



Voorwaarden
aanvullende verzekeringen
2016

AANVULLENDE VERZEKERING GOED AANVULLENDE VERZEKERING BETER AANVULLENDE VERZEKERING BEST AANVULLENDE VERZEKERING TANDARTS GOED AANVULLENDE VERZEKERING TANDARTS BETER AANVULLENDE VERZEKERING TANDARTS BEST

Verzekeringsvoorwaarden vanaf 1 januari 2016.

Als risicodrager treedt op De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen NV, ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 50884077.

Inhoud

1.	Algemene informatie	3
1.1	Zorgaanbieders en vergoedingen	3
1.2	Klachtafhandeling	3
1.3	Indienen van je nota	3
1.4	Voorafgaande toestemming	4
1.5	Mijn Kiemer	4
1.6	Elektronische communicatie	4
2.	Algemene voorwaarden	5
2.1	Algemene bepalingen	5
2.2	Grondslag en dekkinggebied	5
2.3	Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven	5
2.4	Begin en einde van de verzekering	6
2.5	Herziening van premie of voorwaarden	7
2.6	Dekking	7
2.6.1	Omvang van de dekking	7
2.6.2	Buitenland	8
2.6.3	Samenloop met andere verzekeringen	8
2.6.4	Dekkingsperiode	8
2.6.5	Terrorismerisico	9
2.6.6	Uitsluitingen	9
2.7	Premiebetaling	9
2.8	Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde	11
2.9	Fraude	12
2.10	Klachten	12
2.11	Verhaal op derden	12
2.12	Aansprakelijkheidsbeperking	13
2.13	Registratie persoonsgegevens	13
2.14	Klachten over formulieren	14
2.15	Slotbepaling	14

3.	Inhoud van de aanvullende verzekeringen Goed, Beter, Best	15
3.1	Acnébehandeling	15
3.2	Alternatieve geneeswijzen/therapieën/middelen	15
3.3	Anticonceptiva	16
3.4	Bevalling en kraamzorg	17
3.5	Brillen en contactlenzen	17
3.6	Buitenland	18
	3.6.1 Preventieve consulten en middelen	18
	3.6.2 Spoedeisende zorg	19
	3.6.3 Overlijden in het buitenland	19
	3.6.4 Repatriëring bij ziekte en/of ongeval	19
3.7	Fysiotherapie en oefentherapie	20
3.8	Kronen en bruggen voor verzekerden jonger dan achttien jaar	21
4.	Inhoud van de aanvullende verzekeringen Tandarts Goed, Tandarts Beter, Tandarts Best	22
4.1	Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf achttien jaar	22
4.2	Beugels (orthodontie) voor verzekerden jonger dan achttien jaar	23
5.	Begripsomschrijvingen	25

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

1. ALGEMENE INFORMATIE

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

1.1 Zorgaanbieders en vergoedingen

1.1.1 Vergoeding voor een bepaalde behandeling?

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

1.1.2 Vergoeding van een bepaalde zorgaanbieder?

Zoek je informatie over zorgaanbieders waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten? Deze vind je op www.kiemer.nl. Bij 'Vind uw zorgverlener' kun je een keuze maken voor het soort zorgaanbieder en woonplaats.

Let op: Het kan gebeuren dat een zorgovereenkomst met een zorgaanbieder wordt beëindigd. Wij adviseren je daarom voordat je zorg nodig hebt altijd contact met ons op te nemen of op de website na te kijken of je zorgaanbieder nog steeds een overeenkomst met ons heeft.

1.2 Klachtafhandeling

Wij besteden veel tijd en aandacht aan het afhandelen van klachten. Een klacht wordt door ons gezien als een mogelijkheid om onze informatievoorziening en dienstverlening verder te verbeteren. Je kunt zowel per e-mail als schriftelijk je klacht indienen. Na ontvangst van je klacht ontvang je van ons een ontvangstbevestiging. Wil je meer weten? Verderop in deze verzekeringsvoorwaarden wordt nader op de klachtenafhandeling ingegaan. Meer informatie kun je vinden op onze website.

1.3 Indienen van je nota

Nota's van zorgaanbieders waarmee wij (nog) geen contract hebben afgesloten worden meestal eerst door uzelf betaald. Daarna kun je de nota online indienen via Mijn Kiemer. Meer informatie hierover vind je op onze website.

Let op: Je moet de papieren originele nota's nog minimaal twee jaar bewaren. Wij kunnen deze binnen deze periode nog opvragen voor controles.

