

Voorwaarden Basisverzekering Noord-Nederland



U zit bijzonder goed bij De Friesland

De Friesland Zorgverzekeraar is een zorgverzekeraar waarbij iedereen in Nederland zich kan verzekeren, maar wij richten ons primair op Noord-Nederland. De Friesland heeft al jarenlang een zeer hoge klanttevredenheid. Dat is geen toeval. Door goed te luisteren naar onze verzekeren zijn onze producten, diensten, service en communicatie zeer goed afgestemd op uw persoonlijke wensen.

U hebt bij De Friesland de keus uit een breed pakket producten en diensten. Zo kunt u naast de Basisverzekering bij ons kiezen uit zes verschillende aanvullende zorgverzekeringen, drie tandverzekeringen en een reis- en annuleringsverzekering. Allemaal uitstekende verzekeringen tegen een scherpe premie!

Uw gezondheid bevorderen is ons belangrijkste doel. Zo besteden wij als zorgregisseur veel aandacht aan de beschikbaarheid en kwaliteit van de geboden zorg. Bovendien stimuleren wij actief een gezonde levensstijl. U kunt daarom als verzekerde extra voordelig meedoen aan allerlei gezonde acties en activiteiten.

Meer weten? Kijk snel op www.defriesland.nl

Verzekeringsvoorwaarden Basisverzekering Noord-Nederland

Verzekeringsvoorwaarden ingaande 1 januari 2008.

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

Inhoud

Algemene informatie	3
Verzekeringsvoorwaarden	5
Begripsomschrijvingen	5
2. Grondslag en dekkinggebied van de verzekering	11
3. Dekkingssystematiek	12
4. Eigen risico	15
5. Toerekening zorgkosten bij toepassing van eigen risico	16
6. Algemeen	16
7. Aanspraken	16
8. Zorg door een huisarts	17
9. Farmaceutische zorg	17
10. Eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ	18
11. Medisch-specialistische zorg	19
12. Specialistische GGZ	19
13. Persoonsgebonden budget GGZ	20
14. Verblijf	20
15. Bariatrische chirurgie (maagbandoperaties, gastric bypasses, sleeves)	21
16. Beademing	21
17. Orgaantransplantaties	21
18. Revalidatie	22
19. Verpleging (extramuraal)	22
20. Hemodialyse	23
21. Audiologische zorg	23
22. Erfelijkheidsonderzoek	23
23. IVF	23
24. Oncologische aandoeningen bij kinderen	24
25. Plastische chirurgie	24
26. Trombosezorg	24
27. Verloskundige zorg en kraamzorg	25
28. Paramedische zorg	27
29. Mondzorg	28
30. Hulpmiddelenzorg	30
31. Ziekenvervoer	31
32. Buitenland	32
33. Uitsluitingen	33
34. Verplichtingen van de verzekerde	34
35. Aansprakelijkheidsbeperking	35
36. Onterechte verzekering/fraude	35
37. Premiebetaling en schorsing	36
38. Herziening van nominale premie of voorwaarden	37
39. Begin en einde van de verzekering	37
40. Geschillen	39
41. Registratie persoonsgegevens	40
42. Klachten over formulieren	40

Algemene informatie

Goed zorgverzekeraarschap

De Friesland heeft zowel in de verzekeringsvoorwaarden als in haar statuten regels vastgelegd met betrekking tot het goed en transparant uitvoeren van de Zorgverzekeringswet. Het kunnen afleggen van maatschappelijke verantwoording is daarbij een centraal thema. De verzekeringsvoorwaarden met betrekking tot de basisverzekering worden getoetst door de Nederlandse Zorgautoriteit. Bij deze toetsing wordt gekeken of de verzekeringsvoorwaarden die De Friesland hanteert en de nadere uitvoering van die voorwaarden voldoen aan de bepalingen zoals opgenomen in de Zorgverzekeringswet. Daarnaast worden de prestaties en de nominale premie en voorwaarden die De Friesland in alle verzekeringsvoorwaarden hanteert, bewaakt door externe consumentenorganisaties die daarover publiceren op de website www.kiesbeter.nl. Onze reclame-uitingen worden conform de spelregels van de Reclame Code Commissie vormgegeven. Dit houdt in dat onze uitingen een reëel, duidelijk en correct beeld geven van de producten en diensten die wij bieden. Alle verzekerden van De Friesland moeten in de gelegenheid worden gesteld om de structuur en de organisatie van De Friesland te begrijpen. Daartoe wordt aan alle verzekerden en aspirant-verzekerden informatie verstrekt via folders en de website van De Friesland: www.defriesland.nl. Ook in de folders en op de website van De Friesland worden minimumprestaties genoemd waaraan De Friesland moet voldoen. Het gaat hier om zaken als hoe snel worden declaraties betaald, wat mag u van klachthandeling verwachten, welke dienstverlening kent De Friesland en aan wat voor standaarden dient die te voldoen, responstijd van telefoon opnemen etc.

De invloed en inspraak van de verzekerden van De Friesland is gewaarborgd doordat de hoogste twee organen van De Friesland worden gevormd door twee ledenraden waarin leden-verzekerden zitting hebben. Zij besluiten uiteindelijk over het te voeren beleid, de benoeming van bestuurders en tal van andere zaken. Informatie over de ledenraad vindt u eveneens op onze website. De Friesland voert elk jaar daarnaast klantonderzoeken uit om te bekijken wat de klant van De Friesland verwacht en hoe wij daaraan kunnen voldoen. Deze onderzoeken hebben een directe uitwerking op voorwaarden en dienstverlening. De Nederlandse zorgverzekeraars hebben regels opgesteld over de manier waarop zij hun taak opvatten en hoe zij zich willen gedragen. Deze regels zijn vastgelegd in de 'Gedragscode van de zorgverzekeraar' waaraan De Friesland zich heeft verbonden. Een brochure over deze gedragscode is bij De Friesland op te vragen.

Garanties dienstverlening

De Friesland streeft naar een uitstekende service voor haar klanten. Daarom geven wij ieder jaar garanties af over onze dienstverlening. Zo weet u altijd waar u aan toe bent en kunt u rekenen op de beste service.

Wachttijstbemiddeling

Per ziekenhuis zijn er soms grote verschillen in de wachttijd voor zorg. Als u te maken krijgt met een lange wachttijd gaat De Friesland voor u op zoek naar een ander ziekenhuis waar u sneller geholpen wordt. In uw regio, maar eventueel ook buiten de regio of in het buitenland. De wachttijstcoördinator zorgt ervoor dat u zo snel mogelijk geholpen wordt.

De Friesland garandeert voor de volgende ingrepen onderstaande maximale wachttijden:

a. heupoperatie	4 weken
b. arthroscopie/kijkoperatie	4 weken
c. knieoperatie	4 weken
d. cataractoperatie (staaroperatie)	4 weken
e. spataderen	5 weken
f. liesbreuken	5 weken

Deze wachttijden zijn korter dan op basis van landelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (Treenormen) aanvaardbaar wordt geacht.

Is uw wachttijd langer dan hier aangegeven? U kunt wachtlijstbemiddeling aanvragen via onze website www.defriesland.nl of telefonisch onder nummer (058) 291 33 00.

Telefonische bereikbaarheid

Voor uw vragen is De Friesland bereikbaar onder nummer (058) 291 31 31.

Voor 80% van de binnenkomende gesprekken geldt dat deze binnen 45 seconden worden beantwoord.

Maximaal 8% van de gesprekken wordt doorverbonden.

Klachtenafhandeling

Na ontvangst van uw schriftelijk of per e-mail ingediende klacht ontvangt u een bevestiging van ontvangst.

Een geschil over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet kent een behandeltijd van maximaal 6 weken (artikel 40 van deze voorwaarden). Mocht er meer tijd nodig zijn, dan ontvangt u daarvan bericht.

Inschrijving

De administratieve verwerking van een aanmelding vindt binnen 5 werkdagen plaats.

Uitbetaling

Gedeclareerde nota's worden binnen 5 werkdagen op uw rekening bijgeschreven.

Overzichten gecontracteerde zorgaanbieders

Overzichten van gecontracteerde zorgaanbieders zijn desgewenst op aanvraag verkrijgbaar bij De Friesland of te raadplegen op de website www.defriesland.nl.

Verzekeringsvoorwaarden

Onderstaande begripsomschrijvingen en artikelen zijn uitsluitend van toepassing op deze verzekeringsovereenkomst, gebaseerd op de Zorgverzekeringswet. Hebt u tevens een aanvullende verzekering gesloten dan wordt voor de bepaling van uw aanspraken uit hoofde daarvan verwezen naar de specifieke, op die verzekering toepasselijke, verzekeringsvoorwaarden. Deze kunt u vinden in de voorwaardenbrochures behorende bij de aanvullende verzekeringen.

Deze verzekeringsvoorwaarden gelden voor de De Friesland Zorgverzekeraar Basisverzekering Noord-Nederland voor de provincies Drenthe, Flevoland, Friesland, Groningen, Noord-Holland en Overijssel. Deze verzekeringsvoorwaarden gaan in per 1 januari 2008.

