



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden

Zaak : Wijziging zorgverzekering, wilsovereenstemming, incontinentiemateriaal, gecontracteerde zorgaanbieder, wijze van communicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.11 Rzv, art. 6:217 BW

Zaaknummer : 202002511

Zittingsdatum : 7 juli 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,  
tegen

De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 27 februari 2021 en 1 maart 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 26 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 27 mei 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 7 juli 2021 gehoord.
- 2.4. Verzoekster heeft op 9 juli 2021 haar pleitnota aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 13 juli 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop schriftelijk te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was tot en met 2019 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis. Met ingang van 1 januari 2020 is deze verzekering beëindigd en is de Zelf Bewust Polis van kracht.
- 3.2. Verzoekster is aangewezen op het gebruik van incontinentiemateriaal. Dit wordt aan haar afgeleverd door de apotheek. Tot en met 2019 werden de kosten hiervan vergoed door de zorgverzekeraar.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft na telefonisch contact met de echtgenoot van verzoekster met ingang van 1 januari 2020 de Alles Verzorgd Polis van verzoekster beëindigd en hiervoor in de plaats de Zelf Bewust Polis geactiveerd. De bestaande aanvullende ziektekostenverzekering werd met ingang van 1 januari 2020 beëindigd. Over dit laatste zijn partijen niet verdeeld.
- 3.4. Het na 1 januari 2020 bij de apotheek afgenomen incontinentiemateriaal is door de zorgverzekeraar vergoed aan de apotheek. Omdat het incontinentiemateriaal niet - zoals is bepaald in de verzekeringsvoorwaarden - is afgenomen bij een hiervoor gecontracteerde leverancier, heeft de zorgverzekeraar de desbetreffende kosten in rekening gebracht bij verzoekster.
- 3.5. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar een klacht ingediend over de gang van zaken. Op 8 oktober 2020 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de zorgverzekeraar ten onrechte de Alles Verzorgd Polis met ingang van 1 januari 2020 heeft beëindigd, en per die datum de Zelf Bewust Polis heeft geactiveerd;
- (ii) de zorgverzekeraar haar niet op de juiste wijze heeft geïnformeerd over de omzetting van haar zorgverzekering en over het niet vergoeden van het door haar afgenomen incontinentiemateriaal;
- (iii) de zorgverzekeraar de kosten van het in 2020 aan haar geleverde incontinentiemateriaal alsnog moet vergoeden.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over incontinentiemateriaal alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) inzake de totstandkoming van een overeenkomst, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

### **Standpunt verzoekster**

6.2. De echtgenoot van verzoekster heeft eind 2019 telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar om de tandartsverzekering te beëindigen. Tijdens dit gesprek is hem niet verteld dat de zorgverzekeraar twee zorgverzekeringen aanbiedt. Evenmin is hem verteld dat verzoekster het door haar gebruikte incontinentiemateriaal voortaan moest betrekken bij een online leverancier. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar geen nieuw polisblad aan verzoekster gezonden.

In september 2020 kwam de echtgenoot van verzoekster erachter dat het ten behoeve van verzoekster geleverde incontinentiemateriaal niet meer werd vergoed. De zorgverzekeraar had de kosten weliswaar voldaan aan de apotheek, maar vervolgens werden deze afgeschreven van de rekening van verzoekster. Zij heeft de zorgverzekeraar hiervoor echter geen toestemming verleend. De incassomachtiging is alleen afgegeven voor het innen van de premie en het eigen risico. Overigens heeft de zorgverzekeraar geen rekeningen aan verzoekster gezonden waaruit blijkt dat de desbetreffende kosten niet meer worden vergoed. Ook door de apotheek is zij hierover niet geïnformeerd.

In reactie op de stelling van de zorgverzekeraar dat het polisblad en de declaratieoverzichten digitaal zijn verstrekt, merkt verzoekster op dat zij niet door de zorgverzekeraar is geïnformeerd dat in het vervolg alleen nog via Mijn De Friesland met haar zou worden gecommuniceerd. Tijdens het telefoongesprek eind 2019 heeft haar echtgenoot toegelicht waarom verzoekster niet meer in staat is zelf haar verzekeringszaken te regelen. De medewerker heeft dit aanvaard. Kennelijk heeft de medewerker niet beseft dat het om die reden geen zin had om met verzoekster te communiceren via haar e-mailadres en Mijn De Friesland.

Ter zitting heeft de echtgenoot van verzoekster dat tijdens het telefoongesprek in 2019 alleen is gesproken over het beëindigen van de tandartsverzekering. De zorgverzekeraar heeft niet meegedeeld dat er andere voorwaarden gingen gelden voor de zorgverzekering en/of dat voortaan alleen nog digitaal zou worden gecommuniceerd. Bovendien zijn de berichten gezonden naar een e-mailadres dat niet meer wordt gebruikt.