Je declaratie snel behandeld

Wij proberen je declaratie altijd zo spoedig mogelijk in behandeling te nemen. Gewoonlijk is je declaratie binnen zeven werkdagen door ons verwerkt en staat het betaalde bedrag binnen tien werkdagen op je rekening. Zorg er dan wel voor dat de gegevens op de nota goed leesbaar zijn en dat je verzekerdenummer of burgerservicenummer hierop duidelijk is vermeld.

Oude nota gevonden?

Heb je nog een oude nota liggen? Nota's kun je indienen tot drie jaar na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Twijfel je wat voor jouw nota van toepassing is? Neem dan gerust contact met ons op.

1.4 Voorafgaande toestemming

Niet iedere behandeling wordt automatisch vergoed. Soms heb je eerst onze voorafgaande toestemming nodig. Als dit het geval is, is dit in hoofdstuk 3 bij het betreffende artikel vermeld. Wij proberen je aanvraag altijd binnen vijf werkdagen af te handelen. Bij onvoldoende informatie kan deze termijn oplopen tot tien werkdagen. Voor een snelle afhandeling hebben wij bij je aanvraag daarom in ieder geval de volgende informatie nodig:

- a. je naam, geboortedatum, adres, woonplaats en verzekerdenummer;
 - b. de aandoening die behandeld wordt;
 - c. de aard van de behandeling of voorziening;
 - d. de duur van de behandeling;
 - e. de naam en functie van de behandelaar en/of aanvrager.
- Je behandelend (tand)arts kan je aanvraag voor je invullen.

1.5 Mijn Kiemer

Je kunt als verzekeringnemer o.a. je declaraties inzien en polisgegevens raadplegen en wijzigen in Mijn Kiemer, via een per DigiD beveiligde online verbinding. Meer informatie over Mijn Kiemer vind je op onze website. In Mijn Kiemer bevindt zich privacygevoelige informatie over je gezondheid. Op basis van de Wet bescherming persoonsgegevens hebben zorgverzekeraars daarom gezamenlijk besloten een extra beveiliging aan te brengen op de 'mijn-omgeving'. Dit betekent dat je voor het inzien van informatie over vergoedingen, eigen risico en PGB alleen nog kunt inloggen via DigiD met sms-functie.

1.6 Elektronische communicatie

De Kiemer aanvullende verzekeringen zijn internetverzekeringen. Als je een van deze verzekeringen hebt afgesloten heb je, als verzekeringnemer of verzekerde, ons uitdrukkelijk toestemming verleend voor het elektronisch toesturen van de polis en van mededelingen en andere communicatie-uitingen.

2. ALGEMENE VOORWAARDEN

2.1 Algemene bepalingen

a. In deze voorwaarden wordt met 'je' bedoeld: jij als verzekerde. Als met 'je' wordt bedoeld jij als verzekeringnemer, is dit expliciet vermeld.

b. In deze voorwaarden wordt met Kiemer bedoeld: De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen NV.

c. In deze voorwaarden wordt met aanvullende verzekering bedoeld:

Kiemer Aanvullende Verzekering Goed (AV Goed)

Kiemer Aanvullende Verzekering Beter (AV Beter)

Kiemer Aanvullende Verzekering Best (AV Best)

Kiemer Aanvullende Verzekering Tandarts Goed (AV Tandarts Goed)

Kiemer Aanvullende Verzekering Tandarts Beter (AV Tandarts Beter)

Kiemer Aanvullende Verzekering Tandarts Best (AV Tandarts Best)

2.2 Grondslag en dekkinggebied

2.2.1 Grondslag

a. De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid ingevuld online aanvraagformulier.

b. Mochten wij het met betrekking tot de aanmelding noodzakelijk vinden om aanvullende informatie op te vragen, dan ben je als verzekeringnemer verplicht hieraan mee te werken en ons de benodigde informatie te verschaffen.

c. Het verstrekken van onvolledige en/of onjuiste informatie ten behoeve van de aanmelding geeft ons het recht de verzekeringsovereenkomst ongeldig te verklaren.

d. Als aan een ingevuld aanmeldingsformulier vormfouten kleven, kunnen wij de eerste premiebetaling als formele bevestiging van de aanvraag beschouwen.

2.2.2 Dekkinggebied

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

2.3 Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven?

Als verzekerde kunnen worden toegelaten natuurlijke personen die in Nederland wonen of buiten Nederland wonen en zijn ingeschreven in de Kiemer Basisverzekering.