De verzekeringsvoorwaarden zijn bij de Nederlandse Zorgautoriteit geregistreerd onder zaaknummer 25107301.

1 Begripsomschrijvingen

Hieronder wordt aangegeven wat wij in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan onder:

1.1 Zorgverzekeraar

Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Zorgverzekeraar u.a. (Kamer van Koophandel nummer 01059332) die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt, hierna aan te duiden als De Friesland.

1.2 Apotheker

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

1.3 Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts aan wie krachtens artikel 61 tiende of elfde lid van de Geneesmiddelenwet, vergunning is verleend geneesmiddelen ter hand te stellen.

1.4 Audiologisch Centrum

Een zorginstelling die bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

1.5 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

1.6 Adviserend tandarts

De tandarts die De Friesland in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

1.7 Adviserend paramedicus

De paramedicus die De Friesland in paramedische aangelegenheden adviseert.

1.8 Bedrijfsarts

De arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratiecommissie ingesteld register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

- 1.9 Bekkenthapeut**
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenthapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 1.10 Bureau Jeugdzorg**
Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.
- 1.11 Centrum voor bijzondere tandheekunde**
Een universitair of daarmee door De Friesland gelijkgesteld centrum voor het verlenen van zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
- 1.12 Centrum voor erfelijkheidsadvies**
Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
- 1.13 Collectief contract**
Een collectief contract is een overeenkomst op basis waarvan degenen die behoren tot een specifieke groep (bijvoorbeeld werknemers van een bedrijf of leden van een organisatie) met geldelijk voordeel een verzekeringsovereenkomst kunnen sluiten. De overeenkomst wordt afgesloten tussen De Friesland en een werkgever of een rechtspersoon.
- 1.14 Dagbehandeling**
Opname korter dan 24 uur.
- 1.15 Eigen risico**
a. Verplicht eigen risico
Het bedrag ad € 150,- dat op grond van artikel 11 van de Zorgverzekeringswet voor rekening van de verzekerde blijft.
b. Vrijwillig eigen risico
Het door de verzekeringnemer met De Friesland overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of diensten als bedoeld in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet dat de verzekeringnemer naast het verplicht eigen risico voor eigen rekening neemt.
- 1.16 EU- en EER land**
Behalve Nederland worden onder EU landen verstaan de volgende landen binnen de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (Groot Brittannië, Noord-Ierland en Gibraltar) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- 1.17 Diagnose behandeling combinatie (DBC)**
Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg, dan wel, voor wat betreft de GGZ specialistische (2e lijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

- 1.18 Dialysecentrum**
Een zorginstelling die conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.
- 1.19 Diëtist**
Diëtist, die voldoet aan de eisen van het Besluit 'Diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- 1.20 Eerstelijns psycholoog**
Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen.
- 1.21 Eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ**
Diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen, waarbij de betrokkenheid van een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut niet nodig is.
- 1.22 Ergotherapeut**
Ergotherapeut, die voldoet aan de eisen van het Besluit 'Diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- 1.23 Farmaceutische zorg**
De terhandstelling van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door De Friesland vastgestelde reglement.
- 1.24 Fysiotherapeut**
Fysiotherapeut die als zodanig is geregistreerd overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG. In het kader van deze verzekeringsvoorwaarden geldt als extra eis dat de fysiotherapeut staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of kan aantonen aan dezelfde eisen te voldoen.
- 1.25 Gezondheidszorgpsycholoog**
Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.26 GGZ-instellingen**
Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels zijn toegelaten.
- 1.27 Huidtherapeut**
Huidtherapeut die voldoet aan de eisen van het Besluit 'Opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut'.
- 1.28 Huisarts**
Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de huisarts, verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 1.29 Huisartsendienstenstructuur**
Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

- 1.30 Hulpmiddelenzorg**
Het voorzien in de behoefte aan bij de Regeling zorgverzekering aangewezen hulp- en verbandmiddelen met inachtneming van het door De Friesland vastgestelde reglement waarin toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften zijn opgenomen.
- 1.31 In-vitrofertilisatiepoging**
Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw, het afnemen van de eicellen, de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium en het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.
- 1.32 Jeugdgezondheidszorgarts**
De ingevolge de wet BIG geregistreerde arts die werkzaam is binnen de jeugdgezondheidszorg.
- 1.33 Kaakchirurg**
Tandarts-specialist die als kaakchirurg is ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.34 Klinisch psycholoog**
Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.
- 1.35 Kinderfysiotherapeut**
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 1.36 Kraamcentrum**
Kraamcentrum dat, voor zover vereist, als zodanig bij of krachtens de wet is toegelaten.
- 1.37 Kraamverzorgende**
Een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
- 1.38 Logopedist**
Logopedist die voldoet aan de eisen van het Besluit 'Diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- 1.39 Manueel therapeut**
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 1.40 Marktconform tarief**
Onder marktconform tarief wordt verstaan het gemiddelde tarief dat De Friesland voor dezelfde zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder met dezelfde kwalificaties zou hebben betaald. Indien er sprake is van een landelijke markt wordt dit bedrag berekend op basis van het landelijk gemiddelde, is er sprake van een regionale markt dan wordt dit bedrag berekend op basis van het regionaal gemiddelde.

- 1.41 Medisch adviseur**
De arts die De Friesland in medische aangelegenheden adviseert.
- 1.42 Medisch-specialist**
Een arts, die als medisch-specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 1.43 Mondhygiënist**
Een mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenaamde Besluit 'Opleidingseisen en deskundigheid mondhygiënist'.
- 1.44 Nurse practitioner**
Een verpleegkundige die de zorg heeft voor een bepaalde groep patiënten en die de opleiding 'advanced nursing practice', zijnde een HBO masters opleiding, met goed gevolg heeft afgerond.
- 1.45 Oedeemtherapeut**
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 1.46 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck**
Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen van het Besluit 'Diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- 1.47 Orthodontist**
Tandarts-specialist die als orthodontist is ingeschreven in het register voor dentomaxillaire orthopedie van de Specialisten Registratiecommissie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.48 Psychiater/zenuwarts**
Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie ingestelde specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.
- 1.49 Psychotherapeut**
Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.50 Physician assistant**
Een zorgprofessional die de HBO masters opleiding 'physician assistant' met goed gevolg heeft afgerond en die de arts ondersteunt in zijn werk bij onder andere het uitvoeren van de meer routinematige geneeskundige handelingen. Deze handelingen gebeuren onder verantwoordelijkheid van de betreffende arts waarbij sprake is van een complementaire samenwerking met de arts.
- 1.51 Revalidatie**
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair

team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

1.52 Specialistische GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen waarbij de betrokkenheid van een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut nodig is.

1.53 Tandarts

Tandarts die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.54 Tandprotheticus

Tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het Besluit 'Opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

1.55 Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

1.56 Verdragsland

Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER lidstaten, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder vallen Australië, Bosnië-Herzegowina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

1.57 Verloskundige

Verloskundige die als zodanig is geregistreerd overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

1.58 Verpleegkundige

Verpleegkundige die als zodanig is geregistreerd overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de wet BIG.

1.59 Verzekerde

Degene wiens risico van behoefte aan zorg of overige diensten, als bedoeld in artikel 10 van de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt, zoals vermeld op het polisblad.

1.60 Verzekeringnemer

Een persoon die met De Friesland een zorgverzekering heeft gesloten.

1.61 Verzekeringsplichtige

Degene die op grond van artikel 2 van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

1.62 Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.63 Zelfstandig behandelcentrum

Centrum voor medisch-specialistische zorg dat, voor zover vereist, als zodanig bij of krachtens de wet is toegelaten.

1.64 Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

1.65 Zorgaanbieder

Persoon of instelling die een of meer vormen van zorg in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden kan verlenen. Met een zorgaanbieder als bedoeld in dit artikel 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; kwalificaties die voldoen aan Richtlijn 2001/19/EG, Pb EG L 206. Artsen, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en apothekers opgeleid binnen één van de EU-lidstaten worden geacht hieraan te voldoen.

