

# *Verzekeringsvoorwaarden*

## *Aanvullende verzekering Standaardpakketpolis*

Verzekeringsvoorwaarden ingaande 1 januari 2004

Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen U.A.

Ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 01051078

### *Inhoudsopgave*

<b>Vergoedingslijst</b>	2
<b>Algemene informatie</b>	3
<b>Verzekeringsvoorwaarden</b>	5
Artikel 1 Begripsomschrijvingen	5
Artikel 2 Inschrijving	5
Artikel 3 Verplichtingen en premie	6
Artikel 4 Aanspraken	6
Artikel 5 Verhaal op derden	7
Artikel 6 Uitsluiting aansprakelijkheid	8
Artikel 7 Vervaltermijn	8
Artikel 8 Beëindiging	8
Artikel 9 Onrechtmatige inschrijving	8
Artikel 10 Omvang van de dekking	9
Artikel 11 Fraude	20
Artikel 12 Bezwaar en geschillen	20
Artikel 13 Slotbepaling	20
Artikel 14 Registratie van persoonsgegevens	20

## Vergoedingslijst

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

## Algemene informatie

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

### Alarmcentrale

Voor hulpverlening zoals vermeld in artikel 10.5 onder 'Buitenlanddekking' dient rechtstreeks contact te worden opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. De ANWB Alarmcentrale is dag en nacht, 7 dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer, dat van land tot land verschilt, gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0 (70) en het nummer van de alarmcentrale (314 58 00). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 70 314 58 00. Faxnummer: + 31 70 314 70 40. E-mailadres: alarmcentrale@anwb.nl.

Bij noodsituaties en ziekenhuisopname dient overleg te geschieden met de ANWB Alarmcentrale. Repatriëring dient te worden uitgevoerd door of in opdracht van de ANWB Alarmcentrale. Als aan deze voorwaarde niet is voldaan, kan vergoeding worden geweigerd.

Voor snelle betaling van nota's is het gewenst dat het totaal betaalde bedrag wordt vermeld, het land waarin de hulp werd verleend alsmede in welke valuta de nota werd uitgeschreven.

### Zorg binnen de lidstaten van de Europese Unie (EU), de staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de 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, EER en Zwitserland.

De vergoeding zal nooit hoger zijn dan die in Nederland zou bedragen. De exacte regeling is vermeld in artikel 10.1 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. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Per 1 mei 2004 wordt de EU uitgebreid met Cyprus, Estland, Hongarije, Letland, Litouwen, Malta, Polen, Slovenië, Slowakije en Tjechië.

#### Lidstaten van de EER zijn:

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

**Voor alle verzekerden van De Friesland (zowel ziekenfonds als particulier) bestaat aanspraak op:**

#### Kraampakket

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

Het kraampakket kan worden afgehaald in onze winkels.

**Nostimos (letselschadehulp)**

De Friesland werkt samen met Nostimos. Nostimos biedt persoonlijke begeleiding aan slachtoffers van verkeers- en bedrijfsongevallen, medische kunstfouten, geweldplegingen etc. De begeleiding heeft betrekking op juridisch, medisch, arbeidsdeskundig en financieel terrein. Aan het slachtoffer biedt De Friesland samen met Nostimos deskundig advies, hulp bij onderhandelingen en persoonlijke begeleiding. Voor nadere informatie, advies en aanmelding kan rechtstreeks contact worden opgenomen met Nostimos, telefoon: (050) 5201155 of (038) 425 40 80.

# Verzekeringsvoorwaarden

## Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

- 1.1 **Verzekeraar**  
Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen U.A.
- 1.2 **De verzekerde**  
Degene die bij verzekeraar in de aanvullende verzekering is ingeschreven.
- 1.3 **Het ziekenfonds**  
De Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Zorgverzekeraar u.a.
- 1.4 **Uitkering**  
De vergoeding van de door verzekerde gemaakte kosten waarop deze aanspraak kan maken op grond van deze verzekeringsvoorwaarden.

