

Bekijk online versie

Polisvoorwaarden aanvullende verzekeringen vanaf 1 januari 2027

AV Instap, AV (Tand) Opstap, AV (Tand) Doorstap, AV Budget, AV (Tand) Standaard, AV (Tand) Extra, AV (Tand) Optimaal

De Friesland

65406 2701

Polisvoorwaarden aanvullende verzekeringen vanaf 1 januari 2027

Inhoud

1. Algemene informatie

2. Algemene Voorwaarden

3. Inhoud van de verzekering

4. Inhoud van de aanvullende tandverzekeringen

5. Begripsomschrijvingen

Inhoudsopgave

1. Algemene informatie 4

1.1. Voordelen voor alle verzekerden van De Friesland 4

1.2. Zorgaanbieders en vergoedingen 4

1.3. Klachtafhandeling 5

1.4. Voorafgaande toestemming 5

1.5. Mijn De Friesland 5

1.6. Digitale communicatie 5

1. Algemene informatie

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

Deze verzekeringsvoorwaarden horen bij jouw zorgverzekering bij De Friesland. Hierin kun je bijvoorbeeld opzoeken welke zorg wordt vergoed in de aanvullende verzekering. Daarnaast leggen we uit hoe je eenvoudig een nota kunt indienen, hoe je opzoekt of een specifieke zorgaanbieder door ons wordt vergoed en op welke manier je contact met ons kunt opnemen.

Deze voorwaarden kun je ook vinden op onze website defriesland.nl. Hier vind je daarnaast nog meer informatie over jouw zorgverzekering en hebben we veelgestelde vragen alvast voor je beantwoord. Heb je toch nog vragen? Bel dan gerust met ons of maak een afspraak om langs te komen in ons servicepunt in Leeuwarden.

1.1. Voordelen voor alle verzekerden van De Friesland

Je kunt bij De Friesland rekenen op goede producten tegen een scherpe premie. Maar ook willen wij jou graag nog wat extra zorg en voordeel bieden. Zo hebben we Dokter Appke. Met deze app krijg je snel en persoonlijk antwoord op je gezondheidsvragen. Dit antwoord wordt verzorgd door een team van ervaren medisch verpleegkundigen en artsen. Dokter Appke is er elke dag van de week en je kunt zowel appen als bellen. Ook hebben we met een aantal opticiens afspraken gemaakt waardoor je voordelig of met extra's een bril of contactlenzen kunt kopen. Kijk voor meer informatie over al jouw voordelen bij De Friesland op onze website.

Kraampakket

Alle aanstaande moeders die bij De Friesland staan ingeschreven hebben vanaf de zesde maand van de zwangerschap recht op een gratis kraampakket. Dit bevat onder andere kraammatrasjes, kraamverband, steriele gaasjes, watten enz. Je kunt het kraampakket aanvragen via onze website of telefonisch bij onze Klantenservice.

1.2. Zorgaanbieders en vergoedingen

1.2.1. Hoe weet je of bepaalde zorg vergoed wordt?

Wanneer je zorg nodig hebt, wil je natuurlijk ook weten of De Friesland deze zorg vergoedt. Dit kun je daarom gemakkelijk in de verzekeringsvoorwaarden en op onze website opzoeken. Heb je toch nog vragen? Onze medewerkers helpen je graag verder.

1.2.2. Vergoeding voor een bepaalde behandeling?

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

1.2.3. Vergoeding van een bepaalde zorgaanbieder?

Zoek je informatie over zorgaanbieders waar De Friesland een overeenkomst mee heeft gesloten? Deze vind je op onze website. In onze Zorgzoeker kun je een keuze maken voor het soort zorgaanbieder en woonplaats.

Let op!

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

1.3. Klachtafhandeling

De Friesland besteedt veel tijd en aandacht aan het afhandelen van klachten. Een klacht zien wij als een mogelijkheid om onze informatievoorziening en dienstverlening verder te verbeteren. Je kunt jouw klacht per brief, telefonisch of via onze website indienen. Na ontvangst van je klacht ontvang je van ons een ontvangstbevestiging. In de bevestiging staat wanneer je antwoord kunt verwachten. Wil je meer weten? Verderop in deze verzekeringsvoorwaarden gaan wij nader in op de klachtafhandeling. Ook kun je meer informatie vinden op onze website.

1.4. Voorafgaande toestemming

Niet iedere behandeling wordt automatisch vergoed. Soms heb je eerst voorafgaande toestemming van De Friesland nodig. Dit geldt voor sommige behandelingen, geneesmiddelen of aanschaf van bepaalde hulpmiddelen. Als dit het geval is, is dit in hoofdstuk 3 Inhoud van de verzekering bij het betreffende artikel vermeld. De Friesland probeert je aanvraag altijd binnen vijf werkdagen af te handelen. Bij onvoldoende informatie kan deze termijn oplopen tot tien werkdagen. Voor een snelle afhandeling hebben wij bij jouw aanvraag daarom in ieder geval de volgende informatie nodig:

a. jouw naam, geboortedatum, adres, woonplaats en verzekerdennummer;
b. de aandoening die behandeld wordt;
c. de aard van de behandeling of voorziening;
d. de duur van de behandeling;
e. de naam en functie van de behandelaar en/of aanvrager.

Jouw behandelend arts kan de aanvraag voor je invullen.

1.5. Mijn De Friesland

Je kunt als verzekeringnemer o.a. je declaraties inzien en polisgegevens raadplegen en wijzigen in Mijn De Friesland, via een per DigiD beveiligde online verbinding. Meer informatie over Mijn De Friesland vind je op onze website.

1.6. Digitale communicatie

Heb je, als verzekeringnemer of verzekerde, ons uitdrukkelijk toestemming verleend voor het digitaal toesturen van de polis en van mededelingen en andere communicatie-uitingen? Dan verloopt alle communicatie tussen jou en De Friesland online, voor zover wet- en regelgeving hieraan niet in de weg staan.

Let op!

Alle informatie over jouw verzekering is digitaal beschikbaar. Wil je als verzekeringnemer jouw post op papier (blijven) ontvangen? Dan betaal je (verzekeringnemer) een bijdrage voor de kosten van papieren post (zoals rekeningen en declaratieoverzichten). De kosten zijn € 1,50 per maand. Je betaalt geen bijdrage voor het polisblad en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de bijdrage voor papieren post vind je op defriesland.nl.

Inhoudsopgave

2. Algemene Voorwaarden 7

2.1. Algemene bepalingen 7

2.2. Grondslag en dekkingsgebied 7

2.2.1. Grondslag 7

2.2.2. Dekkingsgebied 7

2.3. Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven? 7

2.4. Begin en einde van de verzekering 8

2.4.1. Aanmelden 8

2.4.2. Wijzigen aanvullende verzekering 9

2.4.3. Beëindigen 10

2.5. Herziening van premie of voorwaarden 11

2.6. Dekking 11

2.6.1. Omvang van de dekking 11

2.6.2. Buitenland 11

2.6.3. Samenloop met andere verzekeringen 12

2.6.4. Dekkingsperiode 12

2.6.5. Terrorismerisico 12

2.6.6. Uitsluitingen 12

2.6.7. Betaling aan de zorgaanbieder 13

2.6.8. Eigen bijdrage 13

2.7. Premiebetaling 14

2.8. Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde 15

2.8.1. Je bent als verzekerde verplicht: 15

2.8.2. Wat je verder moet weten 16

2.9. Fraude 16

2.10. Klachten 16

2.11. Verhaal op derden 17

2.12. Aansprakelijkheidsbeperking 17

2.13. Registratie persoonsgegevens 17

2.14. Klachten over formulieren 18

2.15. Indienen van je nota 19

2.16. Slotbepaling 20

2. Algemene Voorwaarden

2.1. Algemene bepalingen

a. In deze voorwaarden bedoelen wij met ‘je/jij/jou’: jou als verzekerde. Als wij met ‘je/jij/jou’ bedoelen jou als verzekeringnemer, hebben wij dit expliciet vermeld.
b. In deze voorwaarden wordt met De Friesland bedoeld: Achmea Zorgverzekeringen NV.
c. In deze voorwaarden wordt met aanvullende verzekering bedoeld:
   - De Friesland Zorgverzekeraar Aanvullende Verzekering Instap (AV Instap);
   - De Friesland Zorgverzekeraar Aanvullende Verzekering Opstap (AV Opstap);
   - De Friesland Zorgverzekeraar Aanvullende Verzekering Doorstap (AV Doorstap);
   - De Friesland Zorgverzekeraar Aanvullende Verzekering Budget (AV Budget);
   - De Friesland Zorgverzekeraar Aanvullende Verzekering Standaard (AV Standaard);
   - De Friesland Zorgverzekeraar Aanvullende Verzekering Extra (AV Extra);
   - De Friesland Zorgverzekeraar Aanvullende Verzekering Optimaal (AV Optimaal);
   - De Friesland Zorgverzekeraar Aanvullende Tandverzekering Opstap (AV Tand Opstap);
   - De Friesland Zorgverzekeraar Aanvullende Tandverzekering Doorstap (AV Tand Doorstap);
   - De Friesland Zorgverzekeraar Aanvullende Tandverzekering Standaard (AV Tand Standaard);
   - De Friesland Zorgverzekeraar Aanvullende Tandverzekering Extra (AV Tand Extra);
   - De Friesland Zorgverzekeraar Aanvullende Tandverzekering Optimaal (AV Tand Optimaal).

2.2. Grondslag en dekkingsgebied

2.2.1. Grondslag

a. De verzekering is aangegaan op grond van de gegevens die je op het online aanvraagformulier hebt aangegeven of die je ons op een andere wijze hebt doorgegeven.
b. Mocht De Friesland het met betrekking tot de aanmelding noodzakelijk vinden om aanvullende informatie op te vragen, dan ben je als verzekeringnemer verplicht hieraan mee te werken en De Friesland de benodigde informatie te verschaffen.
c. Het verstrekken van onvolledige en/of onjuiste informatie ten behoeve van de aanmelding geeft De Friesland het recht de verzekeringsovereenkomst ongeldig te verklaren.
d. Als aan een ingevulde online aanmelding vormfouten kleven, kan De Friesland de eerste premiebetaling als formele bevestiging van de aanvraag beschouwen.

2.2.2. Dekkingsgebied

De aanspraken die aan deze verzekering kunnen worden ontleend kunnen geldend worden gemaakt in Nederland en in het buitenland.

2.3. Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven?

a. Natuurlijke personen die in Nederland wonen;
b. Natuurlijke personen die buiten Nederland wonen en zijn ingeschreven in een basisverzekering van De Friesland.

Let op!

De aanvullende verzekering Optimaal kan niet meer worden afgesloten. De aanvullende verzekeringen Budget, (Tand) Standaard, (Tand) Extra en Tand Optimaal kunnen alleen worden afgesloten in combinatie met een Alles Verzorgd Polis. De aanvullende verzekeringen Opstap, Doorstap, Tand Opstap en Tand Doorstap kunnen alleen worden afgesloten in combinatie met een Zelf Bewust Polis.

2.4. Begin en einde van de verzekering

2.4.1. Aanmelden

Ingangsdatum verzekering

De datum van ingang van de verzekering is de ingangsdatum van de basisverzekering bij De Friesland, als je de aanvullende verzekering tegelijkertijd met de basisverzekering afsluit. Deze ingangsdatum is vermeld op je polisblad. Als je de aanvullende verzekering niet tegelijk met een basisverzekering afsluit is de ingangsdatum:

a. 1 januari van het jaar volgend op de dag waarop wij je aanvraag voor een aanvullende verzekering hebben ontvangen, of;
b. 1 januari van het lopende kalenderjaar wanneer wij je aanmelding in de maand januari van het lopende kalenderjaar hebben ontvangen of;
c. de datum waarop je 18 jaar wordt, wanneer je je binnen twee maanden na deze datum voor de verzekering hebt aangemeld.

Let op!

Voor de vergoeding van de kosten van orthodontie in de aanvullende verzekeringen Extra en Optimaal kan een wachttijd gelden van een jaar.

Kind krijgt dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

Is jouw kind meeverzekerd op je basisverzekering? En heb je zelf een aanvullende verzekering bij ons? Dan krijgt jouw kind ook deze aanvullende verzekering. Je betaalt hiervoor voor kinderen jonger dan 18 jaar geen premie. Daarom kun je voor kinderen jonger dan 18 jaar geen aanvullende verzekering afsluiten die uitgebreider is dan jouw aanvullende verzekering of die van jouw meeverzekerde partner.

Let op!

Is je partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet je zelf aangeven bij wie je jouw kind(eren) meeverzekert.

Tandheelkundige selectie

Er vindt tandheelkundige selectie plaats als je je aanmeldt voor een aanvullende verzekering Tand Optimaal. Dit geldt niet wanneer je je binnen twee maanden na het bereiken van de achttienjarige leeftijd voor een aanvullende verzekering Tand Optimaal aanmeldt.

De Friesland beslist op basis van een volledig ingevuld en ondertekend vragenformulier en eventueel een keuringsrapport van de tandarts of de verzekering wordt aangegaan of wordt geweigerd. De kandidaat-verzekerde ontvangt hiervan schriftelijk bericht.