Verzoekster heeft geen brief gehad van de zorgverzekeraar over de wijziging van de zorgverzekering. Er was voor haar echtgenoot geen aanleiding om een en ander te controleren. Hij dacht dat de bedragen die werden afgeschreven door de zorgverzekeraar betrekking hadden op de premie en het eigen risico. Toen het eigen risico was volgemaakt en er nog steeds te hoge bedragen werden afgeschreven, heeft hij contact opgenomen met de zorgverzekeraar.

### Standpunt zorgverzekeraar

- 6.3. De zorgverzekeraar voert aan dat de echtgenoot van verzoekster op 30 december 2019 telefonisch contact heeft opgenomen om de verzekering van verzoekster te wijzigen. De van dit gesprek gemaakte notitie is een algemene samenvatting van het gesprek. Naar aanleiding van dit gesprek is de Alles Verzorgd Polis met ingang van 1 januari 2020 omgezet naar de Zelf Bewust Polis en is de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van genoemde datum beëindigd. In voornoemd telefoongesprek is volgens de zorgverzekeraar gewezen op de verschillen tussen de twee zorgverzekeringen, omdat hieraan veel aandacht wordt besteed tijdens de opleiding van zijn medewerkers. De zorgverzekeraar merkt op dat verzoekster bij de schriftelijke bevestiging van de poliswijziging is gewezen op haar herroepingsrecht. Hiervan heeft zij evenwel geen gebruik gemaakt.

Naar aanleiding van de gevraagde omzetting van de zorgverzekering heeft de zorgverzekeraar op 30 december 2019 per e-mail aan verzoekster bevestigd dat de wijze van corresponderen is gewijzigd. Bij de Zelf Bewust Polis wordt namelijk uitsluitend digitaal gecommuniceerd, dus per e-mail of via Mijn De Friesland. Op 2 januari 2020 heeft de zorgverzekeraar de wijziging van de zorgverzekering per e-mail aan verzoekster bevestigd. Verzoekster kon het nieuwe polisblad inzien in Mijn De Friesland.

Op grond van de Zelf Bewust Polis wordt incontinentiemateriaal alleen vergoed als dit wordt afgenomen bij een gecontracteerde, online leverancier. Verzoekster heeft het incontinentiemateriaal echter afgenomen bij de apotheek. Daarom komen de kosten van het incontinentiemateriaal niet voor vergoeding in aanmerking. Op grond van artikel 2.7.7 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft de zorgverzekeraar de rechtstreeks gedeclareerde kosten vergoed aan de apotheek. Vervolgens zijn deze bij verzoekster in rekening gebracht. Verzoekster is hierover maandelijks geïnformeerd door middel van declaratieoverzichten.

Ter zitting heeft de zorgverzekeraar benadrukt dat uit de telefoonnotitie van 30 december 2019 blijkt dat de wijziging naar de ZelfBewustPolis is besproken. En dat aannemelijk is dat de verschillen tussen de polissen zijn besproken. Zelfs als het niet zou zijn besproken, dan is de zorgverzekering zo belangrijk dat kan worden verwacht dat een en ander wordt gecontroleerd door betrokkene.

### Overwegingen

- 6.4. Tussen partijen is niet in geschil dat de echtgenoot van verzoekster op 30 december 2019 telefonisch contact heeft gehad met de zorgverzekeraar. Volgens verzoekster is bij die gelegenheid alleen verzocht de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen. De zorgverzekeraar stelt daarentegen dat ook is verzocht om de zorgverzekering te wijzigen.

Een (verzekerings)overeenkomst komt, op grond van artikel 6:217 BW, tot stand door een aanbod van de ene partij en de aanvaarding daarvan door de andere partij.

De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 25 februari 2021 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen de volgende gespreksregistratie geciteerd: *"Partner belt om de polis te wijzigen. Na mondelinge machtiging van [verzoekster] de polis aangepast naar de Zelf Bewust Polis. € 110,50 per maand. Ingangsdatum is 1 januari 2020 en het nieuwe polisblad volgt."* De commissie stelt vast dat in deze gespreksregistratie niet expliciet is vermeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering moest worden beëindigd, zoals door verzoekster is gesteld. Dit moet echter wel zijn besproken, want uit het overgelegde polisblad blijkt dat de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari

2020 is beëindigd. De commissie houdt het daarom voor mogelijk dat de zin "*Partner belt om de polis te wijzigen.*" uitsluitend zag op de aanvullende ziektekostenverzekering. Het zelfde heeft in dat geval te gelden voor de mondelinge machtiging tot aanpassing. Dat door of namens verzoekster inderdaad is verzocht (ook) de zorgverzekering te wijzigen naar de Zelf Bewust Polis staat aan de hand van deze notitie niet vast. Dit leidt tot de conclusie dat de noodzakelijke wilsovereenstemming voor het aangaan van deze nieuwe verzekeringsovereenkomst ontbreekt. Deze is dan ook niet tot stand gekomen.