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

## Artikel 2 Inschrijving

- 2.1
  - a. De aanvullende verzekering kan slechts in combinatie met inschrijving bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen U.A. worden gesloten.
  - b. De inschrijving geschiedt na ontvangst van een daartoe door verzekeraar beschikbaar gesteld en door verzekerde ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier.
  - c. Als de kandidaat-verzekerde bij aanmelding lijdende is of is geweest aan een ziekte of gebrek beslist verzekeraar of de verzekering:
    - zal worden aangegaan of;
    - kan worden aangegaan onder bijzondere voorwaarden of;
    - wordt geweigerd.

De kandidaat-verzekerde ontvangt hiervan schriftelijk bericht, eventueel onder vermelding van gestelde bijzondere voorwaarden.
- 2.2 De aanvullende verzekering is een gezinsverzekering; alle op een polis verzekerde gezinsleden dienen zich voor de aanvullende verzekering Standaardpakketpolis aan te melden.
- 2.3 Verzekeraar kan inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren bij wanbetaling, als de verzekering op grond van artikel 8, lid 1 sub c is beëindigd.
- 2.4 De verzekerde ontvangt een bewijs van inschrijving, in een door verzekeraar vast te stellen vorm, dat als bewijs geldt van de tussen hem en verzekeraar gesloten verzekeringsovereenkomst zowel ten aanzien van hemzelf als ten aanzien van zijn medeverzekerden.

- 2.5 De inschrijving geschiedt met ingang van de dag waarop de Standaardpakketpolis ingaat, of bij latere aanmelding met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de datum van aanmelding.
- 2.6 De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat zij ten minste voor de duur van 1 kalenderjaar moet worden aangegaan. Verzekeringen aangegaan in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de duur van dat en van het daarop volgende kalenderjaar aangegaan.

### **Artikel 3 Verplichtingen en premie**

- 3.1 De verzekerde is verplicht aan verzekeraar alle inlichtingen te verstrekken, die voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering nodig zijn.
- 3.2 De verzekerde is verplicht de verschuldigde premie bij vooruitbetaling in door verzekeraar te bepalen termijnen tegen afgifte van een bewijs van betaling te voldoen.
- 3.3 De premie wordt berekend conform de Standaardpakketpolis.
- 3.4 Het niet incasseren van de premie door verzekeraar ontslaat de verzekerde niet van zijn verplichting tot betaling.
- 3.5 Bij niet betaling van de verschuldigde premie binnen een maand na de vervaldag, vervallen alle aanspraken van de verzekerde met ingang van de eerste dag van het tijdvak waarover de achterstallige premie verschuldigd was, zonder dat ingebrekestelling is vereist, onverminderd de verplichting tot verdere premiebetaling alsmede het recht van verzekeraar tot beëindiging van de verzekering.
- 3.6 De aanspraken ingevolge de aanvullende verzekering herleven als de betaling van de achterstallige premie door verzekeraar wordt aanvaard en wel met ingang van de dag volgend op die waarop de premie ten kantore van verzekeraar is voldaan.
- 3.7 Het is de verzekerde niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met de van verzekeraar te vorderen uitkering.
- 3.8 Alle door verzekeraar te maken kosten tot invordering van achterstallige premie komen ten laste van de verzekerde.