Wat je verder moet weten

a. De verzekeringnemer kan de verzekeringsovereenkomst zonder opgave van reden binnen veertien dagen na ontvangst van het polisblad of na ter beschikkingstelling van het polisblad via Mijn De Friesland, ongedaan maken. Dit kan via Mijn De Friesland, per brief of telefonisch. De verzekering wordt dan met terugwerkende kracht ontbonden.
b. De Friesland kan inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren als een verzekering eerder is beëindigd wegens wanbetaling of fraude zoals bedoeld in deze voorwaarden.
c. De Friesland weigert inschrijving in de aanvullende verzekering als je alleen een aanvullende verzekering wilt afsluiten zonder dat je een basisverzekering (Alles Verzorgd Polis of Zelf Bewust Polis) bij ons hebt of afsluit.

d. Een combinatie van de aanvullende verzekeringen Instap, Opstap, Doorstap, Budget, Standaard, Extra en Optimaal is niet toegestaan. Een combinatie van een aanvullende verzekering Instap, Budget, Standaard, Extra of Optimaal met een aanvullende verzekering Frieso Compleet is niet toegestaan. Een combinatie van de aanvullende verzekeringen Tand Opstap, Tand Doorstap, Tand Standaard, Tand Extra en Tand Optimaal is niet toegestaan. Een combinatie van de aanvullende verzekeringen Tand Standaard, Tand Extra en Tand Optimaal met een aanvullende verzekering Frieso Compleet is niet toegestaan.
e. Een aanvullende verzekering kan niet worden afgesloten op het moment dat er sprake is van premieschuld bij De Friesland Zorgverzekeraar NV en/of Achmea Zorgverzekeringen NV of wanneer je elders een basisverzekering hebt afgesloten en er sprake is van een premieschuld op deze basisverzekering.
f. Je ontvangt een polisblad in een door De Friesland vast te stellen vorm dat geldt als bewijs van de tussen jou als verzekeringnemer en De Friesland gesloten verzekeringsovereenkomst. Jaarlijks informeren wij je over de wijzigingen in de verzekering en de nieuwe premie (voor jou en je medeverzekerden). Je ontvangt hiervoor een (gezins)polisblad. Daarnaast stellen wij jaarlijks de polisbladen beschikbaar via Mijn De Friesland. Als je een voorkeur voor communicatie per post hebt aangegeven, ontvang je een nieuw polisblad wanneer er wijzigingen in de polis worden doorgegeven.
g. Je ontvangt ook een zorgpas van ons. Deze ontvang je digitaal, tenzij je ons om een fysieke zorgpas vraagt. Het polisblad of de zorgpas toon je aan de zorgverlener bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens deze polisvoorwaarden.
h. De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat deze tenminste voor de duur van één kalenderjaar moet worden aangegaan. Verzekeringen aangegaan in de loop van een kalenderjaar worden tenminste voor de resterende duur van dat jaar aangegaan.
i. Voor het verwerken van jouw persoonsgegevens is de Basisregistratie personen (BRP) bepalend.

2.4.2. Wijzigen aanvullende verzekering

Je kunt als verzekeringnemer de aanvullende verzekering wijzigen per 1 januari. Je kiest dan een hogere of lagere variant van de aanvullende (tand)verzekering die je al hebt. Wij moeten het verzoek tot wijziging uiterlijk 31 januari van het kalenderjaar waarop de wijziging betrekking heeft, hebben ontvangen. In afwijking hiervan kun je als verzekeringnemer de aanvullende verzekering wijzigen:

a. in de periode als bedoeld in artikel 2.5, als wij de premie en/of voorwaarden herzien;
b. per de datum waarop jouw verzekerde achttien jaar wordt, als wij de wijziging ontvangen binnen twee maanden na de datum waarop jouw verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt;
c. als je eerder dan in het lopende kalenderjaar een uitneembaar volledig kunstgebit hebt laten plaatsen en het lopende kalenderjaar nog geen kosten hebt gedeclareerd op de aanvullende tandverzekering. De wijziging gaat dan in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin wij het verzoek tot wijziging hebben ontvangen.

Bij wijziging van de aanvullende verzekering Tand Standaard of Tand Extra naar de aanvullende verzekering Tand Optimaal geldt tandheelkundige selectie.

Je kunt als verzekeringnemer de aanvullende verzekering niet wijzigen wanneer de verzekerde geen basisverzekering (Alles Verzorgd Polis of Zelf Bewust Polis) bij De Friesland heeft.

Let op!

Heb je een AV Standaard en een Alles Verzorgd Polis? En ben je in de loop van een kalenderjaar zwanger geraakt en zal je volgens berekening nog in datzelfde kalenderjaar bevallen? Dan kun je met terugwerkende kracht vanaf 1 januari van het lopende kalenderjaar de aanvullende verzekering wijzigen naar AV Extra.

Een verklaring van de verloskundige met daarin de vermoedelijke datum van bevalling is noodzakelijk.

Heb je (verzekeringnemer) een lopende aanvullende verzekering gewijzigd? Dan tellen de door jou ontvangen vergoedingen mee voor je nieuwe aanvullende verzekering. Dit geldt voor zowel de termijnen van de zorgaanspraken als het bepalen van de (maximum)vergoeding. Daarnaast kan voor de vergoeding van kosten van orthodontie (opnieuw) een wachttijd gelden van een jaar.

2.4.3. Beëindigen

Je mag als verzekeringnemer je aanvullende verzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Als je tijdig opzegt eindigt jouw aanvullende verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zeg je de aanvullende verzekering niet op, dan verlengen wij deze stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan op de volgende manieren plaatsvinden:

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

Wat je verder moet weten

a. De Friesland beëindigt de aanvullende verzekering bij overlijden van de verzekerde met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
b. De Friesland beëindigt de aanvullende verzekering zonder dat daartoe opzegging is vereist meteen als de verzekerde of de verzekeringnemer naar het oordeel van De Friesland schuldig nalatig is ten aanzien van het verstrekken van alle inlichtingen die voor een goede uitvoering van de verzekering nodig zijn.
c. De Friesland beëindigt de aanvullende (tand)verzekering per de datum waarop de verzekerde is ingeschreven in de aanvullende verzekering Frieso Compleet.
d. Op verzoek van jou als verzekeringnemer beëindigt De Friesland de aanvullende (tand)verzekering per de eerste van de maand volgend op die waarin je de verzekering opzegt wegens verblijf van de verzekerde in een Wlz-instelling met een indicatie voor behandeling. Voorwaarde hiervoor is dat de verzekerde in het lopende jaar nog geen gebruik heeft gemaakt van een vergoeding uit de aanvullende (tand)verzekering. Neem hiervoor contact op met onze Klantenservice.
e. Op verzoek van jou als verzekeringnemer beëindigt De Friesland jouw aanvullende tandverzekering per de eerste van de maand volgend op die waarin je de verzekering opzegt, als je eerder dan in het lopende kalenderjaar een uitneembaar volledig kunstgebit hebt laten plaatsen. Voorwaarde hiervoor is dat de verzekerde in het lopende kalenderjaar nog geen gebruik heeft gemaakt van een vergoeding uit de aanvullende tandverzekering. Neem hiervoor contact op met onze Klantenservice.
f. Als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen een of meer aanvullende verzekeringen niet langer aanbieden, mogen wij eenzijdig deze aanvullende verzekering(en) beëindigen per de datum waarop wij deze uit de markt halen.

2.5. Herziening van premie of voorwaarden

De Friesland heeft het recht de voorwaarden van de verzekering en de premies te herzien. De Friesland deelt deze voorgenomen herziening mee aan de verzekeringnemer. Tussen de ingangsdatum van de herziening en de aankondiging hiervan zitten tenminste zes weken. Bij een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerde, of bij een verhoging van de premie, kan de verzekeringnemer gedurende zes weken nadat de wijziging hem is meegedeeld de verzekering opzeggen.

Let op!

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

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

2.6. Dekking

2.6.1. Omvang van de dekking

Voor zover en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat, vergoedt De Friesland de kosten van de in Hoofdstuk 3 Inhoud van de verzekering en 4 Inhoud van de aanvullende tandverzekeringen genoemde aanspraken volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. De omvang van de dekking is beperkt tot de met name in Hoofdstuk 3 Inhoud van de verzekering en 4 Inhoud van de aanvullende tandverzekeringen genoemde onderdelen.
Zorg die onder de basisverzekering valt, vergoedt De Friesland niet vanuit de aanvullende verzekering. De aanvullende verzekering is een aanvulling op de basisverzekering. Pas wanneer de maximale vergoeding vanuit de basisverzekering voor jou ontoereikend is, kan je – voor zover verzekerd – aanspraak maken op vergoeding vanuit de aanvullende verzekering. Het is niet aan jou of de zorgverlener om de volgorde van aanspraak tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering te bepalen.

De in Hoofdstuk 4 Inhoud van de aanvullende tandverzekeringen genoemde codes zijn de prestatiecodes voor tandheelkundige zorg zoals die zijn vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

2.6.2. Buitenland

Niet spoedeisende behandeling

Als je een niet spoedeisende behandeling in het buitenland wilt ondergaan, zijn de volgende bepalingen van toepassing:

a. voor zover volgens de verzekeringsvoorwaarden voorafgaande toestemming door De Friesland voor behandeling in Nederland vereist is, geldt dit ook voor behandelingen in het buitenland;
b. voor zover in de voorwaarden beperkingen gelden zoals maximeringen, eigen bijdragen en vaste vergoedingsbijdragen voor vergoeding van behandeling in Nederland, zijn deze ook van toepassing op behandelingen in het buitenland;
c. de zorgaanbieder moet voldoen aan kwalificaties die vergelijkbaar zijn met kwalificaties die voor een zelfde of vergelijkbare zorgaanbieder in Nederland gebruikelijk zijn. Daarnaast moet de overheid van het betreffende land de zorgverlener of zorginstelling hebben erkend. Je dient desgevraagd aan te tonen dat aan deze eis is voldaan;
d. spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is;

e. wij vergoeden de zorg die je in het buitenland krijgt alleen als wij deze ook in Nederland vanuit de aanvullende (tand)verzekering zouden vergoeden.

Alarmservice bij spoedeisende behandeling

Als je medisch noodzakelijke zorg nodig hebt die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet je dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de De Friesland Alarmcentrale door Eurocross. Deze coördineert de zorg. Ook kun je informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De alarmservice is dag en nacht, zeven dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (212 02 12). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 212 02 12.

Omrekenkoers

De vergoeding van de verzekerde kosten vindt plaats in euro's volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals gepubliceerd door de Europese Centrale Bank. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar je recht op hebt, betalen wij altijd aan jou (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

2.6.3. Samenloop met andere verzekeringen

In het geval dat je, als deze verzekering niet zou bestaan, aanspraak kunt maken op een uitkering op basis van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op basis van enige wet, verordening/verdrag of andere voorziening, dan is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. In dat geval vergoedt De Friesland alleen de schade die meer bedraagt dan het bedrag waarop je elders aanspraak kunt maken. Als de kosten van jouw behandeling (deels) ook bij een andere (reis)verzekeraar voor vergoeding in aanmerking komen, vergoeden wij die eerst om deze daarna (deels) te verhalen op de betreffende verzekeraar. Hiervoor delen wij jouw medische gegevens met deze verzekeraar.

2.6.4. Dekkingsperiode

Je hebt recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Bij het volgen van een cursus is de startdatum van de cursus bepalend voor het recht op vergoeding. Als een behandeling in de vorm van een DBC (diagnose behandeling combinatie) in rekening wordt gebracht, is de datum waarop het DBC-traject is begonnen bepalend voor het recht op vergoeding. Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken en telt de duur van de onderbreking mee voor het bepalen van de termijn van de bij de dekking genoemde vergoedingstermijn.

2.6.5. Terrorismerisico

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekering maximaal de uitkering zoals omschreven in het clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) NV. Dit clausuleblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. Je kunt het protocol vinden op nht.vereende.nl. Het clausuleblad kun je vinden op onze website of bij ons opvragen.

2.6.6. Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding van:

a. sancties opgelegd door zorgaanbieders, bijvoorbeeld het doorberekenen van niet nagekomen afspraken of het door de zorgaanbieder berekenen van rente wegens het niet tijdig betalen van een nota;
b. eigen risico's en/of eigen bijdragen in welke vorm dan ook, die op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) of andere (wettelijke) regelingen zijn verschuldigd, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;

c. schade veroorzaakt door opzet, of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
d. schade veroorzaakt bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, voor zover er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225). Deze uitsluiting geldt ook niet voor zover op grond van de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is;
e. zorg of diensten die zijn uitgevoerd door jou zelf. Voor zorg of een dienst geleverd door jouw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad dienen wij je vooraf toestemming te geven, als je deze zorg of dienst ook bij ons wilt declareren. Wij geven alleen toestemming in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als je kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de zorg of dienst uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd;
f. de kosten van esthetische, onnodig kostbare en/of ondoelmatige tandheelkundige behandelingen of voorzieningen (dit ter beoordeling van onze tandheelkundig adviseur);
g. de kosten van een behandeling, als je niet meewerkt aan een tandheelkundige controle die De Friesland noodzakelijk acht.

2.6.7. Betaling aan de zorgaanbieder

De Friesland mag in alle gevallen de kosten van zorg of overige diensten rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen. Je hebt dan geen recht meer op betaling van deze kosten aan jou zelf.

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop je volgens de verzekeringsovereenkomst recht hebt. Dit gebeurt bijvoorbeeld als je zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen betaling. Je (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen.

2.6.8. Eigen bijdrage

Als je volgens deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage of eigen betaling bent verschuldigd, dan wordt die:

a. door de zorgaanbieder aan jou in rekening gebracht als De Friesland de kosten van zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder voldoet of;
b. in mindering gebracht op de vergoeding als De Friesland de vergoeding aan jou betaalt of;
c. bij jou (verzekeringnemer) geïnd zoals aangegeven in artikel 2.6.7 van deze voorwaarden.

2.7. Premiebetaling

Let op!

Wij hebben het liefst dat je (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso of betaalmail betaalt:

- premie;
- eigen bijdragen;
- eigen betalingen;
- bijdrage voor papieren post;
- eventuele overige vorderingen.