2.4 Begin en einde van de verzekering

2.4.1 Aanmelden

Ingangsdatum verzekering

De datum van ingang van de verzekering is de ingangsdatum van de Kiemer Basisverzekering, als je de aanvullende verzekering tegelijkertijd met de basisverzekering afsluit. Deze ingangsdatum is vermeld op je polisblad. Als je de aanvullende verzekering niet tegelijk met een Kiemer Basisverzekering afsluit of wanneer je geen Kiemer Basisverzekering hebt, is de ingangsdatum:

- a. 1 januari van het jaar volgend op de dag waarop wij je aanvraag voor een aanvullende verzekering hebben ontvangen, of;
- b. 1 januari van het lopende kalenderjaar wanneer wij je aanmelding in de maand januari van het lopende kalenderjaar hebben ontvangen.

Wat je verder moet weten

- a. De verzekeringnemer kan de verzekeringsovereenkomst zonder opgave van reden binnen vijftien dagen na dagtekening van het polisblad ongedaan maken. De verzekering wordt dan met terugwerkende kracht ontbonden.
- b. Wij kunnen inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren als de verzekering eerder is beëindigd wegens wanbetaling of fraude zoals bedoeld in deze voorwaarden.
- c. Een aanvullende verzekering kan niet worden afgesloten op het moment dat er sprake is van premieschuld bij De Friesland Zorgverzekeraar NV en/of De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen NV.
- d. Je ontvangt een polisblad in een door ons vast te stellen vorm, dat geldt als bewijs van de tussen jou als verzekeringnemer en ons gesloten verzekeringsovereenkomst.
- e. De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat deze ten minste voor de duur van één kalenderjaar moet worden aangegaan. Verzekeringen aangegaan in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de resterende duur van dat jaar aangegaan.
- f. Voor het verwerken van je persoonsgegevens is de Basisregistratie personen (BRP) bepalend.

2.4.2 Wijzigen aanvullende verzekering

Je kunt je aanvullende verzekering wijzigen per 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin je een aanvraag hiervoor indient en nadat wij deze wijziging hebben goedgekeurd. In afwijking hiervan kun je van aanvullende verzekering veranderen in de periode als bedoeld in artikel 2.5, als wij de premie en/of voorwaarden herzien. Bij het afsluiten van een andere aanvullende verzekering wordt de verzekeringsduur als niet onderbroken beschouwd.

2.4.3 Beëindigen

Je mag als verzekeringnemer je aanvullende verzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Als je tijdig opzegt eindigt je aanvullende verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zeg je de aanvullende verzekering niet op, dan

verlengen wij deze stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan op de volgende manieren plaatsvinden:

- a. door gebruik te maken van de gezamenlijke overstapservice van de verzekeraars. Deze houdt in dat als je uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering afsluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens jou bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als je niet wilt dat de nieuwe verzekeraar namens jou de aanvullende verzekering beëindigt, dien je dat aan te geven op het aanvraagformulier van je nieuwe verzekering;
- b. door jou als verzekeringnemer. Je moet dan uiterlijk 31 december opzeggen. Opzeggen kan per e-mail.

Wat je verder moet weten

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

2.5 Herziening van premie of voorwaarden

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

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

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

2.6 Dekking

2.6.1 Omvang van de dekking

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

2.6.2 Buitenland

Niet spoedeisende behandeling

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

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

Alarmservice bij spoedeisende behandeling

Als je medisch noodzakelijke zorg nodig hebt die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet je dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de Kiemer Alarmservice. Deze coördineert de zorg. Ook kun je informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De Kiemer Alarmservice is dag en nacht, zeven dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (213 88 29). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 213 88 29. E-mail: alarmservice@kiemer.nl.

Omrekenkoers

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

2.6.3 Samenloop met andere verzekeringen

In het geval dat je, als deze verzekering niet zou bestaan, aanspraak kunt maken op een uitkering op basis van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op basis van enige wet, verordening/verdrag of andere voorziening, dan is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. In dat geval vergoeden wij alleen de schade die meer bedraagt dan het bedrag waarop je elders aanspraak kunt maken.

2.6.4 Dekkingsperiode

Je hebt recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als een behandeling in de vorm van een DBC (diagnose behandeling combinatie) in rekening wordt gebracht geldt dat de

datum waarop het DBC-traject is begonnen bepalend is voor het recht op vergoeding.

2.6.5 Terrorismerisico

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

2.6.6 Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding van:

- a. sancties opgelegd door zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld het doorberekenen van niet nagekomen afspraken of het door de zorgaanbieder berekenen van rente wegens het niet tijdig betalen van een nota;
- b. eigen risico's en/of eigen bijdragen in welke vorm dan ook, die op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) of andere (wettelijke) regelingen zijn verschuldigd, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- c. schade veroorzaakt door opzet, of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- d. schade veroorzaakt bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, voor zover er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225). Deze uitsluiting geldt ook niet voor zover op grond van de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is;
- e. behandelingen die zijn uitgevoerd door jezelf. Voor een behandeling door je partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad dienen wij je vooraf toestemming te geven, als je deze behandeling ook bij ons wilt declareren.