### **Artikel 4 Aanspraken**

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

- 4.2 De bedoelde wijzigingen laten de rechten en verplichtingen die zijn ontstaan voor de datum van ingang van de wijzigingen onverlet en kunnen noch tot meer noch tot minder verplichtingen leiden dan die bestonden op het moment van de verplichtingen.
- 4.3 Verzekeraar is niet gehouden tot het doen van uitkeringen voor de kosten, die zijn ontstaan ten gevolge van eigen opzet, oorlog, oorlogstoestanden, onlusten of nucleaire processen als deze:
- Zich voordoen in de vorm van een kernexplosie of een ongeluk met een civiele kerninstallatie als bedoeld in artikel 1.1 van de Wet houdende regelen inzake wettelijke aansprakelijkheid op het gebied van kernenergie (Stbl. 1965, no. 546) -kernreactoren, opwekkings- en verrijkingsinstallaties en opslagplaatsen voor radioactief materiaal in ieder geval daaronder begrepen- waarbij personen buiten de installatie blootgesteld kunnen zijn geweest aan doses van 50 rem of meer;
  - In enigerlei vorm dienen voor militaire doeleinden met inbegrip van de daarop betrekking hebbende research;
  - Plaatsvinden zonder dat daarbij de wettelijke of andere geldende veiligheidsvoorschriften redelijkerwijze in acht zijn genomen.
- 4.4 Op deze verzekering is het clauseblad terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. van toepassing.  
Dit clauseblad is op aanvraag bij verzekeraar verkrijgbaar.
- 4.5 Voorzover aanvullende dekking wordt verleend op aanspraken ingevolge de Standaardpakketpolis AWBZ of andere (wettelijke) regelingen vindt geen vergoeding plaats van eigen risico's en/of eigen bijdragen in welke vorm dan ook, die ingevolge die wetten of regelingen zijn verschuldigd, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald.
- 4.6 Vergoeding van de kosten van hulp respectievelijk zorg, geschiedt met de beperking dat, als zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering op basis van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum of op basis van enige wet of andere voorziening, deze verzekering pas in de laatste plaats geldig is. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking kunnen komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken. De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de omrekenkoers op de dag van het vaststellen van de uitkering.

## Artikel 5 Verhaal op derden

- 5.1 Als een derde naar de mening van verzekeraar voor de kosten, voortvloeiende uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde wettelijk aansprakelijk is, dan is de verzekerde verplicht ten genoegen van verzekeraar kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, een en ander onverminderd het bepaalde in artikel 284 van het Wetboek van Koophandel.
- 5.2 Steeds als bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens de verzekerde aangifte te geschieden bij verzekeraar en de bevoegde politie-instantie.

- 5.3 In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van verzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor verzekeraar in zijn rechten kan worden benadeeld.
- 5.4 Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de vorige leden is de verzekerde tegenover verzekeraar gehouden tot vergoeding van de schade die verzekeraar daardoor lijdt.

## Artikel 6 Uitsluiting aansprakelijkheid

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

## Artikel 7 Vervaltermijn

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

## Artikel 8 Beëindiging

- 8.1 Verzekeraar beëindigt de inschrijving in de aanvullende verzekering zonder dat daartoe opzegging is vereist:
- Met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer als Standaardpakketpolis verzekerde bij verzekeraar is ingeschreven.
  - Terstond als de verzekerde naar het oordeel van verzekeraar schuldig nalatig is ten aanzien van het verstrekken van alle inlichtingen, die voor een goede uitvoering van de verzekering nodig zijn.
  - Vanaf de eerste dag van de maand waarin de verzekerde schuldig nalatig is ten aanzien van de betaling van de door hem verschuldigde premies.
  - Terstond wanneer niet wordt voldaan aan het gestelde in artikel 2, lid 2 van deze verzekeringsvoorwaarden.
  - Bij overlijden van de verzekerde.
- 8.2 Verzekeraar beëindigt de inschrijving op verzoek van de verzekerde:
- Na ontvangst van een daartoe strekkende schriftelijke mededeling van de verzekerde, met inachtneming van een opzegtermijn van 2 maanden voor het verstrijken van de in artikel 2, lid 6 genoemde periode.
  - Bij wijziging van de premie- en/of verzekeringsvoorwaarden (niet zijnde een verruiming of verbetering van de voorwaarden of een wijziging voortvloeiend uit een dwingend opgelegde overheidsmaatregel), als de verzekerde binnen 1 maand, nadat de wijziging van de voorwaarden hem bekend is gemaakt, schriftelijk te kennen heeft gegeven de verzekeringsovereenkomst te willen beëindigen.