Kies je (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso of betaalmail? Dan kan het zijn dat je daarvoor administratiekosten moet betalen.

a. Je bent als verzekeringnemer verplicht de premie en 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. Een uitzondering hierop geldt wanneer je deelneemt aan een collectiviteit die de premie rechtstreeks aan ons betaalt. In dat geval is alleen vooruitbetaling per maand mogelijk.

b. Alle informatie over jouw verzekering is digitaal beschikbaar. Wil je als verzekeringnemer jouw post op papier (blijven) ontvangen? Dan betaal je (verzekeringnemer) een bijdrage voor de kosten van papieren post (zoals rekeningen en declaratieoverzichten). De kosten zijn € 1,50 per maand. Je betaalt geen bijdrage voor het polisblad en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de bijdrage voor papieren post vind je op onze website.

c. Je betaalt als verzekeringnemer de premie en overige verschuldigde bedragen door middel van een automatische incasso of met een elektronische betaling.

d. Bij vooruitbetaling per halfjaar geldt een korting van 0,5% en bij vooruitbetaling per jaar geldt een korting van 1%. Deze korting wordt berekend over de premie na aftrek van een mogelijke collectiviteitkorting. Heb je als verzekeringnemer ervoor gekozen om premie te betalen per kwartaal of (half)jaar? En betaal je de premie niet binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld? Dan mogen wij jou de premie weer per maand laten betalen. Het gevolg hiervan is dat je geen recht meer hebt op betalingskorting.

e. Zodra de collectieve overeenkomst waaraan de verzekeringnemer een premiekorting ontleent wordt ontbonden, vervalt ook het recht op de korting. Ook vervalt het recht op korting zodra je niet meer voldoet aan de voorwaarden voor toegang tot de collectiviteit. Wij controleren dit periodiek door middel van het voorleggen van jouw naam, adres en woonplaats aan de contractspartner van de collectiviteit.

   Let op!

   Op het moment dat jouw deelname aan een collectiviteit eindigt, vervallen naast de collectiviteitskorting ook de andere voordelen. Dit zijn bijvoorbeeld extra vergoedingen die uit de collectiviteit voortkomen.

f. Kinderen tot achttien jaar betalen geen premie. Onder kinderen verstaan wij de eigen, stief-, adoptie- of pleegkinderen jonger dan achttien jaar. Voor kinderen zoals hier bedoeld gaat na het bereiken van de achttienjarige leeftijd de premiebetaling in op de eerste van de maand volgend op die waarin de achttienjarige leeftijd wordt bereikt.

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

h. Je (verzekeringnemer) ontvangt van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan jou (verzekeringnemer) te versturen veertien dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. Dit is niet van toepassing op de bekendmaking van de nieuwe premie. De automatische incasso van de premie kondigen wij een keer per jaar aan op het polisblad dat je van ons ontvangt of wij jou ter beschikking stellen via Mijn De Friesland.
i. Als een automatische incasso niet plaats kan vinden in verband met onvoldoende saldo, biedt De Friesland deze incasso maximaal tweemaal opnieuw aan de bank aan.
j. Als je een aanvullende verzekering hebt afgesloten in combinatie met een Zelf Bewust Polis, is alleen automatische incasso mogelijk. Als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd, versturen wij een digitaal betalingsverzoek.
k. Het niet incasseren van de premie door De Friesland ontslaat jou als verzekeringnemer niet van je verplichting tot betaling.
l. Als je als verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kan De Friesland je schriftelijk aanmanen tot betaling, onder mededeling dat bij het niet voldoen aan de betalingsverplichting binnen de in de aanmaning gestelde termijn, de verzekeringsdekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. Je blijft dan als verzekeringnemer verplicht de premie te voldoen. De dekking wordt pas weer van kracht op de dag volgend op die waarop de verschuldigde premie door De Friesland is ontvangen.
m. Mocht De Friesland overgaan tot ontbinding van de verzekeringsovereenkomst wegens premieschuld, dan gebeurt dit per de eerste van de maand volgend op de datum waarop de betalingstermijn genoemd in de finale aanmaning afloopt. Er zit minimaal een periode van veertien dagen tussen deze datum en de datum van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst.
n. Het is jou als verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met een van De Friesland te vorderen uitkering.
o. Moet je (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen, en declareer je schadekosten bij ons die wij aan jou (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie met de schadekosten.

Let op!
Als verzekeringnemer ben en blijf je zelf verantwoordelijk voor de premiebetaling, ook als bij een collectief contract is overeengekomen dat de premie door tussenkomst van een derde partij, bijvoorbeeld de werkgever, wordt voldaan en deze in gebreke blijft.

2.8. Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde

2.8.1. Je bent als verzekerde verplicht:

a. je bij het inroepen van zorg te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
b. De Friesland behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
c. een verwijzing van een arts, tandarts of medisch specialist over te leggen als De Friesland hier om vraagt;
d. nota's in te dienen die op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag het recht op vergoeding door De Friesland kan worden vastgesteld. De zorgverlener die jou heeft behandeld, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) jou heeft behandeld. Buitenlandse nota's dienen minimaal de volgende informatie te bevatten:

- jouw naam en geboortedatum;

- de behandeldatum;
- een omschrijving van de behandeling;
- kosten- en honorariumbedrag.

Als een nota en bijbehorende documenten (bijvoorbeeld behandelverslagen) in een andere taal zijn opgesteld dan Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans, dan kunnen wij jou vragen om een vertaling van een beëdigd vertaler. De kosten hiervan komen voor je eigen rekening.

Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn, bijvoorbeeld met een handtekening en/of een stempel.

2.8.2. Wat je verder moet weten

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

2.9. Fraude

Onder fraude verstaat De Friesland in ieder geval het opzettelijk plegen of proberen te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen. Als De Friesland vermoedt dat er sprake is van fraude, zullen wij een onderzoek (laten) instellen. Je bent verplicht om aan dit onderzoek mee te werken en ons alle relevante en juiste informatie te geven. Tijdens dit onderzoek kan De Friesland besluiten om jouw nota's niet uit te betalen. Aanvragen voor machtigingen en lopende machtigingen kunnen worden opgeschort.

Blijkt uit het onderzoek dat jij of iemand anders namens jou (geheel of gedeeltelijke) fraude heeft gepleegd? Dan vervalt al jouw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Dat geldt ook voor het deel van de zorg waarbij geen sprake is geweest van fraude. Daarnaast vorderen wij uitgekeerde vergoedingen bij jou terug. De Friesland kan bij fraude jouw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen voor een periode van maximaal acht jaar, gerekend vanaf de start van het onderzoek, (laten) registreren in ons Incidentenregister en het Extern Verwijzings Register (EVR) van de Stichting CIS. Ook kunnen wij bij fraude aangifte doen bij de politie. Als je fraude pleegt, kunnen wij jouw zorgverzekering beëindigen. Je kunt dan vijf jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen dan ook jouw aanvullende zorgverzekering(en). Je bent verplicht de kosten die voortvloeien uit het fraudeonderzoek aan ons te betalen.

Als jouw zorgverlener fraude heeft gepleegd of betrokken is bij een fraudeonderzoek, kunnen wij de betalingen van declaraties opschorten. De zorgverlener is verplicht om jou voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij de zorg niet vergoeden.

2.10. Klachten

a. Als jij als verzekerde of verzekeringnemer het niet eens bent met een door De Friesland in het kader van de uitvoering van deze voorwaarden genomen beslissing, kun je binnen 6 maanden nadat die beslissing jou is meegedeeld De Friesland vragen deze beslissing te heroverwegen. Je kunt dit verzoek richten aan de afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Je ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 5 werkdagen geven wij je een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van jouw klacht, dan ontvang je hierover van ons een bericht.

b. Ben je het niet eens met de manier waarop wij jouw klacht hebben afgehandeld? Dan kun je ons vragen jouw klacht te herbeoordelen. Je kunt jouw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, telefonisch of via onze website. Je ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 5 werkdagen geven wij jou een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van jouw klacht, dan ontvang je hierover van ons een bericht.

c. Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als je jouw klacht in een andere taal voorlegt, moet je de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

d. Als De Friesland niet binnen zes weken op het verzoek tot heroverweging heeft gereageerd, of als het antwoord niet naar tevredenheid is, dan bestaat de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan de Ombudsman van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Via internet: skgz.nl en info@skgz.nl of telefonisch: (088) 90 06 900. De Ombudsman neemt jouw klacht door en zoekt uit of er aanknopingspunten zijn om in de klacht te bemiddelen. Deze bemiddeling is voor jou als verzekerde gratis. Als de Ombudsman geen bemiddelingsruimte ziet, kun je de klacht voorleggen aan de Geschillencommissie van de SKGZ. Als je een bindend advies van de Geschillencommissie van de SKGZ wilt ontvangen, ben je entreegeld verschuldigd. De SKGZ stelt voorwaarden aan je verzoek voordat het in behandeling kan worden genomen. Voor de exacte voorwaarden verwijzen wij naar de website van de SKGZ: skgz.nl.

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

2.11. Verhaal op derden

Als een derde naar de mening van De Friesland voor de kosten voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde wettelijk aansprakelijk is, dan ben je, onverminderd het bepaalde in artikel 962 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, verplicht alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, inclusief het kosteloos verstrekken van alle inlichtingen die De Friesland nodig heeft voor het kunnen verhalen van de kosten. Als bij een jou overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens jou aangifte te worden gedaan bij De Friesland en de bevoegde politie-instantie. In geen geval mag je zonder schriftelijke toestemming van De Friesland met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt een regeling in enige vorm treffen, waaronder het verlenen van kwijting, waardoor De Friesland in zijn rechten kan worden geschaad. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het hiervoor bepaalde met betrekking tot verhaal op derden, ben je verplicht De Friesland de daardoor geleden schade te vergoeden.

2.12. Aansprakelijkheidsbeperking

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

2.13. Registratie persoonsgegevens

a. De Friesland is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea BV, De Friesland Zorgverzekeraar NV en Achmea Zorgverzekeringen NV zijn verantwoordelijk voor de verwerking van jouw gegevens. Als je een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij je om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea BV behorende bedrijven onder andere:
   - om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
   - om je te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea BV behorende bedrijven en deze aan jou aan te bieden;
   - om producten en diensten te verbeteren;
   - om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;

- voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyses;
- om risico's in te schatten;
- voor relatiebeheer;
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- uitoefenen van verhaalsrecht, samenloop en afkoop.

Voor een volledig overzicht van de mogelijke gebruiksdoeleinden van jouw gegevens verwijzen wij naar ons Privacy Statement, te raadplegen op onze website (defriesland.nl/consumenten/privacy).

Als wij jouw persoonsgegevens gebruiken, houden wij ons aan de wetten en regels voor privacy. Onder andere:

- de Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Uitvoeringswet Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars;
- het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen;
- gedragscode Persoonlijk Onderzoek;
- de Telecommunicatiewet.

b. Vanaf het moment dat jouw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en het CAK) jouw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Soms wisselen wij gegevens uit met andere verzekeraars om schade of kosten die wij vergoed hebben te verhalen, bijvoorbeeld op je reisverzekeraar als die óók dekking biedt naast je basisverzekering of aanvullende verzekering. Of op de aansprakelijkheidsverzekeraar van de persoon die de schade of kosten veroorzaakt heeft.

Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden jouw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kun je ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt jouw gegevens niet.

Voorbeeld

Als De Friesland je rekeningen rechtstreeks van de zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt je zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder die jou behandelt, weet hoe je verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders jouw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij jou ook daadwerkelijk behandelen.

c. De Friesland is wettelijk verplicht jouw Burgerservicenummer (BSN) in de administratie op te nemen. Je zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht het BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook jouw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

d. Je vindt meer informatie in ons Privacy Statement op de website (defriesland.nl/consumenten/privacy). Hierin staan de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en jouw rechten.

Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mag De Friesland jouw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vind je op stichtingcis.nl.

2.14. Klachten over formulieren

Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) klagen over door De Friesland gehanteerde formulieren. De klacht kan betrekking hebben op formulieren die volgens de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Als je een dergelijke klacht hebt, kun je deze in eerste instantie bij De Friesland indienen. Als jehet niet eens bent met de afhandeling van je klacht door De Friesland, kun je jouw klacht daarna bij de NZa neerleggen. Op de website van de NZa (nza.nl) kun je zien hoe

je dit kunt doen. De NZa doet uitspraak in de vorm van een bindend advies, waaraan De Friesland verplicht is zich te houden.

Je kunt je klacht sturen naar:
Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
E-mail: info@nza.nl

2.15. Indienen van je nota

Nota's van zorgaanbieders waarmee De Friesland (nog) geen contract heeft afgesloten worden meestal eerst door jou zelf betaald. Daarna kun je de nota bij De Friesland declareren. Dit kan op de volgende manieren:

a. via onze gratis declaratie-app. Meer informatie hierover vind je op onze website;
b. online declareren via Mijn De Friesland. Meer informatie hierover vind je op onze website;
c. opsturen naar Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden of inleveren bij ons servicepunt in Leeuwarden.

Heb je een nota van een zorgverlener zelf betaald? Dan kunnen wij je vragen om een betaalbewijs of om de originele nota. Dit geldt ook als je de nota contant hebt betaald. Als wij je vragen om een betaalbewijs of om de originele nota en wij deze informatie niet van jou krijgen, wijzen wij jouw declaratie (alsnog) af en krijg je hierover bericht. Een zorgnota is geen betaalbewijs, hierbij moet je bijvoorbeeld denken aan een schriftelijke bevestiging van de zorgverlener, een bewijs van een pinbetaling of bankafschrift.