2 Grondslag en dekkinggebied van de verzekering

- 2.1** Deze verzekeringsvoorwaarden zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. Op deze verzekeringsvoorwaarden is Nederlands recht van toepassing. Deze verzekeringsvoorwaarden moeten worden uitgelegd en toegepast in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Voor zover in deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar de Regeling zorgverzekering, reglementen van De Friesland of andere bijlagen, gelden deze als onderdeel van de overeenkomst en zijn op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op de website www.defriesland.nl.
- 2.2** Voorzover na het tijdstip waarop de tekst van deze verzekeringsvoorwaarden in druk is gegaan, zou blijken dat deze verzekeringsvoorwaarden op enig onderdeel niet in overeenstemming zijn met het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet worden deze verzekeringsvoorwaarden geacht zodanig te zijn gewijzigd dat zij wel in overeenstemming zijn met het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Bindend is uitsluitend de tekst van de verzekeringsvoorwaarden zoals deze luidt met inachtneming van de wijziging(en) als bedoeld in de vorige volzin. De Friesland zal verzekerden zodra mogelijk schriftelijk informeren over de eventuele wijziging(en) van de tekst die uit dit artikel voortvloeien. De eventueel aangepaste volledige tekst van de verzekeringsvoorwaarden kan worden geraadpleegd op www.defriesland.nl en wordt op verzoek toegezonden.
- 2.3** Naast deze verzekeringsvoorwaarden verstrekt De Friesland als bewijs van het bestaan van deze verzekeringsovereenkomst een polisblad. Dit polisblad wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, indien deze een ander persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
- 2.4** Tot deze verzekering kunnen alleen verzekerden worden toegelaten die volgens de relevante Nederlandse wetgeving verzekeringsplichtig zijn en woonachtig zijn binnen de grenzen van de in lid 5 van dit artikel genoemde Nederlandse provincies of in het buitenland.
- 2.5** Deze verzekeringsvoorwaarden zijn van kracht in de provincies Drenthe, Flevoland, Friesland, Groningen, Noord-Holland en Overijssel. Tevens kunnen in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen in deze verzekering worden ingeschreven.

3 Dekkingsystematiek

3.1 Zorg in natura

De verzekerde heeft tegenover De Friesland recht op de volgende zorg of andere diensten:

- a. zorg door een huisarts, zoals geregeld in artikel 8;
- b. eerstelijnspsychologische zorg, zoals geregeld in artikel 10;
- c. specialistische GGZ zoals geregeld in artikel 12;
- d. verloskundige zorg en kraamzorg, zoals geregeld in artikel 27;
- e. medisch-specialistische zorg en verblijf en verpleging, zoals geregeld in de artikelen 11 tot en met 26;
- f. paramedische zorg, zoals geregeld in artikel 28;
- g. dieetpreparaten, zoals geregeld in artikel 9 lid 1 sub c;
- h. mondzorg, zoals geregeld in artikel 29 lid 1 en artikel 29 lid 7 voorzover verricht door de kaakchirurg, artikel 29 lid 6 en artikel 29 lid 7 sub b en sub c verricht door de tandprotheticus;
- i. ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer, zoals geregeld in artikel 31;
- j. hulpmiddelenzorg, zoals geregeld in artikel 30.

3.2 Restitutie

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van de volgende vormen van zorg:

- a. mondzorg, zoals geregeld in artikel 29 lid 1, lid 5 en lid 7 sub b en sub c voorzover verricht door de tandarts;
- b. farmaceutische zorg, zoals geregeld in artikel 9, m.u.v. artikel 9 lid 1 sub c dieetpreparaten.

3.3 Gecontracteerde zorgaanbieders

Voor de zorg en overige diensten zoals genoemd onder lid 1 en 2 sub b van dit artikel moet de verzekerde zich in beginsel wenden tot een zorgaanbieder met wie De Friesland een overeenkomst heeft gesloten. De lijst van de gecontracteerde zorgaanbieders kan bij De Friesland worden opgevraagd en kan worden geraadpleegd via www.defriesland.nl. Als de verzekerde gebruik maakt van de zorg of diensten van een gecontracteerde zorgaanbieder, neemt De Friesland 100% van de kosten daarvan voor haar rekening met inachtneming van eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

3.4 Niet-gecontracteerde zorgaanbieders

3.4.1 De verzekerde kan voor de zorg of diensten, genoemd in lid 1 of lid 2 sub b van dit artikel, ook gebruik maken van de diensten van zorgaanbieders met wie De Friesland geen overeenkomst heeft gesloten. De Friesland vergoedt in dat geval de gemaakte kosten, tot maximaal het marktconform tarief.

3.4.2 Voor fysiotherapie gelden - in afwijking van het voorgaande - de volgende vergoedingen als de verzekerde gebruik maakt van de diensten van een fysiotherapeut met wie De Friesland géén overeenkomst heeft gesloten onder de voorwaarde dat de fysiotherapeut voldoet aan de omschrijving in artikel 1.24:

- a. voor gewone fysiotherapie een vergoeding van maximaal € 22,- per zitting;
- b. voor een lange zitting individuele fysiotherapie een vergoeding van maximaal € 33,- per zitting;
- c. voor een zitting manuele therapie een vergoeding van maximaal € 31,- per zitting;
- d. voor een zitting psychosomatische fysiotherapie € 31,- per zitting;
- e. voor de bijzondere vormen van fysiotherapie (kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie en manuele lymfedrainage) een vergoeding van maximaal € 33,- per zitting;
- f. voor een intake na screening € 22,-;
- g. voor een intake na verwijzing € 29,-;
- h. voor een eenmalig rapport kinderfysiotherapie maximaal € 31,-;

- i. voor een eenmalig consult € 40,-;
- j. voor bezoek door de fysiotherapeut aan huis een vergoeding van maximaal € 9,-;
- k. voor bezoek door de fysiotherapeut aan een verzekerde in een instelling een vergoeding van maximaal € 4,-;
- l. voor een groepsbehandeling voor 2 personen € 22,- per uur;
- m. voor een groepsbehandeling voor 3 personen € 15,- per uur;
- n. voor een groepsbehandeling voor 4 personen € 12,- per uur;
- o. voor een groepsbehandeling voor 5-10 personen € 10,- per uur.

N.B. Behandelingen door fysiotherapeuten die niet voldoen aan de omschrijving in artikel 1.24 worden niet vergoed. De lijst met gecontracteerde fysiotherapeuten is te raadplegen via www.defriesland.nl of kan worden opgevraagd. Inschrijving in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie is te controleren via www.kngf.nl.

3.4.3 GGZ

Indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor eerstelijnspsychologische zorg als bedoeld in artikel 10 geldt een vergoeding van 80% van de door De Friesland gecontracteerde tarieven. Indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor specialistische GGZ als bedoeld in artikel 12 geldt een vergoeding van 80% van de door De Friesland gecontracteerde tarieven.

3.4.4 Verloskundige zorg

Indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor zorg als bedoeld in artikel 27.2 geldt een vergoeding van 80% van het op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde maximum tarief.

3.4.5 Zittend ziekenvervoer

Indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor zittend ziekenvervoer als bedoeld in artikel 31.2 geldt een vergoeding van 80% van de door De Friesland gecontracteerde tarieven per kilometer.

3.5 Voor de zorg genoemd onder 3.2 a en b vindt vergoeding plaats tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief. Indien een dergelijk tarief niet is vastgesteld, tot maximaal het marktconform tarief.

3.6 Vergoeding als zorg niet tijdig beschikbaar is

Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling door De Friesland. De aan deze zorg verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief;
- indien en voorzover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconform tarief. Maatstaf voor het begrip 'tijdig' zijn de termijnen genoemd in de notitie Streefnormstelling wachttijden curatieve sector (Treeknormen). Deze notitie wordt desgevraagd door De Friesland toegezonden en kan worden geraadpleegd via www.defriesland.nl. Na tussenkomst door de wachtlijstbemiddelaar garandeert De Friesland voor de volgende operaties of ingrepen dat de wachttijd de hieronder genoemde termijnen niet zal overschrijden. Deze termijnen beginnen te lopen vanaf het moment dat is vastgesteld welke zorg men nodig heeft tot het moment dat deze zorg daadwerkelijk ontvangen wordt.

a. heupoperatie	4 weken
b. arthroscopie/kijkoperatie	4 weken
c. knieoperatie	4 weken
d. cataractoperatie	4 weken
e. spataderen	5 weken
f. liesbreuken	5 weken

Deze wachttijden zijn korter dan op basis van landelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (Treenormen) aanvaardbaar wordt geacht.

3.7 Overige bepalingen

Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding geldt met inachtneming van eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen het volgende:

- a. De vergoeding is niet hoger dan het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg in rekening mag worden gebracht;
- b. Indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconform tarief.

3.8 Indien er sprake is van acute zorg - dat wil zeggen zorg die geen uitstel gedooft - wordt de toestemming tot het invoeren van niet-gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval De Friesland zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

3.9 De Friesland is in alle gevallen bevoegd de kosten van zorg of overige diensten rechtstreeks aan de zorgaanbieder te betalen. Door die betaling vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.

3.10 Voor het recht op vergoeding van kosten van zorg buiten Nederland verleend, wordt verwezen naar artikel 32.

3.11 Als De Friesland aan een zorgaanbieder rechtstreeks de kosten van verleende zorg of diensten heeft voldaan, zonder op die betaling het eigen risico in mindering te brengen dat voor rekening van de verzekerde moet blijven, is de verzekerde het bedrag van het eigen risico verschuldigd aan De Friesland.

3.12 Als volgens de Regeling zorgverzekering, genoemd in het Besluit zorgverzekering, een eigen bijdrage verschuldigd is wordt:

- a. die eigen bijdrage aan de verzekerde in rekening gebracht, als De Friesland de kosten van zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder voldoet;
- b. die eigen bijdrage in mindering gebracht op de vergoeding, als De Friesland de vergoeding aan de verzekerde zelf betaalt.