## Artikel 9 Onrechtmatige inschrijving

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

## Artikel 10 Omvang van de dekking

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

### De lidstaten van de EU zijn:

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

### De lidstaten van de EER zijn:

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

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

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

## 10.2 Alternatieve geneeswijzen

De vergoeding omvat de volgende alternatieve geneeswijzen/therapieën:

- a. acupunctuur;
- b. antroposofische geneeskunde alsmede de volgende antroposofische therapieën:
  - heileuritmie;
  - kunstzinnige therapie: (beeldend en muziek);
  - spraaktherapie;
  - dieettherapie;
  - uitwendige therapieën: (voorzover verleend door een verpleegkundige of fysiotherapeut);
  - eerstelijns psychologische zorg: maximaal 8 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

- c. chiropractie;
- d. haptotherapie;
- e. homeopathie;
- f. manuele geneeskunde/osteopathie;
- g. natuurgeneeswijzen; inclusief enzymtherapie en Moermantherapie.

Vergoeding geschiedt uitsluitend voorzover de zorg wordt verleend door een arts die de desbetreffende alternatieve geneeswijze beoefent of:

- Een acupuncturist, lid van de NVA of NAAV of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze vereniging worden gesteld.
- Een chiropractor, lid van de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA), of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze vereniging worden gesteld.
- Een haptotherapeut, lid van de VVH of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze vereniging worden gesteld.
- Een klassiek homeopaat, lid van de NVKH of die ten opzichte van verzekeraar kan aantonen te voldoen aan de opleidings- en kwaliteitseisen die door deze vereniging worden gesteld.
- Een osteopaat, die lid is van de Nederlandse Registratieraad Osteopathie.

Antroposofische therapieën worden uitsluitend vergoed na verwijzing door een antroposofisch (huis)arts.

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

10

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

De vergoeding bedraagt 75% met een maximum van € 345,- per verzekerde per kalenderjaar en geldt voor consulten, behandelingen, geregistreerde homeopathische middelen, antroposofische middelen en antroposofische therapieën tezamen.

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

Zorg verleend door de eigen huisarts wordt niet afzonderlijk vergoed.

### 10.3 Brillenglazen en contactlenzen

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

Vergoeding van brillenglazen en contactlenzen geschiedt uitsluitend tegen inlevering van de originele, betaalde nota, waar het voorschrift van arts of opticien is bijgevoegd. Voor de vergoeding van wegwerp-lenzen is slechts eenmalig het voorschrift van arts of opticien vereist.

#### 10.4 **Brilmonturen**

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

#### 10.5 **Buitenlanddekking (spoedeisende hulp)**

Volledige vergoeding van kosten van spoedeisende geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf (maximaal 365 achtereenvolgende dagen) in het buitenland (werelddekking) op basis van kostprijs (laagste verpleegklasse). De zorgverlening moet een verstrekking betreffen waarop bij verblijf in Nederland op basis van de StandaardPakketpolis aanspraak zou kunnen worden gemaakt.

Volledige dekking van repatriëringkosten door of in opdracht van de ANWB Alarmcentrale op basis van kostprijs. Onder repatriëringkosten wordt verstaan kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland naar Nederland. Deze kosten dienen in directe relatie te staan met de ziekte of het ongeval.

Op basis van kostprijs het vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

Kosten van hulpverlening via de ANWB Alarmcentrale in verband met: vervoer, repatriëring, medische begeleiding, ziekenhuisopname, toezending van medicijnen en/of hulpmiddelen en overlijden, worden volledig vergoed op basis van kostprijs.

11

#### **Voorwaarden buitenlanddekking:**

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

Vergoeding van de kosten van hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland, zoals hierboven beschreven in artikel 10.5, geschiedt met de beperking dat, als zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering op basis van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum of op basis van enige wet of andere voorziening, deze verzekering pas in de laatste plaats geldig is. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking kunnen komen die het bedrag

te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken. De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de omrekenkoers die geldt op de dag van het vaststellen van de uitkering.

Voor een snelle uitbetaling van nota's van hulp in het buitenland geldt het volgende:

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

Betalingsbewijzen dienen te worden meegezonden.

## 10.6 Camouflagetherapie

Een bijdrage van 75% tot een maximum van € 200,- in de kosten van lessen gegeven door een vrijgevestigde huidtherapeut en de in het kader van de lessen noodzakelijk te gebruiken materialen.