Let op!

a. Als je nota's digitaal hebt ingediend, moet je de papieren originele nota's en betaalbewijzen nog minimaal twee jaar bewaren. Wij kunnen deze binnen deze periode nog opvragen voor controles.
b. Omdat wij ingezonden nota's niet meer terug kunnen sturen, adviseren we jou een kopie van de originele nota te maken voor je eigen administratie.

Jouw declaratie snel behandeld

Wij proberen jouw declaratie altijd zo spoedig mogelijk in behandeling te nemen. Zorg er dan wel voor dat de gegevens op de nota goed leesbaar zijn en dat jouw verzekerdennummer of Burgerservicenummer hierop duidelijk is vermeld. Wij accepteren ook geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, voorschotnota's, begrotingen, kostenramingen, niet volledig gebruikte 'rittenkaarten' (vooruitbetaling van meerdere behandelingen in een keer tegelijk) en dergelijke.

Wat moet er op de nota staan?

Jouw zorgverlener moet je een duidelijke uniforme nota geven, digitaal of op papier. Op een nota die je zelf indient (restitutienota) moeten mimimaal de volgende gegevens vermeld staan:

- naam en adres van de zorgverlener;
- jouw naam, geboortedatum, adres- en woonplaatsgegevens;
- de inhoud van de gegeven zorg;
- de datum of de periode waarin de zorg is gegeven (bij vergoeding van de zorg gaat het om de datum van de behandeling of de levering. De datum van de rekening of de datum van een bestelling van een (hulp)middel is niet van belang);
- de kosten van de gegeven zorg;
- de juiste DBC-zorgproductcode als het gaat om medisch specialistische zorg;
- de juiste aanspraak-, prestatie-, indicatie- en diagnosecode indien van toepassing op de door jou gebruikte zorg;
- het nummer van de zorgverlener in het BIG-register (indien van toepassing);

- de AGB-code van de uitvoerende en, indien van toepassing en wanneer die anders is, ook de AGB-code van de declarerende zorgverlener voor wie het mogelijk is om bij Vektis een AGB-code aan te vragen en/of dat op basis van deze polisvoorwaarden voor vergoeding van de zorg verplicht is;
- de vereisten aan een rekening zoals de Belastingdienst die stelt voor de BTW.

Naast deze opsomming gelden de wet- en regelgeving van de NZa en de gegevens- en vormvereisten van Vektis.

Als de nota niet aan deze regels voldoet, kunnen wij deze niet in behandeling nemen.

Naast de regels van Vektis zijn er soms extra eisen voor bepaalde vergoedingen. Deze staan in de artikelen over de zorg die je hebt gebruikt.

Wij betalen alleen uit aan de verzekeringnemer

Je kunt jouw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar je recht op hebt, betalen wij altijd aan jou (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kun je een derde geen toestemming geven om voor jou een betaling in ontvangst te nemen.

Oude nota gevonden?

Heb je nog een oude nota liggen? Dien deze dan zo spoedig mogelijk bij ons in. Nota's kun je nog indienen gedurende maximaal drie jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Wij vergoeden geen nota's die wij later ontvangen. Twijfel je wat voor jouw nota van toepassing is? Neem dan gerust contact met ons op.

2.16. Slotbepaling

Slotbepaling

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

Inhoudsopgave

3. Inhoud van de verzekering 23

3.1. Alternatieve/complementaire zorg 23
3.1.1. Alternatieve/complementaire geneeswijzen/therapieën 23
3.1.2. Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen 23

3.2. Anticonceptiva 24

3.3. Bevalling en kraamzorg 25
3.3.1. Eigen bijdrage 25
3.3.2. Uitgestelde kraamzorg thuis 25

3.4. Beweegzorg 26
3.4.1. Beweegprogramma's 26
3.4.2. Medische fitness 27
3.4.3. Dans op Recept 28

3.5. Brillen en contactlenzen 29

3.6. Buitenland 29
3.6.1. Preventieve consulten en middelen bij verblijf in het buitenland 29
3.6.2. Spoedeisende zorg in het buitenland 30
3.6.3. Overlijden in het buitenland 31
3.6.4. Repatriëring bij ziekte en/of ongeval 31
3.6.5. Vervoer en verblijf bij expertisebehandeling 32

3.7. Cursussen 33

3.8. Diëtetiek 34

3.9. Fysiotherapie en oefentherapie 35
3.9.1. Fysiotherapie en oefentherapie (aanvulling op de basisverzekering) 35
3.9.2. Probe 36

3.10. (Genees)middelen 37

3.11. Huidtherapie 38
3.11.1. Camouflagelessen 38
3.11.2. Epilatie 39
3.11.3. Acnébehandeling 40

3.12. Lactatiekundig advies 40

3.13. Lidmaatschap patiëntenorganisatie 41

3.14. Mantelzorgmakelaar 41

3.15. Operatieve ingrepen 42
3.15.1. Flapoorcorrectie 42
3.15.2. Sterilisatie 43

3.16. Overgangsconsult 43

3.17. Pedicurezorg bij reuma en diabetes 44

3.18. Plaswekker 45

3.19. Podotherapie, podologie en podoposturale therapie 46

3.20. Reiskosten ziekenbezoek en verblijfkosten 47

3.21. Sportmedische keuring 48

3.22. Steunpessarium 48

3.23. Steunzolen en therapiezolen (in aanvulling op de basisverzekering) 49

3.24. Tandheelkundige zorg 50

3.24.1. Kronen en bruggen voor verzekerden jonger dan achttien jaar 50

3.24.2. Beugels (orthodontie) voor verzekerden jonger dan achttien jaar 51

3.24.3. Tandongevallenregeling 52

3.25. Terminale zorg 53

3.26. Transtherapie bij incontinentie 53

3.27. Tweede Arts Online 54

3. Inhoud van de verzekering

3.1. Alternatieve/complementaire zorg

3.1.1. Alternatieve/complementaire geneeswijzen/therapieën

Inhoud zorg

Wij vergoeden de kosten van consulten of behandelingen van alternatief genezers of therapeuten. Het consult moet plaatsvinden in het kader van een medische behandeling en is op individuele basis; het is dus alleen voor jou. Welke behandelingen wij vergoeden kun je lezen in het overzicht met beroepsverenigingen en behandelingen op onze website. Op jouw verzoek kunnen wij je dit ook toesturen. Dit overzicht is onderdeel van de verzekeringsvoorwaarden.

Tip

Wij adviseren je altijd je huisarts of medisch specialist in te lichten als je gebruikmaakt van alternatieve/complementaire zorg.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

a. zorg als jouw alternatief genezer of therapeut ook jouw huisarts is;
b. (laboratorium)onderzoek;
c. manuele therapie die een fysiotherapeut geeft;
d. behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden (de mate waarin iemand zich lichamelijk, geestelijk en sociaal goed voelt) en/of preventie;
e. werk- of schoolgerelateerde coaching;
f. psychosociale zorg voor verzekerden onder de 18 jaar;
g. zorg die al uit een ander artikel van deze voorwaarden kan worden vergoed;
h. zorg die onderdeel uitmaakt van een Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) vanaf 18 jaar, zoals bedoeld in de basisverzekering.

Wie mag de zorg verlenen

Jouw alternatief genezer of therapeut moet een geldige persoonlijke AGB-code hebben en zijn aangesloten bij een beroepsvereniging die voldoet aan ons beleid alternatieve geneeswijzen (complementaire zorg). Het beleid en het overzicht met beroepsverenigingen die hieraan voldoen, maken deel uit van deze polis. Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen die in het vergoedingenoverzicht behandelingen zijn opgenomen. Je vindt het beleid en het overzicht met beroepsverenigingen en behandelingen op onze website of je kunt dit overzicht bij ons opvragen. Op de nota moet het volgende staan:

- de geldige persoonlijke AGB-code van de alternatief genezer of therapeut die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt én;
- bij welke beroepsvereniging de alternatief genezer of therapeut is aangesloten.

3.1.2. Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van antroposofische en homeopathische middelen die door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen als geneesmiddel zijn geregistreerd.

Tip

Antroposofische en homeopathische middelen zijn als geneesmiddel geregistreerd wanneer er een RVH-nummer op de verpakking staat. Informatie over de geregistreerde middelen vind je op geneesmiddeleninformatiebank.nl.

Uitsluiting

Je hebt geen recht op vergoeding van fytotherapeutische voedingssupplementen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Voorschrift

De middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts.

Vergoeding voor de zorg genoemd onder 3.1.1 en 3.1.2 samen

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen 100%, consulten maximaal € 40,- per dag. Geneesmiddelen en consulten samen tot maximaal € 200,- per kalenderjaar
AV Extra	Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen 100%, consulten maximaal € 40,- per dag. Geneesmiddelen en consulten samen tot maximaal € 400,- per kalenderjaar
AV Optimaal	Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen 100%, consulten maximaal € 40,- per dag. Geneesmiddelen en consulten samen tot maximaal € 600,- per kalenderjaar

3.2. Anticonceptiva

Inhoud zorg

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

a. orale anticonceptiva (de pil);
b. de prikpil;
c. het spiraaltje;
d. het pessarium occlusivum;
e. het implanteerbare hormoonstaafje;
f. hormonale pleisters;
g. de vaginale ring.

Uitsluitingen

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

c. Wij vergoeden niet de kosten van de wettelijke eigen GVS-bijdrage, wanneer je de anticonceptiva vergoed krijgt vanuit de basisverzekering.

Vergoeding

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

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Volledige vergoeding
AV Budget	Volledige vergoeding
AV Standaard	Volledige vergoeding
AV Extra	Volledige vergoeding
AV Optimaal	Volledige vergoeding

3.3. Bevalling en kraamzorg

3.3.1. Eigen bijdrage

Inhoud zorg

Je hebt tegen inlevering van de originele nota recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de eigen bijdrage bevalling en kraamzorg die je op grond van de Zorgverzekeringswet moet betalen.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Volledige vergoeding eigen bijdrage bevalling, 80% vergoeding eigen bijdrage kraamzorg
AV Optimaal	Volledige vergoeding

3.3.2. Uitgestelde kraamzorg thuis

Inhoud zorg

Je hebt in de volgende situaties recht op vergoeding van uitgestelde kraamzorg:

a. nadat je een vacuümverlossing, keizersnede of meerlingbevalling heeft gehad: bij thuiskomst van de baby('s) binnen zes weken na de bevalling. Verder dient de kraamzorg in dat geval volledig plaats te vinden binnen tien dagen na ontslag van de baby('s) uit het ziekenhuis;

b. na jouw bevalling is couveusezorg nodig voor de baby ('s): de kraamzorg dient volledig plaats te vinden binnen tien dagen na ontslag van de baby('s) uit het ziekenhuis;
c. bij adoptie van een baby jonger dan zes maanden: de kraamzorg dient volledig plaats te vinden binnen zes weken na de adoptie.

De omvang van de kraamzorg is afgestemd op de behoefte van moeder/ adoptieouder en kind.

Wie mag deze zorg verlenen

Een gecontracteerde kraam- of thuiszorgorganisatie.

Tip

Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website bij 'Zorgzoeker' of neem telefonisch contact met ons op.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Maximaal 15 uur
AV Optimaal	Maximaal 15 uur

3.4. Beweegzorg

3.4.1. Beweegprogramma's

Inhoud zorg

Je hebt in aanvulling op de basisverzekering eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur recht op vergoeding van één beweegprogramma per indicatie. Deze programma's zijn een combinatie van zorg op maat en verantwoord bewegen. Het doel van deze programma's is, naast klachtenvermindering, het aanleren van goed beweeggedrag en een gezonde leefstijl. Na afloop van het beweegprogramma heb je de mogelijkheid om door te stromen naar medische fitness.

Soorten beweegprogramma's

Voor verzekerden met een of meer van de volgende indicaties:
- COPD stadium I en II van de GOLD classificatie voor COPD;
- diabetes type 2;
- fibromyalgie;
- oncologie.

Uitsluiting

Het programma kan niet tegelijkertijd met individuele of groepsbehandelingen fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck voor dezelfde medische indicatie gevolgd worden.

Wie mag deze zorg verlenen

Voor deze programma's gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten.

Tip
Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website bij 'Zorgzoeker' of neem telefonisch contact met ons op.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Maximaal € 350,- per indicatie voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
AV Extra	Maximaal € 400,- per indicatie voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
AV Optimaal	Maximaal € 450,- per indicatie voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Let op!
Je hebt alleen recht op vergoeding als het programma voor ten minste 80% is gevolgd.

3.4.2. Medische fitness

Inhoud zorg

Je hebt eenmaal per kalenderjaar recht op medische fitness met als doel o.a. het voorkomen van klachten en het aanleren van goed beweeggedrag en een gezonde leefstijl. Het programma dient minimaal eenmaal per week te worden gevolgd, te beginnen:

a. tijdens de afbouwfase van een reguliere individuele of groepsbehandeling fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck, of;
b. uiterlijk binnen twee weken na beëindiging van deze behandeling, of;
c. uiterlijk binnen twee weken na beëindiging van een beweegprogramma.

Wie mag deze zorg verlenen

Voor dit programma gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten.

Tip
Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website bij 'Zorgzoeker' of neem telefonisch contact met ons op.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	€ 120,-
AV Extra	€ 120,-
AV Optimaal	€ 120,-

Het programma duurt zes maanden en dient in zijn geheel gevolgd te worden. De vergoeding vindt pas plaats als na zes maanden het volledige programma is afgerond. Er bestaat geen recht op vergoeding als het programma zonder medische redenen wordt afgebroken.