2.7 Premiebetaling

- a. Je bent als verzekeringnemer verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen op de over-

eengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Let op: Als verzekeringnemer ben en blijf je zelf verantwoordelijk voor de premiebetaling.

b. Je betaalt als verzekeringnemer de premie en overige verschuldigde bedragen door middel van een automatische incasso. Als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd, versturen wij een acceptgiro. In dat geval kunnen wij jou als verzekeringnemer een bedrag van € 5,- per acceptgiro in rekening brengen.

c. Bij vooruitbetaling per kwartaal geldt een korting van 0,5%, bij vooruitbetaling per halfjaar is dit 1% en bij vooruitbetaling per jaar geldt een korting van 2%. De korting wordt berekend over de verschuldigde premie.

d. Kinderen tot achttien jaar, voor zover ingeschreven in dezelfde aanvullende verzekering als een van hun ouders, betalen geen premie. Onder kinderen worden verstaan de eigen, stief-, adoptie- of pleegkinderen jonger dan achttien jaar. Voor kinderen zoals hier bedoeld gaat na het bereiken van de achttienjarige leeftijd de premiebetaling in op de eerste van de maand volgend op die waarin de achttienjarige leeftijd wordt bereikt.

e. De premie wordt berekend over volle maanden. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand vindt naar rato verrekening plaats.

f. Wij streven ernaar de vooraankondiging van de automatische incasso veertien dagen voor het incasseren van het openstaande bedrag aan je als verzekeringnemer te sturen. Dit is niet van toepassing voor terugkerende betalingen, zoals premie. De vooraankondiging van deze bedragen vindt eenmaal per jaar plaats.

g. Als een automatische incasso niet plaats kan vinden in verband met onvoldoende saldo, bieden wij deze incasso maximaal tweemaal opnieuw aan de bank aan.

h. Het niet door ons incasseren van de premie ontslaat jou als verzekeringnemer niet van je verplichting tot betaling.

i. Als je als verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten, kunnen wij je schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de verzekeringsdekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. Je blijft dan als verzekeringnemer verplicht de premie te voldoen.

j. Als wij maatregelen treffen tot incasso van de vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van jou als verzekeringnemer. De dekking wordt pas weer van kracht op de dag volgend op die waarop wij de verschuldigde premie en de kosten hebben ontvangen. Mochten wij overgaan tot ontbinding van de verzekeringsovereenkomst wegens premieschuld, dan gebeurt dit per de eerste van de maand volgend op de datum waarop de betalingstermijn genoemd in de finale aan-

maning afloopt. Er zit minimaal een periode van veertien dagen tussen deze datum en de datum van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst.

k. Wij kunnen met zorgaanbieders en hulpverlenende instanties afspraken maken over rechtstreekse betaling ten behoeve van onze verzekerden. In dat geval betalen wij de volledige nota aan de zorgaanbieder. Een eventueel verschuldigd eigen risico, een verschuldigde eigen bijdrage of andere bedragen die mogelijk voor jouw rekening blijven, worden in dat geval door ons met de eerstvolgende premie-incasso of door een daartoe door ons gemachtigde derde bij je in rekening gebracht.

l. Het is jou als verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met een van ons te vorderen uitkering.

m. Er geldt een toeslag van 50% op de premie als een aanvullende verzekering niet in combinatie met een basisverzekering van Kiemer is afgesloten.

2.8 Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde

Je bent als verzekerde verplicht:

- a. je bij het invoeren van zorg te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- b. een verwijzing van een arts, tandarts of medisch specialist over te leggen als wij hier om vragen;
- c. ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- d. nota's in te dienen die op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag het recht op vergoeding door ons kan worden vastgesteld. Buitenlandse nota's dienen minimaal de volgende informatie te bevatten:
 - je naam en geboortedatum;
 - de behandeldatum;
 - een omschrijving van de behandeling;
 - kosten- en honorariumbedrag.

Als een nota in een andere taal is gesteld dan Engels, Duits, Frans, Spaans of Italiaans, dan kunnen wij je vragen om een vertaling van een beëdigd vertaler. De kosten hiervan komen voor je eigen rekening.

Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn.

Wat je verder moet weten

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

2.9 Fraude

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

Bij fraude:

- a. doen wij aangifte bij de politie;
- b. word je verzekering beëindigd. Dit geldt ook voor eventueel bij De Friesland Reisverzekeringen NV lopende verzekeringen;
- c. vindt registratie plaats in het door ons bijgehouden incidentenregister;
- d. vindt registratie plaats in het tussen verzekeraars geldende signalerings-systeem;
- e. worden eventueel onterecht uitgekeerde schadebedragen en onderzoekskosten teruggevorderd.