Vergoeding vindt alleen plaats als de lessen beperkt blijven tot de behandeling van het gelaat en/of de hals. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

## 10.7 Cursussen regionale thuiszorgorganisaties

Deelname aan de volgende cursussen:

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

Per cursusdagdeel bedraagt de eigen bijdrage € 5,- .

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

## 10.8 Epilatie

Op basis van een door de huisarts gemotiveerde aanvraag kan aan vrouwelijke verzekerden een vergoeding worden verleend voor elektrische epilatie, een 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 behandelkosten, oplopend tot maximaal € 910,- per verzekerde. 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. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een vrijgevestigd huidtherapeut. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

## 10.9 Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck:

### 10.9.1 Voor verzekerden jonger dan 18 jaar:

In aansluiting op de vergoeding uit de Standaardpakketpolis, kunnen vanaf de 10e respectievelijk de 19e behandeling de medisch noodzakelijke behandelingen worden vergoed. Voorafgaande toestemming is vereist; aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden.

### 10.9.2 Voor verzekerden van 18 jaar en ouder:

Vergoeding van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck of Cesar op verwijzing van de huisarts of specialist tot een maximum van 15 behandelingen per indicatie per verzekerde per kalenderjaar. Als en voorzover geïndiceerd bestaat na motivatie door de behandelend fysiotherapeut/oefentherapeut en voorafgaande toestemming door verzekeraar recht op vergoeding van de medisch noodzakelijke behandelingen door de fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck of Cesar.

### 10.9.3 Na voorafgaande toestemming door verzekeraar, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden, kan worden deelgenomen aan specifieke programma's. Deze programma's kennen een multidisciplinaire benadering en worden verleend door daartoe door verzekeraar specifiek gecontracteerde zorgaanbieders.

Toestemming kan uitsluitend worden verleend op basis van een door de huisarts of specialist verstrekte motivatie.

Deze programma's zijn ontwikkeld ten behoeve van de volgende aandoeningen:

- Fybromyalgie.
- Reumatoïde artritis of chronisch reuma, reactieve artritis, juveniele chronische artritis, chronische artitiden, ziekte van Bechterew, en de ziekte van Forestier.
- Chronische pijnklachten bij a-specifieke rugklachten.

Deze programma's kunnen niet worden gevolgd in combinatie met individuele fysiotherapie voor dezelfde indicatie. Na afloop van het programma bestaat ook geen recht meer op vervolghandelingen fysiotherapie voor dezelfde indicatie in hetzelfde kalenderjaar.

Voor deze programma's geldt een eigen bijdrage van € 25,-.

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

## 10.10 Hulpmiddelen (verlenging uitleentermijn)

Verlenging van maximaal 6 maanden als aanvulling op de wettelijke uitleentermijn van hulpmiddelen verstrekt in het kader van de AWBZ door regionale thuiszorgorganisaties. De financiële afwikkeling vindt rechtstreeks plaats tussen verzekeraar en de betreffende regionale thuiszorgorganisatie.

## 10.11 Jobst-pomp

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

**10.12 Kraamzorg (tegemoetkoming kosten algemeen)**

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

**10.13 Kraamzorg (uitgestelde zorgverlening thuissituatie)**

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

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

**10.14 Kuurbehandelingen (psoriasispatiënten)**

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

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

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

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

**10.15 Kuurbehandelingen (reumatoïde artritis- en Bechterewpatiënten)**

Op basis van een gemotiveerde aanvraag van de huisarts en de behandelend reumatoloog kan eenmaal per verzekerde per kalenderjaar toestemming worden verleend voor een complexe kuurbehandeling van 3 weken in Piěstany, (Slowakije). De eigen bijdrage bedraagt per kuurperiode € 225,-.

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

**10.16 Levertransplantatie (bijkomende kosten)**

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

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

### 10.17 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.

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

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

### 10.19 Orthodontische zorg

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar bestaat recht op vergoeding van de door de tandarts of orthodontist in rekening gebrachte bedragen. Afhankelijk van de soort behandeling gelden de volgende maximum vergoedingen:

- € 1150,- voor de gehele behandeling met losse apparatuur;
- € 1600,- voor de gehele behandeling met partieel vaste apparatuur;
- € 2050,- voor de gehele behandeling met volledig vaste apparatuur.