3.4.3. Dans op Recept

Inhoud zorg

Als je de ziekte van Parkinson hebt, heb je recht op een vergoeding voor danslessen in een groep door een professionele dansdocent van Dans op Recept. Door laagdrempelig samen te bewegen op muziek, werk je aan lenigheid, coördinatie, balans, muzikaliteit, kracht, conditie, ontspanning en creativiteit. Voor meer informatie over Dans op Recept kun je dansoprecept.nl bezoeken.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de lessen van Dans op Recept voor mensen met andere aandoeningen, zoals niet-aangeboren hersenletsel (NAH), MS of chronische pijnklachten.

Wie mag de zorg verlenen

Een gecertificeerde dansleraar van Dans op Recept.

Let op!

Op de nota moet de geldige AGB-code staan voor Dans op Recept.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Maximaal € 350,- per kalenderjaar
AV Optimaal	Maximaal € 500,- per kalenderjaar

3.5. Brillen en contactlenzen

Inhoud zorg

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

Uitsluiting

Wij vergoeden geen leesbrillen waarvan de kosten van montuur en glazen samen minder dan € 50,- bedragen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een (internet)opticien.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Maximaal € 60,- per 3 kalenderjaren
AV Extra	Maximaal € 75,- per 3 kalenderjaren
AV Optimaal	Maximaal € 150,- per 3 kalenderjaren

Tip

De Friesland heeft met verschillende opticienketens kortingsafspraken voor (kinder)brillen en contactlenzen gemaakt. Kijk voor meer informatie op onze website of in de winkels van de betreffende opticiens.

Let op!

a. Wij vergoeden uitsluitend brillen en/of contactlenzen bij inlevering van de originele betaalde nota, waar het voorschrift van arts, opticien of optometrist is bijgevoegd. Voor de vergoeding van wegwerplenzen is slechts eenmalig het voorschrift vereist.
b. De vergoeding is per periode van drie kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december. De periode begint op 1 januari in het jaar van aanschaf.

3.6. Buitenland

3.6.1. Preventieve consulten en middelen bij verblijf in het buitenland

Inhoud zorg

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

Wie mag deze zorg verlenen

Een instelling of (huis)arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR) of een huisarts die is ingeschreven in het register Reizigersadvisering van het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB). Welke instellingen en (huis)artsen dit zijn kun je vinden op lcr.nl/Vaccinatie-adressen of chbb.nl.

De preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen) moeten zijn voorgeschreven door een arts en moeten geleverd worden door een apotheek.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Maximaal € 175,- per kalenderjaar
AV Extra	Maximaal € 250,- per kalenderjaar
AV Optimaal	Volledige vergoeding

3.6.2. Spoedeisende zorg in het buitenland

Inhoud zorg

Bij tijdelijk verblijf van korter dan een jaar in een ander land dan je woonland, heb je recht op vergoeding van de kosten van spoedeisende medische zorg. Hiervan is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot maximaal één dag kan wachten, om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. Daarnaast moet het gaan om spoedeisende medische zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. De medisch adviseur(s) van De Friesland of van De Friesland Alarmcentrale door Eurocross beoordeelt/beoordelen of je aan deze voorwaarde voldoet.
Het betreft uitsluitend een aanvulling op de vergoeding van zorg of diensten waarop aanspraak bestaat op grond van een bij De Friesland of elders afgesloten basisverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten. Als je spoedeisende zorg nodig hebt, dan moet je dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de De Friesland Alarmcentrale door Eurocross (2.6.2 Buitenland).

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Volledige vergoeding
AV Opstap	Volledige vergoeding
AV Doorstap	Volledige vergoeding
AV Budget	Volledige vergoeding
AV Standaard	Volledige vergoeding
AV Extra	Volledige vergoeding
AV Optimaal	Volledige vergoeding

3.6.3. Overlijden in het buitenland

Inhoud zorg

Je hebt, na inschakeling van de De Friesland Alarmcentrale door Eurocross (2.6.2 Buitenland), recht op vergoeding van het vervoer van het lichaam van de plaats van overlijden in het buitenland naar je woonland, op basis van kostprijs. In plaats hiervan kunnen in voorkomende gevallen de kosten van begrafenis of crematie ter plaatse worden vergoed, tot maximaal de kosten van repatriëring van het lichaam.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Volledige vergoeding
AV Opstap	Volledige vergoeding
AV Doorstap	Volledige vergoeding
AV Budget	Volledige vergoeding
AV Standaard	Volledige vergoeding
AV Extra	Volledige vergoeding
AV Optimaal	Volledige vergoeding

3.6.4. Repatriëring bij ziekte en/of ongeval

Inhoud zorg

Je hebt bij een medische noodzaak recht op vergoeding van de kosten van repatriëring door of in opdracht van de De Friesland Alarmcentrale door Eurocross (2.6.2 Buitenland). Onder repatriëringkosten verstaan wij de kosten van vervoer per ambulance of (ambulance)vliegtuig van zieken of gewonden, inclusief medisch noodzakelijke begeleiding, vanuit het buitenland naar de woonplaats van de verzekerde of naar een ziekenhuis of een andere zorginstelling waar de verzekerde (verder) wordt behandeld.

Er is sprake van een medische noodzaak als de arts van de De Friesland Alarmcentrale door Eurocross heeft vastgesteld dat:

a. jouw behandeling na de repatriëring in een ziekenhuis of andere zorginstelling moet worden voortgezet en/of
b. het in verband met een ernstige voorgeschiedenis in Nederland wenselijk is dat je door jouw eigen behandelaar in Nederland wordt behandeld.

Let op!

Wij vergoeden alleen de kosten van repatriëring door of in opdracht van de De Friesland Alarmcentrale door Eurocross. Bel daarom, als je in het buitenland ziek wordt of een ongeluk hebt gehad, altijd met onze alarmcentrale via telefoonnummer +31 58 212 02 12.

Uitsluitingen

Wij vergoeden geen kosten van repatriëring als hiervoor aanspraak bestaat op grond van een bij De Friesland of elders afgesloten basisverzekering of als er naar het oordeel van de De Friesland Alarmcentrale door Eurocross geen sprake is van een medische noodzaak. Ook vergoeden wij geen terugreiskosten van reisgenoten, tenzij er sprake is van medisch noodzakelijke begeleiding door deze reisgenoot.

Tip
Repatriëring zonder medische noodzaak is wel gedekt in de reisverzekeringen van De Friesland. Er is bijvoorbeeld geen medische noodzaak als je tijdens de wintersportvakantie een arm of been breekt en met een gipsvlucht terug naar Nederland wilt. Wij adviseren je daarom altijd een reisverzekering af te sluiten. Kijk voor meer informatie op onze website.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Volledige vergoeding
AV Opstap	Volledige vergoeding
AV Doorstap	Volledige vergoeding
AV Budget	Volledige vergoeding
AV Standaard	Volledige vergoeding
AV Extra	Volledige vergoeding
AV Optimaal	Volledige vergoeding

3.6.5. Vervoer en verblijf bij expertisebehandeling

Inhoud zorg
Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, maar momenteel in Nederland niet beschikbaar is en/of niet kan worden uitgevoerd. Je moet redelijkerwijs op deze behandeling zijn aangewezen. Je hebt recht op:

a. de overnachtingskosten in de nabijheid van het ziekenhuis;
b. vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug;
c. overnachtings- en/of vervoerskosten van één gespecialiseerde begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is;
d. overnachtings- en/of vervoerskosten van één gezinslid of bij verzekerden tot zestien jaar twee gezinsleden.

Verwijzing
Je hebt voor de behandeling een verwijzing nodig van de behandelend medisch specialist.

Toestemming
Wij moeten jou vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Onze medisch adviseur bepaalt of er sprake is van een expertisebehandeling en stelt de medische noodzakelijkheid vast van een begeleider én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige).

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Maximaal € 5.000,-
AV Opstap	Maximaal € 5.000,-
AV Doorstap	Maximaal € 5.000,-
AV Budget	Maximaal € 5.000,-
AV Standaard	Maximaal € 5.000,-
AV Extra	Maximaal € 5.000,-
AV Optimaal	Maximaal € 5.000,-

De vergoeding geldt voor de overnachtings- en vervoerskosten van jou, je begeleider en je gezinsleden samen.

Overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht. Vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,43 per kilometer.

3.7. Cursussen

Je hebt recht op een vergoeding voor deelname aan de volgende cursussen:

a. (online) EHBO-cursus die leidt tot:
   - het diploma Eerste Hulp of het certificaat Eerste Hulp aan Kinderen van het Oranje Kruis of;
   - het certificaat (Uitgebreide) EHBO of Eerste Hulp aan Kinderen van het Rode Kruis;

b. reanimatie- en AED-cursus, door een instructeur of instelling die is gecertificeerd door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR);

c. voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen, door een gewichtsconsulent aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN);

d. zwangerschapscursus voor de zwangere verzekerde, gericht op voorbereiding op de bevalling, begeleiding bij de bevalling en het fysieke herstel tot maximaal zes maanden na de bevalling, door GGD, thuiszorgorganisatie, instelling voor kraamzorg, verloskundige of verloskundigenpraktijk of Baby & Co (babyenco.nl). De cursus mag ook geheel of gedeeltelijk online plaatsvinden;

e. zwangerschapscursus Samen Bevallen voor de vrouwelijke zwangere verzekerde, door een cursusleider opgeleid door de Vereniging Samen Bevallen;

f. zwangerschapscursus YVLO-ZwangerFit® voor de zwangere verzekerde, door een ZwangerFit trainer/coach geregistreerd op de website yvlo.nl/zwangerfitdocenten;

g. zwangerschapscursus ZwangerTotaal preventief voor de zwangere verzekerde en Totaal Vitaal van ZwangerTotaal voor de recentelijk bevallen verzekerde (zwangertotaal.nl);

h. cursussen gericht op het omgaan met spanningen/stress, georganiseerd door GGD of thuiszorgorganisatie;

i. mantelzorgcursussen gegeven door:
   - een thuiszorgorganisatie;
   - een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD);
   - een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
   - het mantelzorgsteunpunt van jouw gemeente;
   - een organisatie voor mantelzorgondersteuning die is aangesloten bij MantelzorgNL;

j. zelfmanagementcursussen die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening, door patiëntenverenigingen aangesloten bij de Patiëntenfederatie Nederland of bij Ieder(in).

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Maximaal € 100,- per kalenderjaar voor alle cursussen samen
AV Extra	Maximaal € 125,- per kalenderjaar voor alle cursussen samen
AV Optimaal	Maximaal € 150,- per kalenderjaar voor alle cursussen samen

Let op!
Vergoeding van een EHBO-cursus en een reanimatie- en AED-cursus vindt uitsluitend plaats als je een kopie van het behaalde certificaat kunt overleggen.

3.8. Diëtetiek

Inhoud zorg
Je hebt in aansluiting op de basisverzekering recht op vergoeding van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel.

Wie mag deze zorg verlenen
Een diëtist.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Maximaal € 120,- per kalenderjaar
AV Optimaal	Maximaal € 120,- per kalenderjaar

3.9. Fysiotherapie en oefentherapie

3.9.1. Fysiotherapie en oefentherapie (aanvulling op de basisverzekering)

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van:

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

Uitsluiting

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

Wie mag deze zorg verlenen

Je hebt recht op fysiotherapie/oefentherapie door een fysiotherapeut of een oefentherapeut Cesar/Mensendieck.
Ontvang je verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Individueel Register Fysiotherapie (IRF), het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) of in het Subspecialisatie-register van het Kwaliteitsregister Paramedici. Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg verstaan wij:

- kinderfysio- en oefentherapie;
- bekkenfysio- en oefentherapie;
- manuele therapie;
- oedeemtherapie;
- geriatrie fysio- en oefentherapie.

Oedeemtherapie/lymfedrainage en littekentherapie mogen ook worden verricht door een huidtherapeut.

Een fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of in het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR). Of jouw fysiotherapeut in een van beide registers is ingeschreven kun je controleren via defysiotherapeut.com en keurmerkfysiotherapie.nl.

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Je kunt dit controleren via kwaliteitsregisterparamedici.nl/kwaliteitsregister.

Een huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Je kunt dit controleren via kwaliteitsregisterparamedici.nl/kwaliteitsregister.

Verwijzing

Voordat je met de behandeling start heb je, voor aandoeningen opgenomen in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, een bewijs van diagnose nodig. Je kunt dit bewijs krijgen van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskundige, arts verstandelijk gehandicapten, regiebehandelaar geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen (GZSP), jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist). Voor alle overige aandoeningen kun je de fysio- en oefentherapeut zonder verwijzing of bewijs van diagnose bezoeken, om door middel van een screening te laten beoordelen of jouw klachten fysiotherapeutisch of door middel van oefentherapie behandeld kunnen worden.

Toestemming

Heb je meerdere behandelingen fysio- of oefentherapie of meerdere behandelaren daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verwijzing door de huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, regiebehandelaar geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen (GZSP), jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten jou voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar
AV Doorstap	Maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
AV Budget	Maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
AV Standaard	Maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie
AV Extra	Maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie
AV Optimaal	Maximaal 36 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie

Volledige vergoeding hiervan bij behandeling door een gecontracteerde zorgaanbieder. Bij behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bedraagt de vergoeding maximaal 50% van het gemiddelde tarief dat De Friesland voor deze zorg heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Let op!

a. Zowel screening, intake als onderzoek tellen voor de vergoeding als een volledige behandeling, als deze niet op dezelfde dag plaatsvinden. Als deze wel op dezelfde dag plaatsvinden gelden screening, intake en/of onderzoek samen als één behandeling.
b. Het aantal behandelingen, de behandelduur en de behandelfrequentie worden bepaald door de behandelend fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut, eventueel in overleg met de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
c. Heb je fysiotherapie nodig voor de behandeling van etalagebenen of de ziekte van Parkinson? Of heb je oefentherapie nodig voor de behandeling van etalagebenen? En kies je voor een fysiotherapeut of een oefentherapeut Cesar/Mensendieck die wel een contract met ons heeft, maar niet specifiek voor de behandeling van jouw aandoening (etalagebenen of de ziekte van Parkinson)? Dan krijg je geen volledige vergoeding. Wij vergoeden dan maximaal 50% van het gemiddelde tarief dat De Friesland voor deze zorg heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Wil je weten met welke fysiotherapeuten of oefentherapeuten Cesar/Mensendieck wij een contract hebben voor de behandeling van etalagebenen of de ziekte van Parkinson? Gebruik dan onze Zorgzoeker of neem contact met ons op.