2.10 Klachten

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

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

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

2.11 Verhaal op derden

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

treffen, waaronder het verlenen van kwijting, waardoor wij in onze rechten kunnen worden geschaad. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het hiervoor bepaalde met betrekking tot verhaal op derden, ben je verplicht ons de daardoor geleden schade te vergoeden.

Tip: Wij werken samen met een gespecialiseerd bureau op het gebied van persoonlijke begeleiding van slachtoffers van verkeers- en bedrijfsongevallen, medische fouten, geweldplegingen, etc. De begeleiding heeft betrekking op juridisch, medisch, arbeidsdeskundig en financieel terrein. Voor nadere informatie kun je contact met ons opnemen.

2.12 Aansprakelijkheidsbeperking

Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die je lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder waarvan je zorg in het kader van de aanvullende verzekering hebt ontvangen. Onze eventuele aansprakelijkheid voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen bij de uitvoering van de aanvullende verzekering is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de overeenkomst ten laste van ons zouden zijn gekomen.

2.13 Registratie persoonsgegevens

- a. De persoonsgegevens die in het kader van deze verzekering zijn of kunnen worden verstrekt, kunnen worden opgenomen in de door ons gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing.
- b. Wij houden ons aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars zoals opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Dit document kun je op onze website raadplegen.
- c. Op verzoek kun je bij ons inzage krijgen in de gegevens die van je worden bijgehouden. Je kunt dit verzoek per e-mail indienen. Op jouw verzoek kan tot correctie of verwijdering van gegevens worden overgegaan. Verzoeken tot inzage, correctie of verwijdering kun je richten aan onze Compliance Officer.
- d. Wij mogen aan derden (ook aan zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen of geven als dit nodig is om aan onze verplichtingen die voortvloeien uit deze verzekering te kunnen voldoen.

Voorbeeld: Als wij je rekeningen rechtstreeks van de zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, word je verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe je verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders jouw adres en polisgegevens op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij je ook daadwerkelijk behandelen. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in je adresgegevens, dan kun je ons dat laten weten. Wij zorgen er dan voor dat je adresgegevens worden afgeschermd.

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

2.14 Klachten over formulieren

Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) klagen over door ons gehanteerde formulieren. De klacht kan betrekking hebben op formulieren die volgens de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Als je een dergelijke klacht hebt, kun je deze in eerste instantie bij ons indienen. Als je het niet eens bent met de afhandeling van jouw klacht, kun je je klacht daarna bij de NZa neerleggen. De NZa doet uitspraak in de vorm van een bindend advies, waaraan wij verplicht zijn ons te houden. Je kunt je klacht sturen naar:

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

2.15 Slotbepaling

- a. Statuten van De Friesland liggen ter inzage bij de hoofdvestiging Harlingertrekweg 53, 8913 HR te Leeuwarden en worden op verzoek aan jou beschikbaar gesteld.
- b. Wij kunnen de verzekeringsvoorwaarden op ieder moment wijzigen, met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens de wet en onze statuten.
- c. In niet in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde gevallen, voor zover daarin niet wordt voorzien bij of krachtens de wet, beslist ons bestuur.
- d. Op de uitvoering van de aanvullende verzekering is het Nederlandse recht van toepassing.

3. INHOUD VAN DE AANVULLENDE VERZEKERINGEN GOED, BETER, BEST

3.1 Acnébehandeling

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van behandeling, exclusief te gebruiken materialen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een huidtherapeut die als 'kwaliteits geregistreerd' is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of een gekwalificeerde schoonheidsspecialist die bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) staat geregistreerd met de specialisatie Acné.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts of dermatoloog.

Vergoeding

AV Goed	Geen vergoeding
AV Beter	Geen vergoeding
AV Best	Maximaal € 200,- per kalenderjaar

3.2 Alternatieve geneeswijzen/therapieën/middelen

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van:

- consulten en behandelingen van alternatieve (complementaire) geneeswijzen/therapieën;
- antroposofische middelen die als homeopathische middelen zijn geregistreerd;
- homeopathische middelen die door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen zijn geregistreerd.

Informatie over de geregistreerde homeopathische middelen vind je op www.cbg-meb.nl bij Geneesmiddeleninformatiebank .

Tip: Wij adviseren je altijd je huisarts of medisch specialist in te lichten als je gebruikmaakt van alternatieve geneeswijzen/therapieën.