Bij gecombineerde behandelingen bedraagt de totale vergoeding maximaal € 2050,- per verzekerde.

De vergoeding, die in gedeelten kan worden uitbetaald is eenmalig voor de gehele verzekeringsduur. Bij tijdelijke onderbreking van de verzekering (maximaal 12 maanden) wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

### 10.20 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.

### 10.21 Pensionkosten

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.

Vergoeding geschiedt slechts als zowel de patiënt als het bezoekend gezinslid bij verzekeraar staan ingeschreven.

### 10.22 Plaswekker

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

### 10.23 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 alle in het kader van de behandeling noodzakelijk te gebruiken hulpmiddelen. De behandeling dient te geschieden door een vrijgevestigde podotherapeut. Als indicaties gelden ernstige vaatstoornissen en/of ernstige afwijkingen van het bewegingsapparaat van de voeten.

### 10.24 Postnatale gymnastiek

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

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

### 10.25 Preventie

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

### 10.26 Prismabril (voorschrift)

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

## 16 10.27 Psychologische Zorg omvat:

### 10.27.1 Eerstelijnszorg

Deze vergoedingsregeling is slechts van toepassing op zeer kort durende behandelingen.

Dit houdt in dat de behandeling het totaal van 15 zittingen niet te boven mag gaan. Deze beperking is in overeenstemming met de definitie die het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) hanteert.

Ter wille van de duidelijkheid wordt vermeld dat verzekeraar - ingevolge de hierna volgende vergoedingsregeling - maximaal 10 zittingen vergoed.

De vergoedingsregeling luidt als volgt:

Op basis van een door de huisarts verstrekte motivatie bestaat recht op vergoeding van maximaal € 425,- per verzekerde per kalenderjaar voorzover de hulp wordt verleend door een vrijgevestigd eerstelijns psycholoog. Uitsluitend voorzover het gaat om arbeidsgerelateerde aandoeningen kan behandeling ook plaatsvinden op basis van een door de bedrijfsarts verstrekte motivatie.

Per zitting wordt maximaal € 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.



Vergoeding van deze behandeling kan niet in combinatie met de vergoeding van psychologische zorg (Het Behouden Huys) zoals bedoeld in artikel 10.27.2 en/of projecten in het kader van de zogenaamde flexizorg.

**10.27.2 Psychologische zorg verleend door 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. Vergoeding van deze behandeling kan niet in combinatie met de vergoeding van psychologische zorg (eerstelijnszorg) zoals bedoeld in artikel 10.27.1 en/of projecten in het kader van de zogenaamde flexizorg.

#### **10.28 Reiskosten ziekenbezoek**

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

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

Vergoedingsregeling:

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

17

#### **10.29 Second opinion**

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

#### **10.30 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.

#### **10.31 Sportactiviteiten ex-hartpatiënten**

In aansluiting op de revalidatieperiode na een hartinfarct, hartoperatie of dotterbehandeling wordt, op verwijzing door een cardioloog, een tegemoetkoming verleend in de kosten van deelname aan sportactiviteiten die worden georganiseerd en/of worden gehouden onder begeleiding van de Stichting Hart in Beweging (HIB) in Friesland. De maximale vergoedingsperiode bedraagt 12 maanden.

Vergoeding van deelname aan vergelijkbare activiteiten buiten Friesland geschiedt tot maximaal de door verzekeraar overeengekomen kostprijs met de Stichting Hart in Beweging.

#### **10.32 Steunzolen**

Na een eenmalig medisch voorschrift eenmaal per verzekerde per kalenderjaar een vergoeding van maximaal € 25,-.

**10.33 Stottertherapie volgens de methode Del Ferro of De Pauw**

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

**10.34 Therapeutische kampen en ontspanningsoorden voor kinderen**

Na voorafgaande toestemming, per medeverzekerd 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 ontspanningskamp blijkt.