3.9.2. Probe

Inhoud zorg

Met een probe wordt de spieractiviteit van de bekkenbodem getraind. Je hebt recht op vergoeding van een probe in het kader van een lopende behandeling door een bekkenfysiotherapeut die voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Maximaal € 30,- per kalenderjaar
AV Standaard	Maximaal € 30,- per kalenderjaar
AV Extra	Maximaal € 30,- per kalenderjaar
AV Optimaal	Maximaal € 30,- per kalenderjaar

Let op!
Verzendkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3.10. (Genees)middelen

Inhoud zorg
Je hebt in aanvulling op de basisverzekering recht op vergoeding van de onder 3.10.1 t/m 3.10.4 genoemde (genees)middelen.

Vergoeding
Voor de onder dit artikel genoemde (genees)middelen geldt de volgende vergoeding:

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Volledige vergoeding
AV Optimaal	Volledige vergoeding

3.10.1. Calciumcarbonaat

Indicaties
Als fosfaatbinder, als er in jouw situatie geen vergoedbaar alternatief uit de basisverzekering is.

Aanvraag
Een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts is vereist.

Toestemming

De Friesland dient voorafgaand schriftelijk toestemming te verlenen.

3.10.2. Kunstspeeksel

Uitsluiting

Wij vergoeden geen Caphosol.

Aanvraag

Een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts is vereist.

Toestemming

De Friesland dient voorafgaand schriftelijk toestemming te verlenen.

3.10.3. Nutilis verdikkingsmiddel, Nutrilon Nutriton, ThickenUp Thickened Drink, ThickenUp verdikkingsmiddelen, Stimulance Multi Fibre Poeder, Thick & Easy verdikkingsmiddel

Indicaties

a. Spastische aandoening slokdarm.
b. Cystic fibrosis.
c. Permanente slikstoornissen als gevolg van een neurologische aandoening.

Aanvraag

Een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts is vereist. Bij neurologische aandoeningen op aanvraag van de neuroloog.

Toestemming

De Friesland dient voorafgaand schriftelijk toestemming te verlenen.

3.10.4. Oogdruppels

Op voorschrift van de huisarts of oogarts:

a. acetylcysteïne oogdruppels 5% bij oogaandoeningen, op voorschrift van de specialist;
b. Hylo-comod®, Hylo-care®, Hylo-gel®, Hylo-sic fluid gel®, Hylo-parin® oogdruppels bij oogaandoeningen met droge ogen, zoals het syndroom van Sjögren, op voorschrift van de huisarts of specialist.

3.11. Huidtherapie

3.11.1. Camouflagelessen

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van de lessen en de in het kader van de lessen noodzakelijk te gebruiken materialen. Dit geldt uitsluitend als de lessen beperkt blijven tot de behandeling van het gezicht en/of de hals.

Wie mag deze zorg verlenen

Een huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of een gekwalificeerde schoonheidsspecialist die bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS), De Huidprofessional of in het SKIN-register staat geregistreerd met de specialisatie Camouflage.

Let op!

Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt, de behandelcode én het register waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven. Zonder deze informatie kunnen wij de nota niet vergoeden.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Maximaal € 150,-, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur
AV Optimaal	Maximaal € 150,-, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

3.11.2. Epilatie

Inhoud zorg

Je hebt bij extreme en ernstig ontsierende haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of in de hals recht op vergoeding van elektrische epilatie, een epilight-, ipl-, of laserbehandeling voor behandeling van deze haargroei.

Wie mag deze zorg verlenen

Een huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Elektrische epilatie mag ook worden gegeven door een gekwalificeerde schoonheidsspecialist die bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS), De Huidprofessional of in het SKIN-register staat geregistreerd met de specialisatie Elektrisch ontharen of Ontharingstechnieken.

Let op!

Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt, de behandelcode én het register waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven. Zonder deze informatie kunnen wij de nota niet vergoeden.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Maximaal € 300,- per kalenderjaar voor epilatie en acnébehandeling samen
AV Optimaal	Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor epilatie en acnébehandeling samen

3.11.3. Acnébehandeling

Inhoud zorg

Je hebt bij ernstige acné in het gezicht en/of in de hals recht op vergoeding van de kosten van behandeling, exclusief te gebruiken materialen.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen laserbehandeling.

Wie mag deze zorg verlenen

Een huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of een gekwalificeerde schoonheidsspecialist die bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS), De Huidprofessional of in het SKIN-register staat geregistreerd met de specialisatie Acné.

Let op!

Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt, de behandelcode én het register waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven. Zonder deze informatie kunnen wij de nota niet vergoeden.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Maximaal € 250,- per kalenderjaar
AV Extra	Maximaal € 300,- per kalenderjaar voor acnébehandeling en epilatie samen
AV Optimaal	Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor acnébehandeling en epilatie samen

3.12. Lactatiekundig advies

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van voorlichting en advies met betrekking tot borstvoeding.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, verloskundige of het consultatiebureau.

Wie mag deze zorg verlenen

Een lactatiekundige die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL). Je kunt dit controleren via nvlborstvoeding.nl.

Let op!
Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt én het NVL- lidmaatschapnummer. Zonder deze informatie kunnen wij de nota niet vergoeden.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Maximaal € 100,- per bevalling
AV Optimaal	Maximaal € 100,- per bevalling

3.13. Lidmaatschap patiëntenorganisatie

Inhoud zorg
Je hebt recht op een vergoeding voor het lidmaatschap van een patiëntenorganisatie die is aangesloten bij de Patiëntenfederatie Nederland, MIND of Ieder(in).

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Geen dekking
AV Optimaal	Maximaal € 35,- per kalenderjaar

3.14. Mantelzorgmakelaar

Inhoud zorg
Mantelzorg is de zorg die iemand onbetaald, informeel, niet-beroepsmatig en langdurig geeft aan een hulpbehoevende oudere, chronisch zieke of gehandicapte naaste. Je hebt als mantelzorger of als persoon die mantelzorg ontvangt recht op vergoeding van een mantelzorgmakelaar. Een mantelzorgmakelaar neemt beroepsmatig regeltaken over van de mantelzorger, zodat deze minder wordt belast. Je kunt hierbij bijvoorbeeld denken aan regeltaken op het gebied van zorg, welzijn, inkomen, wet- en regelgeving en verzekeringen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een zelfstandige mantelzorgmakelaar die is ingeschreven in het kwaliteitsregister van de Beroepsvereniging Mantelzorgmakelaars. Je kunt dit controleren via bmzm.nl/lijst-zorgverzekeraars.

Aanvraag

Je hebt pas recht op vergoeding van een mantelzorgmakelaar nadat je contact hebt opgenomen met onze Mantelzorglijn. De medewerkers van onze Mantelzorglijn zijn te bereiken via telefoonnummer (058) 291 32 32 of via mantelzorg@defriesland.nl. Zij bekijken samen met jou of je bent aangewezen op ondersteuning van een mantelzorgmakelaar of helpen jou eventueel met het zoeken naar een andere vorm van hulp.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Maximaal € 500,- per kalenderjaar
AV Optimaal	Maximaal € 750,- per kalenderjaar

Let op!

Wij vergoeden het maximale vergoedingsbedrag per kalenderjaar slechts eenmaal aan de mantelzorger of aan degene die mantelzorg ontvangt, niet aan beiden.

3.15. Operatieve ingrepen

3.15.1. Flapoorcorrectie

Inhoud zorg

Er bestaat recht op vergoeding van een flapoorcorrectie voor kinderen tot achttien jaar.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Gecontracteerde zorgaanbieder: volledige vergoeding Niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal het gemiddeld door De Friesland voor deze zorg gecontracteerde tarief
AV Optimaal	Gecontracteerde zorgaanbieder: volledige vergoeding Niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal het gemiddeld door De Friesland voor deze zorg gecontracteerde tarief

3.15.2. Sterilisatie

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van sterilisatie door een medisch specialist. Sterilisatie van de man mag ook worden uitgevoerd door een gecontracteerde huisarts.

Let op!

De kosten van hersteloperaties na sterilisatie vergoeden wij niet.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Geen dekking
AV Optimaal	Sterilisatie man: door medisch specialist maximaal € 300,-, door gecontracteerde huisarts volledig Sterilisatie vrouw: maximaal € 1.200,-

3.16. Overgangsconsult

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van overgangsconsulten.

Wie mag deze zorg verlenen

Een Care for Women-specialiste, aangesloten bij de koepelorganisatie Care for Women of een verpleegkundig overgangsconsulente aangesloten bij de Vereniging van Verpleegkundige Overgangsconsulenten (VVOC).

Let op!

Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt én de beroepsvereniging waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven. Zonder deze informatie kunnen wij de nota niet vergoeden.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Maximaal € 200,- tijdens de gehele verzekeringsduur
AV Optimaal	Maximaal € 200,- tijdens de gehele verzekeringsduur

3.17. Pedicurezorg bij reuma en diabetes

Inhoud zorg

Je hebt in aanvulling op de basisverzekering recht op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke behandeling als je reumatische artritis hebt of diabetes met zorgprofiel 1. Dit betreft behandelingen met het doel (pijn)klachten door huid- en nagelaandoeningen en/of overmatige druk op voet of nagels te verminderen om wonden te voorkomen.

Uitsluitingen

- Je hebt geen recht op preventieve voetzorg die onder de basisverzekering valt;
- Je hebt geen recht op vergoeding van voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

Wie mag deze zorg verlenen

a. Bij diabetes:
   - een medisch pedicure of een pedicure met de aantekening ‘voetverzorging bij diabetici’ (DV), ingeschreven in het ProCERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) (procert.nl) of
   - een paramedisch chiropodist, medisch pedicure, of pedicure+ met de aantekening ‘voetverzorging bij diabetici’ (DV), ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo (stipezo.nl/rpv-register) of;
   - een medisch voetzorgverlener ingeschreven in het register Medisch voetzorgverleners van KABIZ (kabiz.nl/raadplegenregister).

b. Bij reumatische artritis:
   - een medisch pedicure of een pedicure met de aantekening ‘voetverzorging bij reumapatiënten’ (RV), ingeschreven in het ProCERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) (procert.nl) of;
   - een paramedisch chiropodist, medisch pedicure, of pedicure+ met de aantekening ‘voetverzorging bij reumapatiënten’ (RV), ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo (stipezo.nl/rpv-register) of;
   - een medisch voetzorgverlener ingeschreven in het register Medisch voetzorgverleners van KABIZ (kabiz.nl/raadplegenregister).

Let op!

Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt én het register waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven. Zonder deze informatie kunnen wij de nota niet vergoeden.

Verder dient ook de volgende informatie op de nota te zijn vermeld:
- het zorgprofiel (bij reuma alleen als een zorgprofiel is of kan worden vastgesteld);
- bij diabetes: type 1 of 2;
- een omschrijving van de verleende zorg waaruit de medische noodzaak blijkt.

Verwijzing

Voor deze zorg heb je geen verwijzing nodig. Wanneer je reumatische artritis hebt, hebben wij ter bevestiging hiervan eenmaal een verklaring nodig van de huisarts of medisch specialist. Je kunt deze verklaring invullen op onze website.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Maximaal € 125,- per kalenderjaar
AV Optimaal	Maximaal € 200,- per kalenderjaar

3.18. Plaswekker

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de aanschaf- of huurprijs van een plaswekker inclusief de noodzakelijke toebehoren (waaronder max. 2 sensorbroekjes). Bij huur geldt een maximale huurperiode van drie maanden.

Voorschrift

Een voorschrift van de huisarts is vereist.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Volledige vergoeding, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur
AV Optimaal	Volledige vergoeding, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

3.19. Podotherapie, podologie en podoposturale therapie

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandeling.

Uitsluitingen

- Je hebt geen recht op vergoeding van preventieve voetzorg die onder de basisverzekering valt;
- Steun- en therapiezolen vallen niet onder dit artikel, maar zijn apart geregeld in artikel 3.23.

Wie mag deze zorg verlenen

a. Podotherapie: een in Nederland gevestigde podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (kwaliteitsregisterparamedici.nl/kwaliteitsregister);
b. Podologie: een registerpodoloog aangesloten bij de Stichting LOOP (loop.nl/zoeken);
c. Podoposturale therapie: een podoposturale therapeut aangesloten bij de Stichting LOOP (loop.nl/zoeken).

Let op!

Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt én de beroepsvereniging of het register waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven. Zonder deze informatie kunnen wij de nota niet vergoeden.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Maximaal € 150,- per kalenderjaar
AV Optimaal	Maximaal € 250,- per kalenderjaar

3.20. Reiskosten ziekenbezoek en verblijfkosten

Inhoud zorg

Reiskosten ziekenbezoek: je hebt recht op vergoeding van reiskosten in verband met jouw bezoek aan een in een ziekenhuis, revalidatie-instelling, hospice of GGZ-instelling in Nederland, België of Duitsland opgenomen gezinslid. Met gezinslid bedoelen we in dit artikel jouw echtgenoot, echtgenote of partner, (eigen) in- of uitwonend kind. Voor het vervoer geldt een eigen betaling van € 100,- per kalenderjaar. Je betaalt de eerste € 100,- aan reiskosten per kalenderjaar dus zelf, voordat je recht hebt op een vergoeding vanuit dit artikel.