Wie mag de zorg verlenen

De zorg onder a. mag worden verleend door:

- een arts voor alternatieve geneeswijzen;
- een behandelaar die als gediplomeerd lid is ingeschreven bij een beroepsvereniging die voldoet aan onze kwaliteitseisen;
- een behandelaar ingeschreven in het register van een organisatie van beroepsverenigingen die voldoet aan onze kwaliteitseisen.

Je kunt de lijst met door ons erkende (koepels van) beroepsverenigingen raadplegen via onze website. De lijst maakt onderdeel uit van de verzekeringsvoorwaarden en kan in de loop van het jaar worden aangevuld.

Let op: Voor beroepsverenigingen aangesloten bij de door ons erkende koepels van beroepsverenigingen SRBAG, RBCZ en NAP geldt dat de behandelaar niet alleen bij de beroepsvereniging, maar daarnaast ook bij een van deze koepelorganisaties moet zijn geregistreerd.

De zorg onder b. en c. mag worden verleend door een apotheker of apothekhoudende huisarts.

Voorschrift

De middelen moeten zijn voorgeschreven door de huisarts of een arts voor alternatieve geneeswijzen.

Uitsluitingen

a. Je hebt geen recht op vergoeding van:

- chelatie-, ozon- en Frischzellentherapie;
- yoga;
- coaching;
- fytotherapeutische voedingssupplementen.

b. Wij vergoeden geen behandelingen op de werkplek (bijv. stoelmassage).

Vergoeding

AV Goed	Geen vergoeding
AV Beter	Maximaal € 25,- per dag tot maximaal € 250,- per kalenderjaar
AV Best	Maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

3.3 Anticonceptiva

Inhoud zorg

De vrouwelijke verzekerde heeft vanaf de leeftijd van 21 jaar recht op vergoeding van de volgende anticonceptiva:

- a. orale anticonceptiva (de pil);
- b. prikpil;
- c. spiraaltje;
- d. pessarium occlusivum;
- e. implanteerbaar hormoonstaafje;
- f. hormonale pleisters;
- g. vaginale ring;
- h. morning-after pil.

Let op:

- a. De kosten van het aanmeten, plaatsen of toedienen van anticonceptiva door een arts vallen niet onder dit artikel, maar onder je basisverzekering. Als hierbij een gynaecoloog betrokken is, vallen de kosten mogelijk onder je eigen risico.
- b. Je hebt onder dit artikel geen recht op vergoeding van een spiraaltje of een implanteerbaar hormoonstaafje als dit wordt geplaatst door een gynaecoloog in het ziekenhuis. De kosten van deze anticonceptiva maken deel uit van het tarief voor plaatsing en vallen daarmee onder je basisverzekering.

Vergoeding

AV Goed	Volledige vergoeding*
AV Beter	Volledige vergoeding*
AV Best	Volledige vergoeding*

* In uitzondering hierop geldt voor de vaginale ring en hormonale pleisters een maximumvergoeding van € 75,- per kalenderjaar.

Voor het spiraaltje, het pessarium oclusivum en het implanteerbare hormoonstaafje is de vergoeding beperkt tot een volledige vergoeding eenmaal per drie kalenderjaren.

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

3.4 Bevalling en kraamzorg**Inhoud zorg**

De vrouwelijke verzekerde heeft tegen inlevering van de originele nota recht op compensatie van de eigen bijdrage bevalling en kraamzorg die op grond van de Zorgverzekeringswet is verschuldigd.

Vergoeding

AV Goed	Geen vergoeding
AV Beter	Geen vergoeding
AV Best	Volledige vergoeding

3.5 Brillen en contactlenzen**Inhoud zorg**

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

Wie mag deze zorg verlenen

Een (internet)opticien.

Uitsluiting

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

Vergoeding

AV Goed	Geen vergoeding
AV Beter	Maximaal € 50,- per drie kalenderjaren
AV Best	Maximaal € 100,- per drie kalenderjaren

Let op:

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

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

Tip: Met verschillende opticienketens hebben wij kortingsafspraken voor brillen en contactlenzen gemaakt. Bij Specsavers heb je voor het verzekerde bedrag altijd recht op twee brillen, zonder bijbetaling. Kijk voor meer informatie op onze website of in de winkels van de betreffende opticiens.

3.6 Buitenland

3.6.1 Preventieve consulten en middelen bij verblijf in het buitenland

Inhoud zorg

Je hebt ten behoeve van verblijf in het buitenland (bijvoorbeeld wegens vakantie, stage of werk) recht op vergoeding van consulten en preventieve vaccinaties en geneesmiddelen ter voorkoming van de volgende ziektes: cholera, difterie-tetanus-polio (DTP), gele koorts, hepatitis A, combinatie hepatitis A en B, malaria, mazelen (BMR), meningokokkenziekte (ACWY), rabies, tekenencefalitis (FSME) en tyfus.