3.13 Indien een overeenkomst tussen De Friesland en een zorgaanbieder wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt, van deze zorgaanbieder recht op zorgverlening door die zorgaanbieder voor rekening van De Friesland.

4 Eigen risico

- 4.1** Voor verzekerden van 18 jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 150,- per kalenderjaar.
- 4.2** Naast het verplicht eigen risico kan de verzekerde kiezen voor een vrijwillig eigen risico van:

Eigen risico	Premiekorting per maand
€ 100,-	€ 4,25
€ 200,-	€ 8,25
€ 300,-	€ 12,-
€ 400,-	€ 15,50
€ 500,-	€ 18,-

- 4.3** Voor het toepassen van zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico blijven de volgende kosten van het gebruik van zorg buiten beschouwing:
- zwangerschap, bevalling en kraambed;
 - mondzorg als bedoeld in artikel 29.5 en 29.6 met uitzondering van de uitneembare volledige prothese en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek;
 - de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde tarief in rekening te brengen.
- 4.4** De Friesland brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico.
- 4.5** In die gevallen waarin, op grond van het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico.
- 4.6** Als een verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt, gaat het verplicht eigen risico in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Dit geldt eveneens voor een vrijwillig eigen risico dat in die situatie wordt gekozen. Het dan geldende eigen risico wordt berekend conform de systematiek in artikel 4.7.
- 4.7** Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het eigen risico berekend door het verschuldigde eigen risico in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarop de verzekeringsovereenkomst in dat jaar betrekking heeft gehad, gedeeld door het aantal dagen in dat kalenderjaar. Deze systematiek geldt zowel voor het verplicht als het vrijwillig eigen risico.
- 4.8** Voor de vaststelling van het eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze aanvangt. Deze systematiek geldt zowel voor het verplicht als het vrijwillig eigen risico.
- 4.9** Indien De Friesland de kosten van verleende hulp rechtstreeks aan de zorgaanbieder heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande eigen risico bedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Deze systematiek geldt zowel voor het verplicht als het vrijwillig eigen risico.

5 Toerekening zorgkosten bij toepassing van eigen risico

- 5.1 Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is aangevangen.
- 5.2 Kosten die voor rekening van de verzekerde blijven worden bij de beantwoording van de vraag of een voor zijn verzekering geldend eigen risico wordt overschreden, buiten beschouwing gelaten. Deze systematiek geldt zowel voor het verplicht als het vrijwillig eigen risico.

6 Algemeen

- 6.1 Voor zover volgens de artikelen 8 tot en met 32 de toestemming van De Friesland, een verwijzing, een voorschrift of inschrijving op naam vereist is, bestaat alleen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat de verzekerde van de desbetreffende zorg gebruik maakt.
- 6.2 Recht op zorg of diensten, of recht op vergoeding van de kosten daarvan, bestaat alleen als de verzekerde zich wendt tot een zorgaanbieder met de kwalificaties die per vorm van zorg worden vermeld in de artikelen 8 tot en met 32. De Friesland kan echter aan een verzekerde toestemming verlenen voor rekening van De Friesland gebruik te maken van de zorg of overige diensten van een zorgaanbieder met een andere kwalificatie dan vermeld in de artikelen 8 tot en met 32. Deze toestemming dient voorafgaand aan de behandeling te worden verleend.
- 6.3 **Begin en einde van de vergoeding**
De verzekerde heeft 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 leverantie, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is.

7 Aanspraken

- 7.1 De inhoud en omvang van de verzekerde vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en - bij het ontbreken van een zodanige maatstaf - door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 7.2 Onverminderd hetgeen elders in deze verzekeringsvoorwaarden is bepaald heeft de verzekerde slechts recht op een vorm van zorg of dienst voor zover hij of zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De te verlenen zorg of diensten dienen doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn.
- 7.3 De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- 7.4 Recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat mits de zorg wordt verleend op de plaats die gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

8 Zorg door een huisarts

- 8.1** Geneeskundige hulp door een huisarts, huisartsendienstenstructuur dan wel gespecialiseerde verpleegkundige en/of praktijkondersteuner/nurse practitioner/physician assistant die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. Zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

9 Farmaceutische zorg

- 9.1** Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van:
- a. de door De Friesland op basis van de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1^e. artikel 40, derde lid, onder a van de Geneesmiddelenwet;
 - 2^e. artikel 40, derde lid, onder c van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet; of
 - 3^e. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten uitsluitend voor een verzekerde:
 - 1^e. die lijdt aan een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis; of
 - 2^e. met een dreigende ernstige ondervoeding en die lijdt aan chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft;
 - d. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.
- 9.2** De onder lid 1 sub a genoemde aanspraak bestaat uit terhandstelling van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door De Friesland. Een en ander is nader uitgewerkt in het reglement farmaceutische zorg van De Friesland dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst wordt toegestuurd. Dit reglement is tevens in te zien via www.defriesland.nl. De aanwijzing door De Friesland geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.
- 9.3** Aanspraak bestaat uitsluitend op een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift. De onder lid 1 genoemde middelen dienen ter hand te zijn gesteld op voorschrift van de huisarts, de behandelend medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of de apotheehouder huisarts.

- 9.4** In de bij het reglement farmaceutische zorg van De Friesland te bepalen gevallen worden nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de terhandstelling van geneesmiddelen gesteld.
- 9.5.1** Per voorschrift worden niet meer geneesmiddelen ter hand gesteld c.q. worden de kosten van terhandstelling slechts vergoed voor een periode van ten hoogste:
- a. 15 dagen indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
 - b. 15 dagen indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft;
 - c. 3 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, (te bepalen door de voorschrijver), met uitzondering van hypnotica en anxiolytica; ingeval de een periode langer dan drie maanden, per voorschrift een periode van ten hoogste 6 maanden;
 - d. 12 maanden indien het orale anticonceptiva betreft;
 - e. 1 maand in overige gevallen.
- Op grond van doelmatigheidsoverwegingen geldt slechts een kortere dan de maximale termijn indien hiervoor een medische noodzaak bestaat.
- 9.5.2** In afwijking van artikel 9.5.1 kunnen orale anticonceptiva en insuline na de eerste terhandstelling opnieuw voor de in artikel 9.5.1 genoemde periodes ter hand worden gesteld zonder dat daarvoor een nieuw voorschrift nodig is.
- 9.6** **Voorkeursleveranciers (preferred providers)**
De Friesland maakt met een aantal (ketens van) apothekers aanvullende afspraken. Voor verzekerden die hun zorg betrekken van deze apothekers geldt dat artikel 9.2 (preferentiebeleid) niet van toepassing is. De lijst met voorkeursleveranciers is in te zien via www.defriesland.nl of is op aanvraag verkrijgbaar.
- 9.7** Vrouwelijke verzekerden kunnen aanspraak maken op hormonale anticonceptiva en spiraaltjes. Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door de huisarts of medisch specialist en moet ter hand worden gesteld door een apotheek of apotheekhoudend huisarts en dient alleen voor eigen gebruik. Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste terhandstelling een voorschrift van de huisarts of specialist nodig.
- 9.8** De verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd.
- 10** **Eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ**
- 10.1**
- a. Voor de eerstelijns psychologische zorg is verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts of jeugdgezondheidszorgarts. Dit geldt niet voor acute zorg.
 - b. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.
- 10.2** Aanspraak bestaat op eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog.

- 10.3** De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:
- a. de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;
 - b. voor eerstelijns psychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 10,- per zitting betaalt.
- Deze zorg omvat niet de specialistische zorg genoemd in artikel 12.

11 Medisch-specialistische zorg (exclusief specialistische geestelijke gezondheidszorg)

11.1 Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden

De zorg dient te worden verleend door een medisch-specialist, werkzaam in een ziekenhuis of in de huispraktijk van een medisch-specialist of in een zelfstandig behandelcentrum.

- a. Er is een verwijzing door de huisarts, sportarts, tandarts, verloskundige, kaakchirurg, medisch-specialist of bedrijfsarts noodzakelijk. Een verwijzing houdt noodzakelijkerwijs verband met de uitoefening van het vakgebied van de betreffende voorschrijver.
- b. Voor een MRI-scan is verwijzing door de behandelend specialist noodzakelijk.
- c. Voor een second opinion door een medisch-specialist is een verwijzing door de huisarts noodzakelijk.

12 Specialistische GGZ

- 12.1**
- a. Voor de specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts of jeugdgezondheidszorgarts. Dit geldt niet voor acute zorg.
 - b. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

- 12.2** De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg genoemd in artikel 10.