Verblijfkosten: je hebt recht op vergoeding van de eigen bijdrage voor een of meer overnachtingen in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis in de nabijheid van het ziekenhuis waar jouw gezinslid is opgenomen. Het gasthuis is een niet-commerciële instelling en heeft een verbinding met:
– een ziekenhuis in Nederland; of
– een ziekenhuis buiten Nederland waarmee wij een contract hebben gesloten.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van vervoer per vliegtuig.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Maximaal € 750,- per kalenderjaar
AV Opstap	Maximaal € 750,- per kalenderjaar
AV Doorstap	Maximaal € 750,- per kalenderjaar
AV Budget	Maximaal € 750,- per kalenderjaar
AV Standaard	Maximaal € 750,- per kalenderjaar
AV Extra	Maximaal € 750,- per kalenderjaar
AV Optimaal	Maximaal € 750,- per kalenderjaar

- Bij gebruik van openbaar vervoer wordt de vergoeding berekend op basis van de werkelijke kosten in de laagste klasse.
- Bij gebruik van eigen vervoer geldt een vergoeding van € 0,43 per kilometer. Wij bepalen op basis van de postcode van je vertrekadres en je bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner.
- Wij vergoeden maximaal € 35,- per nacht voor de eigen bijdrage die het ziekenhuis in rekening brengt voor een overnachting in hun gasthuis. Als er geen plaats meer is in het gasthuis dan mag je in plaats daarvan in een commerciële instelling (bijv. hotel, pension, B&B, Airbnb) in de omgeving overnachten. De vergoeding is dan gelijk aan wat wij hadden vergoed voor een overnachting in het gasthuis. Wij vragen je dan wel om een verklaring van (het gasthuis van) het ziekenhuis mee te sturen met jouw declaratieformulier, waarin staat dat het gasthuis vol was in de periode waarover je een vergoeding voor het verblijf vraagt.

Let op!
Voor het declareren van deze kosten moet je gebruikmaken van het daarvoor bestemde declaratieformulier. Je kunt dit vinden op onze website.

3.21. Sportmedische keuring

Inhoud zorg

Je hebt in aanvulling op de basisverzekering recht op een sportmedisch onderzoek/sportkeuring, inclusief het eventuele daarbij inbegrepen bloedonderzoek.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- losse bloedonderzoeken;
- rijbewijskeuringen;
- duikkeuringen;
- vliegmedische keuringen.

Ook heb je geen recht op vergoeding voor prestatiebegeleiding of een cursus.

Wie mag deze zorg verlenen

Een sportarts werkzaam in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of Sportmedische Instelling (SMI). Het SMA of de SMI moet beschikken over een SCAS-certificering. Je kunt dit controleren via scasinstellingscertificering.nl.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Maximaal € 150,- per kalenderjaar
AV Extra	Maximaal € 200,- per kalenderjaar
AV Optimaal	Maximaal € 250,- per kalenderjaar

3.22. Steunpessarium

Inhoud zorg

Een steunpessarium kan bij een blaas- of baarmoederverzakking verlichting geven en een operatie voorkomen.

Wie mag deze zorg verlenen

Je hebt recht op vergoeding van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Volledige vergoeding
AV Optimaal	Volledige vergoeding

3.23. Steunzolen en therapiezolen (in aanvulling op de basisverzekering)

Wie mag deze zorg verlenen

a. Een leverancier met een SEMH-certificaat 'Orthopedische Instrument-Makerijen' (OIM) of 'Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven' (OSB);
b. Een in Nederland gevestigde podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici;
c. Een register(sport)podoloog aangesloten bij de Stichting LOOP (loop.nl/zoeken);
d. Een podoposturale therapeut aangesloten bij de Stichting LOOP (loop.nl/zoeken).

Let op!
Voor de zorgverleners onder b. t/m d. geldt dat op de nota de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener moet staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt én de beroepsvereniging of het register waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven. Zonder deze informatie kunnen wij de nota niet vergoeden.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Tot 18 jaar: maximaal € 125,- per kalenderjaar Vanaf 18 jaar: maximaal € 125,- per twee kalenderjaren
AV Optimaal	Tot 18 jaar: maximaal € 125,- per kalenderjaar Vanaf 18 jaar: maximaal € 125,- per twee kalenderjaren

3.24. Tandheelkundige zorg

Wie mag de zorg genoemd onder artikel 3.24.1 t/m 3.24.3 verlenen

Alle tandheelkundige verrichtingen dienen te worden uitgevoerd door een tandarts-algemeen practicus, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of (voor zover bevoegd) een tandprotheticus. Wij vergoeden geen zorg verleend door een tandtechnicus.

Een tandarts staat als zodanig geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Een mondhygiënist is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. Een orthodontist is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een kaakchirurg staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevodering der Tandheelkunde (NMT).

Een tandprotheticus is in Nederland gevestigd en voldoet aan de eisen van het Besluit 'Opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

3.24.1. Kronen en bruggen voor verzekerden jonger dan achttien jaar

Inhoud zorg

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

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

Verder kan in bijzondere gevallen, ter beoordeling van de adviserend tandarts van De Friesland, een vergoeding worden toegekend. Met adviserend tandarts bedoelen wij de tandarts die De Friesland adviseert over toelating tot de verzekering en de medische/tandheelkundige noodzaak van de behandeling.

Uitsluitingen

De kosten van esthetische, onnodig kostbare of ondoelmatige voorzieningen en behandelingen vergoeden wij niet.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Volledige vergoeding
AV Optimaal	Volledige vergoeding

3.24.2. Beugels (orthodontie) voor verzekerden jonger dan achttien jaar

Inhoud zorg

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

Uitsluitingen

a. Orthodontische behandelingen die volgens onze tandheelkundig adviseur onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig ondoelmatig zijn.
b. De kosten van reparatie of vervanging bij beschadiging of verlies van bestaande orthodontische voorzieningen door jouw eigen schuld of nalatigheid (code F811A).
c. Orthodontische behandelingen met een esthetisch/cosmetisch karakter, bijvoorbeeld behandelingen in verband met het plaatsen van de brackets aan de binnenkant van het gebit (beugelcategorie 8 en 9) of keramische brackets. Je hebt wel recht op vergoeding van doorzichtige beugels (categorie 7), bijv. Invisalign.

Wachttijd orthodontie

Voor de vergoeding van de kosten van orthodontie geldt een wachttijd van een jaar. Dit betekent dat je gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor de kosten van orthodontie. De wachttijd geldt als je een aanvullende verzekering Extra of Optimaal afsluit en in heel 2026 geen aanvullende verzekering met een vergoeding voor orthodontie bij ons had afgesloten. De wachttijd geldt ook als je overstapt van één van de andere zorgverzekeraars van Achmea. Er geldt geen wachttijd wanneer je aansluitend aan het beëindigen van de aanvullende verzekering Frieso Compleet een aanvullende verzekering Extra afsluit of wanneer je aansluitend aan het beëindigen van de AV Optimaal een AV Extra afsluit.

Wie mag deze zorg verlenen

Een orthodontist of een tandarts-algemeen practicus.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Maximaal € 1.250,- tijdens de gehele verzekeringsduur
AV Optimaal	Maximaal € 1.750,- tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op!

a. Een eventuele volgende, hernieuwde behandeling, komt niet voor vergoeding in aanmerking.
b. Botankers geplaatst door een kaakchirurg vallen ook onder dit artikel.

3.24.3. Tandongevallenregeling

Inhoud zorg

Je hebt in aanvulling op de basisverzekering recht op tandheelkundige zorg waarvan de behandeling gericht is op het herstellen van de directe schade aan het gebit als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen een jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Als er toestemming is om de directe schade als gevolg van het ongeval met een implantaat te herstellen en het gebit is nog niet volgroeid, moet er een tijdelijke behandeling uitgevoerd worden tot er geïmplanteerd kan worden.

Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn. Wij vergoeden de kosten op basis van de goedkoopste en meest eenvoudige oplossing.

Uitsluitingen

a. De kosten van esthetische, onnodig kostbare of ondoelmatige voorzieningen en behandelingen.
b. De indicatie voor de aangevraagde behandeling was al voor het ongeval aanwezig of er was voor het ongeval al sprake van aanwezige schade of uitgestelde zorg. De behandeling mag niet tot een betere tandheelkundige situatie leiden dan de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts.
c. De kosten van behandelingen als er sprake is van:

- grove schuld of opzet van de verzekerde;
- het overmatig gebruik van alcohol en/of gebruik van verdovende middelen door verzekerde;
- deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Wie mag deze zorg verlenen

Een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. Diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies) moet uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog of een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog.

Toestemming

Wij moeten jou voorafgaand aan de behandeling schriftelijk toestemming hebben verleend. Bij jouw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door jouw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Maximaal € 10.000,- per ongeval
AV Opstap	Maximaal € 10.000,- per ongeval
AV Doorstap	Maximaal € 10.000,- per ongeval
AV Budget	Maximaal € 10.000,- per ongeval
AV Standaard	Maximaal € 10.000,- per ongeval
AV Extra	Maximaal € 10.000,- per ongeval
AV Optimaal	Maximaal € 10.000,- per ongeval

Let op!
Heb je ook een aanvullende tandartsverzekering Tand Opstap, Tand Doorstap, Tand Standaard, Tand Extra of Tand Optimaal bij ons afgesloten? Dan heb je pas recht op een vergoeding wanneer de kosten per ongeval hoger zijn dan de dekking van de tandongevallenregeling in jouw tandartsverzekering. Wij vergoeden de kosten eerst tot het maximumbedrag uit jouw tandartsverzekering. Zijn jouw kosten hoger? Dan vergoeden wij maximaal € 10.000,- van die hogere kosten per ongeval.

3.25. Terminale zorg

Inhoud zorg
Als je niet meer thuis verzorgd kunt worden, heb je recht op een tegemoetkoming in de eigen bijdrage voor terminale zorg.

Uitsluiting
Je hebt geen recht op vergoeding van de eigen bijdrage die je op grond van de Wlz moet betalen.

Wie mag deze zorg verlenen
Een hospice of bijna-thuis-huis aangesloten bij het steunpunt van de landelijke vereniging Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ).

Verwijzing
Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts of behandelend medisch specialist.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Volledige vergoeding, maximaal € 30,- per dag
AV Opstap	Volledige vergoeding, maximaal € 30,- per dag
AV Doorstap	Volledige vergoeding, maximaal € 30,- per dag
AV Budget	Volledige vergoeding, maximaal € 30,- per dag
AV Standaard	Volledige vergoeding, maximaal € 30,- per dag
AV Extra	Volledige vergoeding, maximaal € 30,- per dag
AV Optimaal	Volledige vergoeding, maximaal € 30,- per dag

3.26. Transtherapie bij incontinentie

Inhoud zorg
Een arts kan transtherapie voorschrijven voor de behandeling van incontinentie. Transtherapie maakt gebruik van een klein draagbaar apparaat dat elektrische signalen geeft. Door de prikkels kunnen de klachten afnemen. Je hebt recht op vergoeding van de kosten van huur van de apparatuur voor transtherapie, als je deze apparatuur gebruikt voor de behandeling van incontinentie.

Wie mag deze zorg verlenen
Een leverancier die wij hiervoor hebben gecontracteerd.

Tip
Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website bij ‘Zorgzoeker’ of neem telefonisch contact met ons op.

Verwijzing
Je hebt een verwijzing nodig van een arts, fysiotherapeut, incontinentieverpleegkundige of van een pijnconsulent die aanvullend is opgeleid op het gebied van transtherapie.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Geen dekking
AV Opstap	Geen dekking
AV Doorstap	Geen dekking
AV Budget	Geen dekking
AV Standaard	Geen dekking
AV Extra	Volledige vergoeding bij gecontracteerde leverancier
AV Optimaal	Volledige vergoeding bij gecontracteerde leverancier

3.27. Tweede Arts Online

Inhoud zorg
Tweede Arts Online is een service waarmee je vragen en twijfels over jouw medische klacht, diagnose of behandeling digitaal kunt voorleggen aan een medisch specialist. Je stelt je vraag via beeldbellen en de specialist geeft jou uitleg en/of advies over jouw klacht, diagnose en/of behandeling.

Wie mag deze zorg verlenen
Een zorgverlener waarmee wij voor deze zorg een contract hebben gesloten.

Aanvraag
Je hebt pas recht op vergoeding van Tweede Arts Online nadat je contact hebt opgenomen met onze Wachtlijstbemiddeling. De medewerkers van onze Wachtlijstbemiddeling zijn te bereiken via telefoonnummer (058) 291 33 00. De wachtlijstcoördinator bekijkt met jou of jouw vraag geschikt is voor Tweede Arts Online en verstuurt voor jou de aanvraag.

Verwijzing
Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts naar een medisch specialist, als je nog niet voor jouw klacht bij een medisch specialist in behandeling bent.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	Volledige vergoeding bij gecontracteerde zorgverlener
AV Opstap	Volledige vergoeding bij gecontracteerde zorgverlener
AV Doorstap	Volledige vergoeding bij gecontracteerde zorgverlener
AV Budget	Volledige vergoeding bij gecontracteerde zorgverlener
AV Standaard	Volledige vergoeding bij gecontracteerde zorgverlener
AV Extra	Volledige vergoeding bij gecontracteerde zorgverlener
AV Optimaal	Volledige vergoeding bij gecontracteerde zorgverlener

Inhoudsopgave

4. Inhoud van de aanvullende tandverzekeringen 57

4.1. Dekking AV Tand Opstap en AV Tand Doorstap 57

4.2. Dekking AV Tand Standaard en AV Tand Extra 58

4.3. Dekking AV Tand Optimaal 59

4.4. Tandongevallenregeling 61

4. Inhoud van de aanvullende tandverzekeringen

4.1. Dekking AV Tand Opstap en AV Tand Doorstap

Inhoud zorg

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

a. mondzorg zoals genoemd in de geldende beleidsregel Tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
b. materiaal- en techniekkosten.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding van:

a. orthodontische behandelingen (beugels);
b. uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97);
c. cosmetische behandelingen (K001, K002, K003 en K004);
d. een mondbeschermer;
e. volledige narcose en lachgas;
f. niet nagekomen afspraken (C90);
g. keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen;
h. diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat (H36, H37, H38 en H39);
i. een therapeutische injectie met botox (G44);
j. gedeeltelijk voltooid werk.