**10.35 Uitzending van zieken of gehandicapten**

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

**10.36 UV-B lichtbehandeling**

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

**10.37 Verbljfkosten opvangtehuis/pension en/of reiskosten in bijzondere gevallen**

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

**10.38 Reisverzekering met Europa-dekking (exclusief medische kosten)**

De verzekering is van kracht in Europa en in de niet-Europese landen aan de Middellandse Zee. De verzekering is geldig over een al dan niet aaneengesloten periode van maximaal 21 dagen per verzekerde per kalenderjaar. Deze periode dient voor de vertrekkdatum gemeld te worden d.m.v. toezending van de desbetreffende meldingskaart, waarna een aparte polis voor de reisverzekering wordt 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: \*)**

Bagage (onderstaande bedragen gelden per verzekerde tenzij anders staat aangegeven)

- foto-, film-, video- en computerapparatuur	€	910,-
- sieraden en bont	€	230,-
- horloges	€	230,-
- (zonne)brillen, contactlenzen, prothesen	€	230,-
- fietsen	€	345,-
- autoslede-radio	€	230,-
- opblaasbare/vouwbare boten, zeilplanken, kano's en toebehoren	€	250,-
- (auto)telecommunicatie-apparatuur	€	230,-
- beeld- en geluidsdragers	€	95,-
- op reis meegenomen geschenken	€	250,-
- tijdens de reis aangeschafte voorwerpen	€	250,-
- reisdocumenten		kostprijs

De bagagedekking per polis bedraagt maximaal € 2.750,- en er is een standaard eigen risico van € 65,- per verzekerde, respectievelijk per gezin.

#### **Ongevallenuitkering**

Ongevallenuitkering bij overlijden of algehele blijvende invaliditeit, maximaal € 10.000,-.

#### **Buitengewone kosten**

- uitgaven in verband met overlijden verzekerde of opsporing, redding en berging kostprijs
- overige onvoorziene uitgaven aanvullend tot kostprijs
- verblijfkosten per verzekerde per dag maximaal € 50,-

#### **Schade aan logies/verblijven**

Alleen als de schade hoger is dan € 25,-: € 345,-

#### **Telecommunicatiekosten**

Maximaal € 115,- (gesprekken met Alarmcentrale kostprijs)

Hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale aanvullend tot kostprijs.

\*) Dit betreft een globaal overzicht van de reisverzekering. Hieraan kunnen geen rechten worden ontleend. De volledige verzekeringsvoorwaarden worden toegezonden nadat de reisverzekering is geactiveerd. Uiteraard zijn de volledige verzekeringsvoorwaarden ook vooraf op aanvraag verkrijgbaar.

## Artikel 11 Fraude

Onder fraude wordt verstaan het op oneigenlijke gronden en wijze verkrijgen of trachten te verkrijgen van een verzekeringsuitkering waarop geen recht bestaat of het verkrijgen of het trachten te verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendselen.

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat er in het geheel geen verzekeringsuitkering zal plaatsvinden. Ook heeft fraude tot gevolg dat:

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

## Artikel 12 Bezwaar en geschillen

12.1 Geschillen die voortvloeien uit deze verzekeringsovereenkomst en/of de daarbij afgesloten aanvullende verzekeringen, dienen binnen drie maanden na datering van het besluit van verzekeraar dat aanleiding vormt tot het geschil schriftelijk te worden voorgelegd aan het bestuur van verzekeraar, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden. Het bestuur neemt binnen drie maanden na het aanmelden van het geschil een beslissing. Als het bestuur niet binnen drie maanden over het geschil heeft geoordeeld, wordt het oorspronkelijke standpunt van verzekeraar geacht te zijn bevestigd;

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

## Artikel 13 Slotbepaling

13.1 De statuten en het huishoudelijk reglement van verzekeraar liggen ter inzage bij de hoofdvestiging van verzekeraar, Harlingertrekweg 55, 8913 HR te Leeuwarden en worden op verzoek aan verzekerde beschikbaar gesteld.

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

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

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

## Artikel 14 Registratie van persoonsgegevens

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

Deze gedragscode kan tegen kostprijs worden aangevraagd.