12.3 Psychiatrische ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. De aanspraak omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

12.4 Niet-klinische specialistische geestelijke gezondheidszorg

Aanspraak bestaat op specialistische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater, zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Verder bestaat aanspraak op specialistische GGZ in de huispraktijk van de tot dat doel door de De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

12.5 Eigen bijdrage

Voor een psychotherapeutische (waar onder ook psychoanalytische) behandeling geldt een eigen bijdrage:

- a. Voor individuele, groeps- of gezinspsychotherapie betaalt de verzekerde een bijdrage van € 15,60 per zitting tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de bijdrage en het maximum gelden per gezin.
- b. Voor partnerrelatiepsychotherapie is een bijdrage verschuldigd van € 7,80 per verzekerde per zitting, tot een maximum van € 351,- per verzekerde per kalenderjaar.
- c. De eigen bijdrage is niet verschuldigd, indien de verzekerde een bijdrage ingevolge artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg is verschuldigd. De verzekerde is de eigen bijdrage rechtstreeks verschuldigd aan de zorgaanbieder.

13 Persoonsgebonden budget GGZ

13.1 De verzekerde kan desgewenst, in plaats van de aanspraken van artikelen 10 en 12.4 De Friesland verzoeken om een persoonsgebonden budget. Voor de aanspraak op een persoonsgebonden budget gelden, in aanvulling op de in de artikelen 10 en 12.4 aangegeven vereisten, de nadere voorwaarden zoals in het Reglement PGB Experiment GGZ bepaald. Dit reglement maakt onderdeel uit van deze polis en wordt desgewenst toegestuurd. Het reglement is tevens in te zien via www.defriesland.nl.

13.2 De verzekerde heeft aanspraak op een door De Friesland te verstrekken budget indien hij aan-nemelijk heeft gemaakt, door overlegging van medische informatie van de behandelaar dat hij behoefte heeft aan de desbetreffende zorgvorm (specifieke diagnosebehandelingcombinatie dan wel eerstelijns psychologische zorg).

13.3 De verzekerde heeft aanspraak op het persoonsgebonden budget, dat wordt verstrekt in de vorm van een door De Friesland te bepalen voorschot.

13.4 Indien uit de verantwoording blijkt dat de verzekerde minder kosten heeft gemaakt, of het voorschot aan iets anders heeft besteed dan waarvoor het voorschot door De Friesland is verstrekt, vordert De Friesland het te veel verstrekte (deel van het) voorschot als 'onverschuldigd-betaling' terug op grond van artikel 6:203 van het Burgerlijk Wetboek.

13.5 Een verzekerde die op 31 december 2007 aanspraak had op een persoonsgebonden budget op grond van de AWBZ, behoudt die aanspraak uiterlijk tot en met 31 december 2008. Dit geldt uitsluitend voor de duur van de indicatie, op grond waarvan het budget ingevolge de AWBZ is toegekend. De voorwaarden van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing

14 Verblijf

14.1 Verblijf in een ziekenhuis gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 11 al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

- a. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.
- b. In afwijking van het gestelde onder a tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantie-verlof mee voor de berekening van de 365 dagen.
- c. Er is een verwijzing door de huisarts of behandelend medisch-specialist noodzakelijk.

In geval van cosmetische of vormverbeterende verrichtingen (KNO heekunde, oogheekunde, plastische chirurgie), invitrofertilisatie (IVF) en mond- en kaakchirurgie bestaat slechts aanspraak op opneming, behandeling en verder verblijf in een ziekenhuis, met inbegrip van medisch-specialistische zorg, na voorafgaande schriftelijke toestemming door De Friesland (zie ook artikel 33 Uitsluitingen).

14.2 Astmacentrum Davos

Aanspraak bestaat op behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos indien een soortgelijke behandeling in Nederland zonder succes heeft plaatsgevonden en behandeling in Davos als doelmatig kan worden beschouwd. Verwijzing dient plaats te vinden door de behandelend longarts. Er is voorafgaande toestemming van De Friesland nodig.

15 Bariatrische chirurgie (maagbandoperaties, gastric bypasses, sleeves)

15.1 Aanspraak op deze ingreep bestaat alleen voorzover deze is gekoppeld aan de multidisciplinaire screening en het nazorgtraject van de Nederlandse Obesitaskliniek (NOK) Hilversum of een vergelijkbaar multidisciplinair screenings- en nazorgtraject waarbij ten minste een psycholoog, diëtist, internist en fysiotherapeut zijn betrokken.

Er is voorafgaande toestemming door De Friesland nodig. Beoordeling van de aanvraag vindt plaats volgens de criteria zoals opgenomen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2004;148;2060-6. (Behandeling van overgewicht en obesitas bij volwassenen; voorstel voor een richtlijn.)

16 Beademing

16.1 Aanspraak bestaat op noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaats vindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de zorg uit:

- a. het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiks klaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- b. de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

17 Orgaantransplantaties

17.1 Aanspraak bestaat op zorg in verband met transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart/long, nier/pancreas en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Om deze aanspraak geldend te maken is voorafgaande toestemming van De Friesland noodzakelijk. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

17.2 De geneeskundige zorg, bedoeld in het eerste lid omvat tevens vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;

- d. de zorg waarop ingevolge dit artikel aanspraak bestaat aan de donor, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met de opname;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel;
- f. het vervoer van en naar Nederland, van een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeerde inkomsten.

18 Revalidatie

18.1 a. Aanspraak bestaat op revalidatie indien:

Deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

b. Revalidatie kan plaatsvinden:

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

c. Aanspraak op deze zorg bestaat uitsluitend wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij De Friesland is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer De Friesland als bewijs van haar toestemming aan de instelling een machtiging heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan opgesteld door de revalidatiearts. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

19 Verpleging (extramuraal)

19.1 Verpleging en verzorging omvat de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In plaats van de in artikel 14 en 18 bedoelde verpleging, kan na voorafgaande schriftelijke toestemming door De Friesland verpleging en verzorging in een nader aan te wijzen instelling of op een andere plaats plaatsvinden. Deze verpleging en verzorging moet noodzakelijk zijn in verband met medisch-specialistische zorg.

20 Hemodialyse

- 20.1** Aanspraak bestaat op niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse, alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of thuis al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling verpleging, de voor deze behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn. Tot de aanspraak op niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse bij de verzekerde thuis behoort tevens:
- de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
 - het in bruikleen geven van de hemodialyse-apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
 - de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in oorspronkelijke staat voor zover De Friesland die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
 - de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover De Friesland die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
 - de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

21 Audiologische zorg

- 21.1** Aanspraak bestaat op audiologische zorg door een audiologisch centrum, omvattende het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen hoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie, alsmede hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen. De aanspraak kan uitsluitend geldend worden gemaakt op voorschrift van de huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

22 Erfelijkheidsonderzoek

- 22.1** Aanspraak bestaat op centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door een centrum voor erfelijkheidsadvies, na verwijzing door een arts of medisch-specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

23 IVF

- 23.1** Na voorafgaande toestemming door De Friesland bestaat aanspraak op de 1^e, 2^e en 3^e IVF poging per te realiseren zwangerschap. Onder te realiseren zwangerschap wordt verstaan een voortgaande zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie. Voor IVF behandelingen dient het ziekenhuis de wettelijk vereiste vergunningen te hebben.

24 Oncologische aandoeningen bij kinderen

- 24.1** Aanspraak bestaat op centrale (referentie) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed-, stamcel- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

25 Plastische chirurgie

- 25.1** Op verwijzing van de huisarts, medisch specialist of kaakchirurg bestaat aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard indien deze strekt tot correctie van:
- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - c. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak-, en gehemeldespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - e. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
 - f. de buikwand (abdominoplastiek), indien er sprake is van een verminking of een ernstige functiebeperking.
- 25.2** Voorafgaande toestemming door De Friesland is vereist. De aanvraag omvat een omschrijving van de gevraagde behandeling door de behandelend specialist.

26 Trombosezorg

- 26.1** Aanspraak bestaat op zorg door de trombosedienst op voorschrift van een medisch-specialist. De zorg omvat:
- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
 - b. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
 - c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
 - d. het opleiden van de verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
 - e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

27 Verloskundige zorg en kraamzorg

27.1 Prenatale screening

Onderzoek tijdens de zwangerschap om te beoordelen of het ongeboren kind een verhoogde kans heeft op een aangeboren afwijking. Prenatale screening bestaat uit de onderdelen:

- a. Counseling: een gestructureerd informatief gesprek tussen zorgaanbieder en verzekerde, waarin nader wordt uitgelegd wat zowel de NT-meting als het SEO inhouden, met aandacht voor de voor- en nadelen;
- b. Combinatietest: de eerste trimester combinatietest, zijnde een test tussen de 11^e en 14^e week van de zwangerschap die bestaat uit een echo (de nekplooiemeting) en een bloedonderzoek (serumtest);
- c. Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO): onderzoek rond de 20^e week van de zwangerschap, ook wel 20-weeken echo genoemd.