Wie mag deze zorg verlenen

a. Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
b. Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).
c. Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het ‘Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus’.
d. Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’.
e. Een tandtechnicus, voor kleine reparaties aan een gedeeltelijk kunstgebit (plaatje of frame). Dit betreft het opnieuw vastzetten of vervangen van een tand of kies en het herstellen van een scheur in het gedeeltelijk kunstgebit. En alleen als er geen handelingen in de mond nodig zijn.

Let op!

Zorg verleend door een kaakchirurg valt in de meeste gevallen onder jouw basisverzekering.

Verwijzing

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

Voor behandeling door een mondhygiënist(e) is in de volgende gevallen een opdracht van de tandarts of kaakchirurg nodig, tenzij de zorg wordt verleend door een geregistreerd-mondhygiënist op grond van het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist :

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

c. bij het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

Aanvullende tandverzekering	Dekking
AV Tand Opstap	80% van de kosten tot maximaal € 250,- per kalenderjaar
AV Tand Doorstap	80% van de kosten tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

4.2. Dekking AV Tand Standaard en AV Tand Extra

Inhoud zorg

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

a. mondzorg zoals genoemd in de geldende beleidsregel Tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
b. de eigen bijdrage die je op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledig kunstgebit en/of klikgebit voor de boven- en/of onderkaak;
c. materiaal- en techniekkosten.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding van:

a. orthodontische behandelingen (beugels);
b. uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97);
c. cosmetische behandelingen (K001, K002, K003 en K004);
d. een mondbeschermer;
e. volledige narcose en lachgas;
f. niet nagekomen afspraken (C90);
g. keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen;
h. diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat (H36, H37, H38 en H39);
i. een therapeutische injectie met botox (G44);
j. gedeeltelijk voltooid werk.

Wie mag deze zorg verlenen

a. Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
b. Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).
c. Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het ‘Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus’.
d. Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’.
e. Een tandtechnicus, voor kleine reparaties aan een gedeeltelijk kunstgebit (plaatje of frame). Dit betreft het opnieuw vastzetten of vervangen van een tand of kies en het herstellen van een scheur in het gedeeltelijk kunstgebit. En alleen als er geen handelingen in de mond nodig zijn.

Let op!

Zorg verleend door een kaakchirurg valt in de meeste gevallen onder jouw basisverzekering.

Verwijzing

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

Voor behandeling door een mondhygiënist(e) is in de volgende gevallen een opdracht van de tandarts of kaakchirurg nodig, tenzij de zorg wordt verleend door een geregistreerd-mondhygiënist op grond van het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist :

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

Aanvullende tandverzekering	Dekking
AV Tand Standaard	Maximaal € 250,- per kalenderjaar
AV Tand Extra	Maximaal € 500,- per kalenderjaar

Je hebt, met inachtneming van de genoemde uitsluitingen, tot het hierboven genoemde maximumbedrag per kalenderjaar recht op:

a. 100% vergoeding van consultatie en diagnostiek (C-codes);
b. 100% vergoeding van preventieve mondzorg (M-codes);
c. 100% vergoeding van vullingen (V-codes);
d. 100% vergoeding van verdovingen (A-codes);
e. 80% vergoeding van de overige codes;
f. 80% vergoeding van materiaal- en techniekkosten;
g. 100% vergoeding van de eigen bijdrage voor een volledig kunstgebit en/of klikgebit voor de onder- en/of bovenkaak, met uitzondering van de eigen bijdrage voor materiaal- en techniekkosten. Hiervoor geldt een vergoeding van 80%.

4.3. Dekking AV Tand Optimaal

Inhoud zorg

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

a. mondzorg zoals genoemd in de beleidsregel Tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
b. de eigen bijdrage die je op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledig kunstgebit en/of klikgebit voor de boven- en/of onderkaak;
c. materiaal- en techniekkosten;
d. nieuw ingezette orthodontische behandelingen (beugels), zoals genoemd in de beleidsregel Orthodontische zorg van de NZa (F-codes).

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding van:

a. uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97);
b. cosmetische behandelingen (K001, K002, K003 en K004);
c. behandelingen in verband met het plaatsen van de brackets aan de binnenkant van het gebit (beugelcategorie 8 en 9) of keramische brackets. Je hebt wel recht op vergoeding van doorzichtige beugels (categorie 7, bijv. Invisalign);
d. een mondbeschermer;
e. volledige narcose en lachgas;
f. de kosten van niet nagekomen afspraken (C90);

g. keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen, met uitzondering van een keuringsrapport ten behoeve van de acceptatieprocedure voor deze verzekering. Voorwaarde hiervoor is dat de verzekering door De Friesland is geaccepteerd;
h. de (vervolg)kosten van een orthodontische behandeling (beugels, F-codes) die al was gestart voor de ingangsdatum van de AV Tand Optimaal;
i. de kosten van reparatie of vervanging bij beschadiging of verlies van bestaande orthodontische voorzieningen door jouw eigen schuld of nalatigheid (code F811A);
j. diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat (H36, H37, H38 en H39);
k. een therapeutische injectie met botox (G44);
l. gedeeltelijk voltooid werk.

Wie mag deze zorg verlenen

a. Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
b. Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).
c. Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
d. Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
e. Een tandtechnicus, voor kleine reparaties aan een gedeeltelijk kunstgebit (plaatje of frame). Dit betreft het opnieuw vastzetten of vervangen van een tand of kies en het herstellen van een scheur in het gedeeltelijk kunstgebit. En alleen als er geen handelingen in de mond nodig zijn.
f. Een orthodontist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Let op!
Zorg verleend door een kaakchirurg valt in de meeste gevallen onder jouw basisverzekering.

Verwijzing

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

Voor behandeling door een mondhygiënist(e) is in de volgende gevallen een opdracht van de tandarts of kaakchirurg nodig, tenzij de zorg wordt verleend door een geregistreerd-mondhygiënist op grond van het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist:

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

Aanvullende tandverzekering	Dekking
AV Tand Optimaal	Maximaal € 1.000,- per kalenderjaar

Je hebt, met inachtneming van de eerder genoemde uitsluitingen en tot het hierboven genoemde maximumbedrag per kalenderjaar, recht op:

a. 100% vergoeding van consultatie en diagnostiek (C-codes);
b. 100% vergoeding van preventieve mondzorg (M-codes);
c. 100% vergoeding van vullingen (V-codes);
d. 100% vergoeding van verdovingen (A-codes);
e. 100% vergoeding van orthodontie (F-codes) tot maximaal € 750,-, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur;
f. 80% vergoeding van de overige codes;
g. 80% vergoeding van de materiaal- en techniekkosten;
h. 100% vergoeding van de eigen bijdrage voor een volledig kunstgebit en/of klikgebit voor de onder- en/of bovenkaak, met uitzondering van de eigen bijdrage voor materiaal- en techniekkosten. Hiervoor geldt een vergoeding van 80%.

4.4. Tandongevallenregeling

Inhoud zorg

Je hebt in aanvulling op de basisverzekering recht op tandheelkundige zorg waarvan de behandeling gericht is op het herstellen van de directe schade aan het gebit als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen een jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Als er toestemming is om de directe schade als gevolg van het ongeval met een implantaat te herstellen en het gebit is nog niet volgroeid, moet er een tijdelijke behandeling uitgevoerd worden tot er geïmplanteerd kan worden.

Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn. Wij vergoeden de kosten op basis van de goedkoopste en meest eenvoudige oplossing.

Uitsluitingen

a. De kosten van esthetische, onnodig kostbare of ondoelmatige voorzieningen en behandelingen.
b. De indicatie voor de aangevraagde behandeling was al voor het ongeval aanwezig of er was voor het ongeval al sprake van aanwezige schade of uitgestelde zorg. De behandeling mag niet tot een betere tandheelkundige situatie leiden dan de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts.
c. De kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:
    - grove schuld of opzet van de verzekerde;
    - het overmatig gebruik van alcohol en/of gebruik van verdovende middelen door verzekerde;
    - deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Wie mag deze zorg verlenen

Een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. Diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies) moet uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog of een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog.

Toestemming

Wij moeten jou voorafgaand aan de behandeling schriftelijk toestemming hebben verleend. Bij jouw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door jouw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.

Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval.

Aanvullende tandverzekering	Dekking
AV Tand Opstap	Maximaal € 2.000,- per ongeval
AV Tand Doorstap	Maximaal € 2.000,- per ongeval
AV Tand Standaard	Maximaal € 2.000,- per ongeval
AV Tand Extra	Maximaal € 2.000,- per ongeval
AV Tand Optimaal	Maximaal € 2.000,- per ongeval

5. Begripsomschrijvingen

5.1. Algemeen

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

5.2. In deze verzekeringsvoorwaarden verstaan wij onder:

Acute zorg

Zorg in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijke ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of is verergerd.

Apotheker

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

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Collectieve verzekering

Een overeenkomst op basis waarvan degenen die behoren tot een specifieke groep (bijvoorbeeld werknemers van een bedrijf of leden van een organisatie) met korting een verzekeringsovereenkomst kunnen sluiten. De overeenkomst wordt afgesloten tussen De Friesland en een werkgever of een rechtspersoon.

DBC (diagnose behandeling combinatie)

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

Huisarts

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

Medisch specialist

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

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Onze website

defriesland.nl

Spoedeisende hulp

Zorg, bestaande uit de herkenning, stabilisatie en reanimatie van alle acute medische patiënten. Het gaat bij de spoedeisende hulp (SEH) om het behandelen van spoedeisende aandoeningen en het verwijzen naar meer gespecialiseerde behandelaars.

Spoedeisende zorg

Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. Of hiervan sprake is wordt bepaald door de medisch adviseur(s) van De Friesland en/of de medisch adviseur(s) van De Friesland Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross. Is er sprake van zorg in het buitenland dan moet het in aanvulling op het voorgaande gaan om spoedeisende medische zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien.

Uitkering

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

Verwijzing

Een verwijzing dient altijd voorafgaand aan de gedeclareerde zorg te zijn afgegeven. Een verwijzing bevat ten minste een omschrijving van de klachten van de verzekerde en de reden van de verwijzing, in de vorm van een specifieke medisch inhoudelijke vraagstelling van de verwijzer aan een (met name genoemde) zorgaanbieder. Een verwijzing is maximaal 1 jaar geldig, met uitzondering van een verwijzing voor GGZ. Deze verwijzing is maximaal 9 maanden geldig tot het moment van aanmelding bij de zorgaanbieder.

Verzekerde

De verzekerde is degene van wie de ziektekosten verzekerd zijn.

Verzekeringnemer

De verzekeringnemer is degene die de verzekeringsovereenkomst met De Friesland heeft gesloten.

Verzekeringsduur

De termijn waarbinnen een verzekeringsovereenkomst met betrekking tot een van de aanvullende verzekeringen van De Friesland tussen De Friesland en verzekerde ononderbroken van kracht is. Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken en telt de duur van de onderbreking mee voor het bepalen van de termijn van de bij de dekking genoemde vergoedingstermijn.

Wet BIG

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

Ziekenhuis

- Een instelling voor medisch specialistische zorg voor verpleging, onderzoek en behandeling, waarin verblijf van 24 uur of langer is toegestaan en die tevens acute zorg kan leveren, waaronder in ieder geval (maar niet beperkt tot) spoedeisende hulp, acute verloskunde en ambulancezorg. Daarnaast beschikt de instelling voor medisch specialistische zorg naast een spoedeisende hulp, ook over een afdeling voor intensive care;
- Een instelling voor medisch-specialistische zorg met een erkenning van het ministerie van VWS als ‘Expertisecentrum voor zeldzame aandoeningen’ (ECZA).

Zorgaanbieder

Persoon of instelling die een of meer vormen van zorg in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden mag verlenen. Met een zorgaanbieder wordt gelijkgesteld een zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd en voldoet aan kwalificaties die vergelijkbaar zijn met kwalificaties die voor een zelfde of vergelijkbare zorgaanbieder in Nederland gebruikelijk zijn. Daarnaast moet de overheid van het betreffende land de zorgverlener of zorginstelling hebben erkend.

Neem gerust contact met ons op als je vragen hebt

Dit kan veilig en snel via De Friesland App. Liever op een andere manier? Kijk voor alle contactmogelijkheden op **defriesland.nl/contact**.

Kijk op defriesland.nl voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners, de hoogte van jouw vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners, het Reglement Hulpmiddelen, het Reglement Farmaceutische zorg, het Reglement PGB Verpleging & Verzorging, de Beroepsverenigingen van alternatief genezers die voldoen aan de criteria van De Friesland, de polisvoorwaarden, brochures, formulieren en overige informatie over onze verzekeringen. Je kunt de informatie ook bij ons opvragen.

Basisverzekering: De Friesland Zorgverzekeraar N.V., KvK 50884565, statutaire zetel Leeuwarden.
Aanvullende verzekeringen: Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK 28080300, statutaire zetel Leiden.

De Friesland is onderdeel van achmea

De Friesland

Gewoon voor elkaar