Wie mag deze zorg verlenen

Een instelling of (huis)arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR). Welke instellingen en (huis)artsen dit zijn kun je vinden op www.lcr.nl/Vaccinatie-adressen.

Vergoeding

AV Goed	Geen vergoeding
AV Beter	Volledige vergoeding
AV Best	Volledige vergoeding

3.6.2 Spoedeisende zorg in het buitenland

Inhoud zorg

Bij tijdelijk verblijf van korter dan een jaar in een ander EU-, EER- of verdragsland dan je woonland, heb je recht op vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg. Er is sprake van spoedeisende zorg als deze bij vertrek onvoorzien was en redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in je woonland. Het betreft uitsluitend een aanvulling op de vergoeding van zorg of diensten waarop aanspraak bestaat op grond van een bij ons of elders afgesloten basisverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten. Als je spoedeisende zorg nodig hebt, dan moet je dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de Kiemer Alarmservice (zie artikel 2.6.2).

Vergoeding

AV Goed	Volledige vergoeding
AV Beter	Volledige vergoeding
AV Best	Volledige vergoeding

3.6.3 Overlijden in het buitenland

Inhoud zorg

Je hebt, na inschakeling van de Kiemer Alarmservice (zie artikel 2.6.2), recht op vergoeding van het vervoer van het lichaam van de plaats van overlijden in een EU-, EER- of verdragsland naar je woonland, op basis van kostprijs. In plaats hiervan kunnen in voorkomende gevallen de kosten van begraving of crematie ter plaatse worden vergoed, tot maximaal de kosten van repatriëring van het lichaam.

Vergoeding

AV Goed	Volledige vergoeding
AV Beter	Volledige vergoeding
AV Best	Volledige vergoeding

3.6.4 Repatriëring bij ziekte en/of ongeval

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van repatriëring door of in opdracht van de Kiemer Alarmservice (zie artikel 2.6.2) op basis van kostprijs,

voor zover geen aanspraak bestaat op vergoeding van deze kosten op grond van een bij ons of elders afgesloten basisverzekering. Onder repatriëringkosten worden verstaan de kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden, inclusief medisch noodzakelijke begeleiding, vanuit een EU-, EER- of verdragsland naar je woonplaats. Deze kosten dienen in directe relatie te staan tot de ziekte of het ongeval.

Vergoeding

AV Goed	Volledige vergoeding
AV Beter	Volledige vergoeding
AV Best	Volledige vergoeding

3.7 Fysiotherapie en oefentherapie (aanvulling op de basisverzekering)

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van:

- a. medisch noodzakelijke fysiotherapie, waaronder begrepen bekkenfysiotherapie, geriatrie fysiotherapie, kinderfysiotherapie, lymfedrainage/oedeemtherapie, manuele therapie en psychosomatische therapie;
- b. medisch noodzakelijke oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Wie mag deze zorg verlenen

a. Fysiotherapie mag worden verleend door een fysiotherapeut die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR, www.defysiotherapeut.com) of staat ingeschreven in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

Lymfedrainage/oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden verleend door een huidtherapeut die als 'kwaliteitsgeregistreerd' is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

b. Oefentherapie mag worden verleend door een oefentherapeut die als 'kwaliteitsgeregistreerd' is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Let op: Behandelingen door een therapeut die niet voldoet aan deze begripsomschrijving worden niet vergoed.

Uitsluiting

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

Vergoeding

AV Goed	Maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
AV Beter	Maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
AV Best	Maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie

Let op:

- a. Zowel screening, intake als onderzoek tellen voor de vergoeding als een volledige behandeling, als deze niet op dezelfde dag plaatsvinden. Als deze wel op dezelfde dag plaatsvinden gelden screening, intake en/of onderzoek samen als één behandeling.
- b. Het aantal behandelingen, de behandelduur en de behandelfrequentie worden bepaald door de behandelend fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut, eventueel in overleg met de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

3.8 Kronen en bruggen voor verzekerden jonger dan achttien jaar

Inhoud zorg

Verzekerden jonger dan achttien jaar hebben, na onze voorafgaande toestemming, recht op vergoeding van alle noodzakelijke zorg in verband met het plaatsen van kroon- en brugwerk (R-codes) zoals genoemd in de geldende beleidsregel Tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), inclusief techniekkosten. Voorwaarde hiervoor is dat het plaatsen van kroon- en/of brugwerk een gevolg is van:

- a. een fractuur van een of meer frontelementen;
- b. een ernstige verkleuring van de frontelementen;
- c. een wortelkanaalbehandeling in een zwaar gerestaureerd element.