27.1.1 De aanspraak op vergoeding van prenatale screening kan alleen geldend worden gemaakt, indien voldaan is aan de hieronder staande voorwaarden:

1. De Counseling, Combinatietest en/of het SEO zijn, bij het ontbreken van een medische indicatie, uitgevoerd door een zorgaanbieder, die in het bezit is van een vergunning in het kader van de Wet Bevolkingsonderzoek (WBO) dan wel een samenwerkingsovereenkomst heeft met een regionaal centrum dat in het bezit is van een WBO-vergunning.
2. De Combinatietest en/of het SEO zijn uitgevoerd door een zorgaanbieder, die staat geregistreerd in een door de KNOV/LHV opgesteld register met beoefenaren met een erkend diploma/certificaat van opleiding voor de betreffende screening.
3. De Combinatietest en/of het SEO zijn pas uitgevoerd, nadat de verzekerde counseling heeft genoten. Indien er sprake is van een medische indicatie behoeft voorafgaand geen counseling te zijn genoten.
4. Een verwijzing op basis van een medische indicatie door de huisarts, verloskundige of medisch specialist is niet vereist, behalve wanneer de verzekerde jonger is dan 36 jaar en aanspraak maakt op vergoeding van een Combinatietest.

27.2 De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch-specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden zoals een verloskundige die pleegt te bieden, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden dan wel zelfstandig werkend kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt.

Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of de huisarts medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel 11 al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis. Indien verwijzing door de verloskundige plaatsvindt is voorafgaande toestemming door De Friesland vereist.

b. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis of in een kraamcentrum zonder medische noodzaak

Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak plaatsvinden, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op:

- verloskundige hulp en kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opname dag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 104,50 per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Indien de bevalling en/of het kraambed in een kraamcentrum plaatsvinden, bestaat voor de moeder en, met ingang van de dag van bevalling, voor haar kind, aanspraak op verloskundige zorg en kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 104,50 per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

c. Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 104,50 per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum. Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg zoals omschreven in lid d sub c van dit artikel, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid d sub c van dit artikel genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

d. Bevalling en kraambed thuis

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op:

a. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);

b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;

c. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende, van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraambureau in overleg met De Friesland. Op de aanspraak zoals genoemd onder c blijft een bedrag van € 3,70 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

28 Paramedische zorg

28.1 De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten kunnen bieden.

28.2 Fysiotherapie en oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie omvat de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage zenden wij u desgevraagd toe en is te raadplegen op www.defriesland.nl. Deze zorg omvat voor verzekerden van 18 jaar en ouder niet de eerste 9 behandelingen.

28.3 In andere gevallen dan het tweede lid omvat fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden jonger dan 18 jaar tevens ten hoogste 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar. Op verwijzing van een arts of medisch specialist bestaat aanspraak op maximaal negen extra behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar per indicatie per kalenderjaar, indien sprake is van een ontoereikend resultaat.

28.4 Overige bepalingen met betrekking tot fysiotherapie

- a. Behandeling van lymfoedeem mag ook worden verricht door een huidtherapeut.
- b. Voor behandeling door een fysiotherapeut die is gecontracteerd door De Friesland is geen verwijzing nodig.
- c. Voor behandeling door een niet gecontracteerde fysiotherapeut is er een verwijzing door de huisarts, bedrijfsarts, sportarts of de behandelend specialist noodzakelijk. De bedrijfsarts mag verwijzen als er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

28.5 Ergotherapie

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van een arts, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

28.6 Logopedie

Logopedie omvat behandeling door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Er is een verwijzing nodig door de huisarts of tandarts. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

28.7 Dieetadvisering

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist met een medisch doel, op verwijzing van een arts of tandarts, gedurende maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

29 Mondzorg

- 29.1** Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
- indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
 - indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan of;
 - indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
- 29.2** Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. De zorg dient te worden verleend door een tandarts of een kaakchirurg. De prothese mag ook worden geleverd door een gecontracteerde tandprotheticus.
- 29.3** Orthodontische hulp door een orthodontist en/of kaakchirurg is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
- 29.4** Vergoeding van de zorg genoemd onder de leden 1, 2 en 3 van dit artikel vindt alleen plaats als De Friesland op een daartoe strekkend gemotiveerd verzoek, voorzien van een begroting, voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend. Er wordt geen toestemming verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- 29.5** Mondzorg verleend door een tandarts omvat voor verzekerden jonger dan 22 jaar in andere gevallen dan het eerste lid van dit artikel, onderdelen a tot en met c:
- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - incidenteel tandheelkundig consult;
 - het verwijderen van tandsteen;
 - fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - sealing;
 - parodontale hulp;
 - anesthesie;
 - endodontische hulp;
 - restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - gnathologische hulp;
 - uitneembare prothetische voorzieningen;
 - tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;

- m. chirurgische tandheelkundige hulp; met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

- 29.6** Voor verzekerden jonger dan 22 jaar geldt dat de volgende behandelingen ook kunnen worden verleend door de mondhygiënist, voor zover deze daartoe bevoegd is:
- a. het aanbrengen van kleine vullingen (primaire caviteiten), het toepassen van anesthesie en het maken van röntgenfoto's;
 - b. het verwijderen van tandsteen;
 - c. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - d. sealing;
 - e. parodontale hulp.

Voor de verrichtingen onder artikel 29.6 sub a is een opdracht van de tandarts noodzakelijk. Voor de verrichtingen onder artikel 29.6 sub b t/m e is, afhankelijk van de bevoegdheid van de mondhygiënist, een verwijzing door de tandarts nodig.

- 29.7** Mondzorg omvat voor verzekerden van 22 jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c van dit artikel:
- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard door een kaakchirurg en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg (lid 7 sub a) in geval van behandeling door een kaakchirurg is voorafgaande toestemming van De Friesland vereist, indien de hulp, extractie onder narcose of osteotomie betreft.
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak geleverd door de tandarts algemeen practicus of tandprotheticus.
 - c. reparatie en rebasing van een bestaande uitneembare volledige prothese of bestaande volledige overkappingprothese.
- 29.8**
- a. Voor de zorg zoals bedoeld in 29 lid 1 sub a is een eigen bijdrage verschuldigd ter hoogte van het bedrag dat de tandarts algemeen-practicus in rekening zou brengen voor de volgende behandelingen:
 - Onderzoek.
 - Incidenteel consult.
 - Extractie.
 - Parodontale hulp.
 - Endodontische hulp.
 - Restauratie van gebitselementen met plastische materialen.
 - Uitneembare niet volledige prothetische voorzieningen.
 - b. Indien de zorg zoals bedoeld in artikel 29 lid 1 sub b wordt verleend aan een verzekerde van 22 jaar of ouder met een extreme angst voor mondzorg is de eigen bijdrage zoals hiervoor genoemd onder lid 8 sub a eveneens van toepassing.
 - c. Indien de zorg zoals bedoeld in lid 1 sub a, b of c bestaat uit een uitneembare volledige prothetische voorziening dan wel uit een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten is een eigen bijdrage verschuldigd van € 90,- per voorziening.
 - d. Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening als genoemd onder lid 7 sub b is een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten van die voorziening.

- 29.9** Voor een uitneembare volledige prothese geldt dat voorafgaande toestemming door De Friesland nodig is in de volgende situaties:
1. indien er sprake is van vervanging van de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf;
 2. indien bij de eerste aanschaf of bij vervanging na 8 jaar de kosten van de prothese (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan € 525,- per onder- of bovenkaak;
 3. indien bij de eerste aanschaf of bij vervanging na 8 jaar de kosten van de prothese (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan € 1000,- voor onder- en bovenkaak gelijktijdig;
 4. indien bij de eerste aanschaf of bij vervanging na 8 jaar de prothese wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus geldt dat toestemming is vereist indien de kosten meer dan € 450,- per onder of bovenkaak bedragen.

30 Hulpmiddelenzorg

- 30.1** Hulpmiddelenzorg omvat functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, aangewezen bij de Regeling zorgverzekering.
- 30.2** Voor het tot gelding brengen van het recht op een hulpmiddel is voorafgaande toestemming van De Friesland vereist, tenzij in het Reglement hulpmiddelen van De Friesland is bepaald dat bij de eerste verschaffing, wijziging, herstel of vervanging van hulpmiddelen geen voorafgaande toestemming noodzakelijk is. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. De algemene voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende, vereisten zijn opgenomen in het Reglement hulpmiddelen. Dit reglement maakt onderdeel uit van deze polis en wordt desgewenst toegezonden. Dit reglement is tevens in te zien via www.defriesland.nl.
- 30.3** De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- 30.4** Aanspraak op verbandmiddelen bestaat alleen indien er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
- 30.5** In de in de Regeling zorgverzekering bepaalde gevallen is de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd ter grootte van:
- a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort;
 - b. een bij dat hulpmiddel vermeld bedrag wegens besparing van kosten.
- 30.6** Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarmee in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die door De Friesland in het Reglement hulpmiddelen zijn opgenomen.

31 Ziekenvervoer

31.1 Ambulancevervoer

31.1.1 Vervoer omvat ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer of per helikopter, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
- b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
- c. vanuit een instelling, bedoeld onder b, naar:
 - 1^e. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2^e. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
- d. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a, b of c.

31.1.2 Indien De Friesland een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

31.2 Zittend ziekenvervoer

31.2.1 Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als bedoeld in artikel 31, lid 1 over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:

- a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
- b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.

