is op de eerste dag van elke betalingstermijn ten kantore van verzekeraar verschuldigd.
- 13.3** De premie wordt voldaan tegen afgifte van een door verzekeraar verstrekte kwitantie of tegen een ander daartoe door hem aangewezen bewijs van kwijting. Bij niet betaling van de premie binnen een maand na de vervaldatum, vervalt het recht op uitkering onverminderd de verplichting tot verdere premiebetaling.
- 13.4** Het verval van recht op uitkering wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak, waarover de achterstallige premie verschuldigd was. Als de achterstallige premie nog door verzekeraar wordt aanvaard, gaat het recht op uitkering weer in op de dag volgende op die, waarop deze premie ten kantore van verzekeraar is voldaan.
- 13.5** Verzekeraar is niet aansprakelijk voor kosten door de verzekerden gemaakt tijdens het verval van recht op uitkering.
- 13.6** Het is de verzekerde niet toegestaan om te betalen premie te verrekenen met de van verzekeraar te vorderen vergoeding. 41
- 13.7** Ingeval een verzekering om bovengenoemde reden vervallen is verklaard van recht op uitkering, is verzekeraar bevoegd de verzekering op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen.
- 13.8** Als verzekeraar overgaat tot invordering van de verschuldigde premie, zijn alle daarop vallende kosten, zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die de premie is verschuldigd.
- 13.9** Bij het in gebreke stellen van het betalen van de premie op de vervaldag, kan de verzekerde zich nimmer beroepen op het feit, dat de premie niet tijdig ten huize van de verzekerde is geïnd.
- 13.10** Bij wijziging van premie door het bereiken van een daartoe gestelde leeftijdsgrens gaat, voorzover van toepassing, de nieuwe premie in op de eerste van de maand, volgende op die, waarin die bepaalde leeftijdsgrens werd bereikt.
- 13.11** Bij de geboorte van een kind in een verzekerd gezin is de eventueel daarvoor vastgestelde premie verschuldigd vanaf de dag van geboorte, ongeacht de datum, waarop dat kind wordt aangemeld.
- 13.12** In het geval bedoeld in artikel 12.2.3 onder 3 eindigt de premiebetaling op de eerste dag volgende op die van het overlijden.

Artikel 14 Herziening van premie en voorwaarden

- 14.1 Verzekeraar houdt zich het recht voor:
- a. De verzekeringsvoorwaarden, waaronder mede te begrijpen leeftijdsgrenzen, eigen risico bedragen en percentages van uitkeringen, te allen tijde te wijzigen.
 - b. De premies te verhogen zodra hij van oordeel is, dat de uitgaven zodanig zijn gestegen of zullen stijgen, dat deze niet door de geldende premies worden of zullen worden gedekt.
- 14.2 De gewijzigde verzekeringsvoorwaarden en de verhoogde premies zijn ook van toepassing op de reeds gesloten verzekeringen.
- 14.3 De bedoelde wijzigingen laten de rechten en verplichtingen die zijn ontstaan voor de datum van ingang van de wijzigingen onverlet en kunnen noch tot meer noch tot minder rechten en verplichtingen leiden dan die bestonden op het moment van de verplichtingen.
- 14.4 Verzekeraar zal voor de datum van ingang van de wijzigingen van de verzekeringsvoorwaarden of van de premieverhoging de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden of de nieuwe premies aan de verzekerde bekendmaken.
- 14.5 De verzekerde, die zich met de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden of de verhoogde premie niet kan verenigen, kan per de ingangsdatum daarvan de verzekering beëindigen, voorzover de verzekeringnemer hiervan per brief mededeling doet aan verzekeraar. Deze brief moet zijn ontvangen:
- a. Voor bedoelde ingangsdatum, als toezending als bedoeld in artikel 14.4 tenminste een maand voor de datum van ingang is geschied.
 - b. Binnen een maand na bedoelde ingangsdatum, als toezending als bedoeld in artikel 14.4, minder dan een maand voor de datum van ingang is geschied.
- 14.6 Als de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden en/of premies voortvloeien uit door de overheid dwingend opgelegde regelgeving is het bepaalde in artikel 14.5 niet van toepassing.
- 14.7 Het bepaalde in artikel 14.5 is niet van toepassing als de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden een verruiming of verbetering van voorwaarden inhoudt.

Artikel 15 Persoonsregistratie

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

Artikel 16 Geschillen

- 16.1** Geschillen die voortvloeien uit deze verzekeringsovereenkomst en/of de daarbij afgesloten aanvullende verzekeringen, dienen binnen drie maanden na het ontstaan van het geschil schriftelijk te worden voorgelegd aan het bestuur van De Friesland Particulier, 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;
- 16.2** Als de verzekerde zich niet kan verenigen met de beslissing van het bestuur van verzekeraar kan hij zich met uitsluiting van andere instanties wenden tot de bevoegde rechter te Leeuwarden.

Artikel 17 Slotbepaling

In de gevallen waarin deze voorwaarden niet voorzien beslist verzekeraar.