Verder kan in bijzondere gevallen, ter beoordeling van onze tandheelkundig adviseur, een vergoeding worden toegekend.

Met tandheelkundig adviseur wordt bedoeld de tandarts die ons adviseert over toelating tot de verzekering en de medische/tandheelkundige noodzaak van de behandeling.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van esthetische, onnodig kostbare of ondoelmatige voorzieningen en behandelingen.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- b. Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
- c. Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Vergoeding

AV Goed	Geen vergoeding
AV Beter	Geen vergoeding
AV Best	Volledige vergoeding

4. INHOUD VAN DE AANVULLENDE VERZEKERINGEN TANDARTS GOED, TANDARTS BETER, TANDARTS BEST

4.1 Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf achttien jaar

Inhoud zorg

Je hebt vanaf de leeftijd van achttien jaar en in aanvulling op de basisverzekering recht op vergoeding van:

- a. mondzorg zoals genoemd in de beleidsregel Tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- b. de eigen bijdrage die je op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledige boven- en/of volledige onderprothese;
- c. spoedeisende zorg in het buitenland.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding van:

- a. materiaal- en techniekkosten;
- b. orthodontische behandelingen (beugels);
- c. esthetische behandelingen;
- d. het uitwendig bleken van elementen;
- e. een mondbeschermer;
- f. verdoving door middel van algehele narcose;
- g. de kosten van niet nagekomen afspraken;
- h. keuringsrapporten.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- b. Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak- en aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Let op: Zorg verleend door een kaakchirurg valt in de meeste gevallen onder je basisverzekering.

- c. Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidings-eisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
- d. Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Verwijzing

Voor behandeling door een kaakchirurg heb je een verwijzing van de tandarts nodig.

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

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

Vergoeding

AV Tandarts Goed	75% van de kosten tot maximaal € 250,- per kalenderjaar
AV Tandarts Beter	Volledige vergoeding tot maximaal € 250,- per kalenderjaar
AV Tandarts Best	Volledige vergoeding tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

4.2 Beugels (orthodontie) voor verzekerden jonger dan achttien jaar

Inhoud zorg

Verzekerden jonger dan achttien jaar hebben recht op vergoeding van alle noodzakelijke zorg zoals genoemd in de geldende beleidsregel Orthodontische zorg (F-codes) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Wie mag deze zorg verlenen

Een orthodontist of een tandarts-algemeen practicus.

Uitsluitingen

- a. Orthodontische behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig ondoelmatig zijn (dit ter beoordeling van onze tandheelkundig adviseur).
- b. Kosten veroorzaakt door onzorgvuldig gebruik van de apparatuur.
- c. Orthodontische behandelingen met een esthetisch karakter, bijvoorbeeld behandelingen met linguale apparatuur of Invisalign, of keramische brackets.

Vergoeding

AV Tandarts Goed	Geen vergoeding
AV Tandarts Beter	Maximaal € 500,- tijdens de gehele verzekeringsduur
AV Tandarts Best	Maximaal € 1500,- tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op:

- a. Een eventuele volgende, hernieuwde behandeling, komt niet voor vergoeding in aanmerking.
- b. Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

5. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

5.1 Algemeen

De begripsbepalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn onverkort van toepassing, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden nadrukkelijk van deze begripsbepalingen is afgeweken.

5.2 In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Apotheker

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers bedoeld in artikel 61, vijfde lid van de Geneesmiddelenwet.

Bedrijfsarts

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

DBC (diagnose behandeling combinatie)

Een DBC of DBC Zorgproduct is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt, gedurende een vastgestelde periode. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die in rekening mag worden gebracht. Een DBC bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die voortkomen uit een zorgvraag van een patiënt.

Huisarts

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

Medisch specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Register van erkende medisch specialisten van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Onze website

www.kiemer.nl.

Uitkering

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

Verwijzing

Een verwijzing bevat ten minste een omschrijving van de klachten van de verzekerde en de reden van de verwijzing, in de vorm van een specifieke medisch inhoudelijke vraagstelling van de verwijzer aan een (met name genoemde) zorgaanbieder.

Verzekerde

De verzekerde is degene van wie de ziektekosten verzekerd zijn.

Verzekeringnemer

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

Verzekeringsduur

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

Wet BIG

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

Wij/ons

De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen NV als risicodragers voor Kiemer.

Ziekenhuis

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

Zorgaanbieder/Zorgverlener

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

Meer weten?

Ga naar www.kierner.nl