31.2.2 Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding € 0,25 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

31.2.3 In afwijking van het eerste lid van dit artikel, onderdelen a tot en met d, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegen- de aard.

31.2.4 Indien De Friesland een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

31.2.5 De verzekerde is voor zittend ziekenvervoer een bijdrage verschuldigd van € 86,- per kalenderjaar.

31.3 Overige bepalingen met betrekking tot ziekenvervoer

- 31.3.1** Zittend ziekenvervoer als bedoeld in artikel 31, lid 2 dient vooraf te worden aangevraagd. De Friesland kan bij het verlenen van toestemming voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.
- 31.3.2** In gevallen waarin ziekenvervoer per auto of openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan De Friesland toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door De Friesland aan te geven vervoermiddel.
- 31.3.3** Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden zestien jaar. In bijzondere gevallen kan De Friesland vervoer van twee begeleiders toestaan.
- 31.3.4** Voor vervoer per helikopter geldt verwijzing via de meldkamer ambulancevervoer of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg.

32 Buitenland

- 32.1** De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als een verzekerde de zorg inroept van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 3.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.
- 32.2** De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land dan Nederland of in een verdragsland, heeft naar keuze:
- aanspraak op medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland;
 - aanspraak op zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door De Friesland in het woonland of in het land van tijdelijk verblijf is gecontracteerd;
 - aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling conform het bepaalde in artikel 3.4.
- 32.3** De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling conform het bepaalde in artikel 3.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.
- 32.4** Het tweede lid van dit artikel is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die woont in een ander EU/EER-land dan Nederland of in een verdragsland, en die tijdelijk in Nederland of een ander EU/EER-land dan het woonland verblijft.
- 32.5** In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt volledige vergoeding van de kosten plaats voorzover:
- a. er sprake is van wachtlijstbemiddeling door De Friesland of;
 - b. de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door De Friesland.
- 32.6** Voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland dient rechtstreeks en zo mogelijk vooraf contact te worden opgenomen met

de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmservice. De De Friesland Zorgverzekeraar Alarmservice is dag en nacht, 7 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 (212 02 12). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 212 02 12. Faxnummer: 0031 58 212 00 12. E-mailadres: alarmservice@defriesland.nl.

Bij noodsituaties en ziekenhuisopname dient zo spoedig mogelijk en in beginsel voorafgaand aan de zorgverlening overleg plaats te vinden met de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmservice. Als aan deze voorwaarde niet is voldaan zal de vergoeding niet meer bedragen dan het in Nederland geldende marktconforme tarief.

- 32.7** De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de omrekenkoers zoals die voor verdragslanden is vastgesteld door het College voor Zorgverzekeringen en voor alle overige landen tegen de koers zoals die geldt op de dag van het vaststellen van de uitkering.

33 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

- 33.1** voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- 33.2** voor alternatieve geneeswijzen;
- 33.3** voor geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- 33.4** voor behandeling van verlamde of verslapt bovenogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- 33.5** liposuctie van de buik;
- 33.6** voor het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- 33.7** voor het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- 33.8** voor behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- 33.9** voor behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- 33.10** voor behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- 33.11** voor behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde;
- 33.12** geen aanspraak bestaat op behandelingen - daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de eerste, tweede en derde invitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap;

- 33.13** voor een kraampakket ter zake van verloskundige zorg;
- 33.14** voor declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken, keuringen, attesten en griep- en andere vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
- 33.15** voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- 33.16** als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering te bepalen omvang.

34 Verplichtingen van de verzekerde

- 34.1** De verzekerde is verplicht:
- a. bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
 - b. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, adviserend tandarts of adviserend paramedicus. Dit is nodig in verband met controles en fraudeonderzoek die door De Friesland worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet;
 - c. aan de medisch adviseur, adviserend tandarts of adviserend paramedicus van De Friesland of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie. Dit is nodig in verband met controles en fraudeonderzoek die door De Friesland worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet;
 - d. De Friesland behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
 - e. indien door de verzekerde door hem/haar zelf vooraf betaalde rekeningen worden gedeclareerd, de originele nota's binnen 3 jaren na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij De Friesland in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding De Friesland is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn;
 - f. bij medisch-specialistische zorg en zittend ziekenvervoer een verwijzing van een arts, tandarts of medisch-specialist, over te leggen, indien De Friesland hierom vraagt;
 - g. bij fysiotherapie, oefentherapie (Cesar/Mensendieck), ergotherapie, logopedie en dieetadviezing een verwijzing van een arts of medisch-specialist over te leggen, indien De Friesland hierom vraagt.
- 34.2** Indien de verzekerde gedetineerd raakt of uit detentie wordt ontslagen, dient dit uiterlijk binnen vier weken schriftelijk aan De Friesland te zijn gemeld. Gedurende de periode van detentie

bestaat onder deze polis geen recht op zorg of recht op vergoeding van kosten van zorg. De verzekeringsdekking vangt eerst weer aan vanaf het moment dat de detentie is beëindigd.

- 34.3** De verzekeringnemer stelt De Friesland onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden. Indien De Friesland op grond van die gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.
- 34.4** De verzekeringnemer is verplicht De Friesland te informeren over de naam van de nieuwe zorgverzekeraar, indien voor een verzekerde in aansluiting op een verzekering bij De Friesland een zorgverzekering bij een nieuwe zorgverzekeraar wordt gesloten.
- 34.5** Wanneer de belangen van De Friesland worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft De Friesland geen kosten te vergoeden.
- 34.6** De verzekeringnemer is verplicht binnen een maand aan De Friesland kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, geboorte, einde deelname aan een collectief contract, overlijden e.d. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

35 Aansprakelijkheidsbeperking

- 35.1** De Friesland is niet aansprakelijk voor schade die de verzekeringnemer of de verzekerde lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder van wiens zorg de verzekeringnemer of de verzekerde in het kader van de zorgverzekering gebruik heeft gemaakt.
- 35.2** De eventuele aansprakelijkheid van De Friesland voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen bij de uitvoering van de zorgverzekering is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de overeenkomst ten laste van De Friesland zouden zijn gekomen.

36 Onterechte verzekering/fraude

- 36.1** Indien ten behoeve van een of meer verzekerden een verzekeringsovereenkomst tot stand komt en later blijkt dat één of meer verzekerden geen verzekeringsplicht hadden, vervalt de verzekeringsovereenkomst ten behoeve van hen met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringsplicht bestaat en is de verzekeringnemer gehouden alle gedurende de periode van onterechte verzekering vergoede kosten te restitueren. De Friesland kan deze vordering desgewenst compenseren met andere uitkeringen aan de verzekeringnemer.
- 36.2** 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 trachten te verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendselen. Fraude heeft tot gevolg dat er 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 O.W.M. De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen U.A. en/of De Friesland Reisverzekeringen N.V. lopende (aanvullende) verzekeringen;

- registratie zal plaatsvinden in het door De Friesland bijgehouden incidentenregister;
- er een registratie plaatsvindt in het tussen verzekeraars geldende signaleringssysteem;
- eventueel onterecht uitgekeerde schade en onderzoekskosten worden teruggevorderd.

37 Premiebetaling en schorsing

De premiegrondslag (bruto nominale premie) voor deze verzekering staat vermeld op het polisbewijs en is tevens te vinden op de website van De Friesland: www.defriesland.nl.

Op deze premiegrondslag kan eventueel een collectiviteitkorting en korting op basis van een gekozen vrijwillig eigen risico worden toegepast (artikel 4 lid 2). Daarnaast is een rentevergoeding mogelijk bij vooruitbetaling van nominale premie (artikel 37 lid 1 sub a).

37.1 Premiebetaling

- De verzekeringnemer is verplicht de nominale premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. Bij vooruitbetaling per kwartaal geldt een rentevergoeding van 0,5%, bij vooruitbetaling per halfjaar geldt een rentevergoeding van 1% en bij vooruitbetaling per jaar geldt een rentevergoeding van 2%. Deze rentevergoeding wordt berekend over de premiegrondslag na aftrek van mogelijke collectiviteitkorting en/of korting in verband met een vrijwillig eigen risico.
- Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is De Friesland gerechtigd de nominale premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen nominale premie te verrekenen met de van De Friesland te vorderen vergoeding.
- Voor een verzekerde is geen nominale premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. De Friesland benadert de minderjarige verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste 4 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde nominale premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt de nominale premie berekend overeenkomend met een polis zonder vrijwillig eigen risico.
- In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening c.q. restitutie van de nominale premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum. Bij overlijden van de verzekeringnemer gaat de verplichting tot premiebetaling over op de verzekerde(n) waarvoor hij of zij premieplichtig was of voor zover van toepassing op de wettelijke vertegenwoordiger van die verzekerde(n).
- De verzekeringnemer blijft verantwoordelijk voor de nominale premiebetaling ook indien bij een collectief contract is overeengekomen dat de nominale premie door tussenkomst van een derde partij (bijv. werkgever) wordt voldaan en indien deze in gebreke blijft.

37.2 Schorsing

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de nominale premie, wettelijke bijdragen, eventueel andere verschuldigde bedragen zoals eigen bijdragen, eigen risico en kosten, kan De Friesland schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de nominale premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de nominale premie te voldoen. Indien De Friesland maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door De Friesland zijn ontvangen. Indien De Friesland overgaat tot ontbinding op grond van artikel 37 lid 2 zal dit plaatsvinden 14 dagen na de finale aanmaning.

- 37.3** Nadat De Friesland de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij De Friesland de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst.
- 37.4** Het voorgaande lijdt uitzondering indien De Friesland de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

38 Herziening van nominale premie of voorwaarden

- 38.1** De Friesland heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de nominale premies van de bij hem lopende zorgpolissen te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door De Friesland vast te stellen datum. De Friesland doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties. Tussen de ingangsdatum van een dergelijke herziening en de aankondiging daarvan zitten minimaal 6 weken.
- 38.2** Bij een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerde of bij een verhoging van de premiegrondslag kan de verzekeringnemer de verzekering opzeggen gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
- 38.3** De verzekeringnemer kan niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de Zorgverzekeringswet gestelde regels.
- 38.4** De opzegging, bedoeld in het tweede lid van dit artikel gaat in op de ingangsdatum van de herziening van de voorwaarden en/of premie.
- 38.5** Heeft De Friesland binnen de in lid 2 van dit artikel genoemde termijn geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet onder de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe nominale premie.

39 Begin en einde van de verzekering

- 39.1** De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend, of middels feitelijke betaling van nominale premie bevestigd, aanvraagformulier alsmede de eventueel daarnaast verstrekte gegevens en gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.
- 39.2** Indien De Friesland op basis van het in het eerste lid bedoelde aanvraagformulier niet vast kan stellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en zij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de zorgverzekering, in afwijking van het eerste lid van dit artikel, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.

- 39.3** Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het aanmeldingsformulier, bedoeld in het eerste lid van dit artikel, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid van dit artikel, gaat de verzekering op die latere dag in.
- 39.4** Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonedig in afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- 39.5** Indien de verzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, lid 4 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging werkt deze terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.
- 39.6** De verzekeringnemer kan de verzekeringsovereenkomst zonder opgave van reden binnen 15 dagen na dagtekening van het polisblad schriftelijk opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.
- 39.7** Indien aan een ingevuld aanvraagformulier vormfouten kleven, kan De Friesland de eerste premiebetaling als formele bevestiging van de aanvraag beschouwen.
- 39.8** Indien de zorgverzekering ingaat in de loop van een kalenderjaar wordt deze aangegaan voor de resterende duur van dat kalenderjaar.
- 39.9** De Friesland is niet verplicht een zorgverzekering af te sluiten met of ten behoeve van een verzekeringsplichtige wiens eerdere zorgverzekering bij De Friesland binnen een periode van 5 jaar onmiddellijk voorafgaande aan het verzoek tot het sluiten van de verzekering is opgezegd of ontbonden wegens:
- opzettelijke misleiding, fraude of enige andere vorm van wanprestatie door de verzekeringnemer of de verzekerde jegens De Friesland;
 - het niet betalen van de nominale premie.
- 39.10** De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar. Opzegging dient schriftelijk, per fax, of per e-mail te geschieden.
- 39.11** De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde met ingang van de dag volgend op de dag van het overlijden. De Friesland dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden.
- 39.12** De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip waarop zijn verzekeringsplicht eindigt of als De Friesland ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren.
- 39.13** De verzekering eindigt van rechtswege indien de verzekerde ten gevolge van een wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van De Friesland komt te wonen.
- 39.14** De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op de eerste dag van de tweede maand volgend op de maand van verhuizing naar een woonplaats buiten het gebied waarbinnen deze polis van kracht is. In dat geval kan verzekerde worden ingeschreven in de De Friesland Zorg-

verzekeraar Basisverzekering Zuid-Nederland, die van kracht is in Gelderland, Limburg, Noord-Brabant, Utrecht, Zeeland en Zuid-Holland.

- 39.15** Indien de verzekeringnemer een andere is dan de verzekerde en eerstgenoemde verzoekt schriftelijk om beëindiging van de verzekering van de verzekerde omdat deze zich intussen elders op grond van de Zorgverzekeringswet heeft verzekerd, eindigt de verzekering per ingangsdatum van de nieuwe verzekering indien de opzegging voor die ingangsdatum wordt ontvangen of indien het verzoek later wordt ontvangen met ingang van de eerste dag van de tweede maand, volgend op die waarin het verzoek daartoe door De Friesland wordt ontvangen. De verzekeringnemer dient daartoe bewijsstukken over te leggen.
- 39.16** De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van het ene collectief contract in verband met het dienstverband naar het andere collectief contract in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand.
- 39.17** De Friesland stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van lid 11 of lid 12 van dit artikel eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- 39.18** Indien de verzekering eindigt, verstrekt De Friesland de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van einde zorgverzekering. Hierop worden vermeld:
- a. naam, adres, woonplaats en sociaal-fiscaal nummer van de verzekerde;
 - b. naam, adres, en woonplaats van de verzekeringnemer;
 - c. adres en vestigingsplaats van De Friesland;
 - d. de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
 - e. of voor de verzekerde op die dag een eigen risico gold en zo ja met welke ingangsdatum, voor welk bedrag en de in verband daarmee verleende korting;
 - f. de reden van beëindiging van de verzekering.

40 **Geschillen**

- 40.1** Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door De Friesland, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij binnen een jaar nadat hem die beslissing is meegedeeld De Friesland verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de Geschillencommissie van De Friesland.
- 40.2** Indien op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door De Friesland wordt gereageerd, dan wel De Friesland daarop niet tot tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde heeft gereageerd, kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Deze commissie brengt een bindend advies uit, met inachtneming van het reglement van de commissie.
- 40.3** Lid 2 van dit artikel doet niet af aan het recht van de verzekeringnemer of de verzekerde om een geschil tussen hem en De Friesland aan de bevoegde burgerlijke rechter voor te leggen. Heeft de verzekeringnemer of verzekerde het geschil reeds in een bodemprocedure voorgelegd aan de burgerlijke rechter, dan blijft lid 2 buiten toepassing.

41 Registratie persoonsgegevens

- 41.1** De in het kader van deze verzekering en/of de daarbij afgesloten aanvullende verzekeringen verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door De Friesland gevoerde persoonsregistratie. Op deze persoonsregistratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing.
De Friesland conformeert zich aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen die door het Verbond van Verzekeraars en de Nederlandse Banken is opgesteld (zie daarvoor de website van het Verbond: www.verzekeraars.nl) en waaraan een apart addendum voor zorgverzekeraars is toegevoegd. Dit addendum is het voor De Friesland en haar verzekerden meest relevante document. Dit document kunt u op de website van De Friesland integraal raadplegen. Deze gedragscode is tevens desgewenst op aanvraag verkrijgbaar bij De Friesland.
- 41.2** Op schriftelijk verzoek van de betrokken verzekerde wordt door De Friesland inzage gegeven in de individuele gegevens die van hem/haar worden bijgehouden. Op verzoek van de betrokkene kan tot correctie of verwijdering van opgenomen gegevens worden overgegaan. Verzoeken tot inzage en correctie of verwijdering dienen te worden gericht aan de Compliance Officer van De Friesland, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden.

42 Klachten over formulieren

Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen beklag indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over door De Friesland gehanteerde formulieren. Een dergelijk beklag heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Genoemde belanghebbenden worden verzocht zich in eerste instantie tot De Friesland te wenden. Uitspraak van de NZa strekt de zorgaanbieder, zorgverzekeraar en consument tot bindend advies. Op de website van de NZa (www.nza.nl) is aangegeven waar en op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

Stuur uw klacht aan:
Nederlandse Zorgautoriteit
t.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
E-mail: informatielijn@nza.nl

Na ontvangst van uw klacht maakt de NZa een eerste beoordeling. Over de uitkomst hiervan ontvangt u binnen vier weken bericht. Daarbij wordt u ook geïnformeerd over de eventuele vervolgpprocedure.

Persoonlijk advies

Graag helpen we u persoonlijk de beste keuze te maken!

U bent van harte welkom in onze (mobiele) winkels in:

Groningen - Herestraat 100

Leeuwarden - Harlingertrekweg 53

Drachten - Zuiderbuurt 64

Heerenveen - Sieversstraat 8

Sneek - Singel 48

Openingstijden

Maandag t/m vrijdag van 08.30 tot 17.00 uur.

Onze mobiele winkels doen diverse dorpen aan in Noord-Nederland.

De routes vindt u op www.defriesland.nl

Voor persoonlijk advies kunt ook bellen met onze afdeling

Klantcontacten (058) 291 31 31.

Meer informatie over onze producten en diensten vindt u op

www.defriesland.nl