6.5. De zorgverzekeraar heeft in dit kader aangevoerd dat hij de totstandkoming van de verzekering op basis van de Zelf Bewust Polis aan verzoekster heeft bevestigd, maar dat zij geen gebruik heeft gemaakt van haar herroepingsrecht. De zorgverzekeraar heeft de betreffende bevestiging per e-mail en/of via Mijn De Friesland aan verzoekster gezonden, omdat bij de Zelf Bewust Polis alle communicatie digitaal verloopt.

Nu eerder is geconcludeerd dat de vereiste wilsovereenstemming voor het aangaan van de zorgverzekering op basis van de Zelf Bewust Polis met ingang van 1 januari 2020 ontbreekt, hoefde verzoekster er niet op bedacht te zijn dat de communicatie voortaan langs een andere weg zou verlopen en dat belangrijke documenten - anders dan voorheen het geval was - in het vervolg digitaal aan haar zouden worden gezonden. Nog daargelaten dat het herroepingsrecht pas aan de orde komt ná totstandkoming van de overeenkomst, kan verzoekster niet worden tegengeworpen dat zij hiervan geen gebruik heeft gemaakt, aangezien de wijziging in communicatievorm niet in een voor haar kenbare vorm werd meegedeeld. Voor een geslaagd beroep hierop zou de zorgverzekeraar de oude polis per brief hebben moeten beëindigen.

6.6. Hiervoor is geoordeeld dat de wilsovereenstemming, noodzakelijk voor de totstandkoming van de verzekering op basis van de Zelf Bewust Polis, ontbreekt. Hetzelfde heeft te gelden voor de beëindiging van de Alles Verzorgd Polis met ingang van 1 januari 2020. Dit betekent dat deze verzekering na genoemde datum doorloopt en dat de zorgverzekeraar de in 2020 gemaakte kosten voor incontinentiemateriaal moet vergoeden conform de voorwaarden van deze verzekering. Van haar kant is verzoekster de - hogere - premie voor de Alles Verzorgd Polis verschuldigd.

Met betrekking tot onderdeel (ii) van het verzoek oordeelt de commissie dat het aspect van de informatievoorziening geen verdere bespreking behoeft. Dit zou slechts anders zijn indien de verzekering op basis van de Zelf Bewust Polis wél tot stand was gekomen en verzoekster bij de totstandkoming had gedwaald.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de zorgverzekeraar de zorgverzekering ten onrechte met ingang van 1 januari 2020 heeft gewijzigd van de Alles Verzorgd Polis naar de Zelf Bewust Polis;
- (ii) de zorgverzekeraar de kosten van het in 2020 door verzoekster bij de apotheek afgenomen incontinentiemateriaal moet vergoeden op grond van de voorwaarden van de Alles Verzorgd Polis;
- (iii) de zorgverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 18 augustus 2021,

L. Ritzema

# BIJLAGEN



1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

## **B2. ALGEMENE VOORWAARDEN**

### **2.1 Algemene bepalingen**

- a. In deze voorwaarden bedoelen wij met 'u: u als verzekerde. Als wij met 'u' u als verzekeringnemer bedoelen, hebben wij dit expliciet vermeld.
- b. In deze voorwaarden bedoelen wij met De Friesland: De Friesland Zorgverzekeraar NV.

### **2.2 Grondslag en dekkinggebied**

- a. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt alleen ingegaan op de voorwaarden van de basisverzekering. Heeft u daarnaast een aanvullende verzekering bij De Friesland afgesloten dan kunt u hiervoor de betreffende verzekeringsvoorwaarden raadplegen. Voor de aanvullende verzekeringen zijn speciale verzekeringsvoorwaarden ontwikkeld.
- b. Deze verzekeringsvoorwaarden gelden voor de Alles Verzorgd Polis en de Zelf Bewust Polis van De Friesland Zorgverzekeraar, geldig in Nederland en in het buitenland.
- c. Deze verzekeringsvoorwaarden en de daarbij horende reglementen zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.
- d. De verzekeringsvoorwaarden moeten worden uitgelegd en toegepast in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.
- e. Mocht na het verschijnen van deze verzekeringsvoorwaarden blijken dat deze op enig onderdeel niet (meer) in overeenstemming zijn met het bepaalde in of op grond van de Zorgverzekeringswet, dan is de tekst van de Zorgverzekeringswet en de daarbij horende regelgeving bindend. De verzekeringsvoorwaarden worden dan geacht zodanig te zijn gewijzigd dat zij wel in overeenstemming zijn met het bepaalde in of op grond van de Zorgverzekeringswet. De Friesland informeert u, zodra mogelijk, over de eventuele wijziging(en) van de tekst van de verzekeringsvoorwaarden die uit deze bepaling voortvloeien. De eventueel aangepaste volledige tekst van de verzekeringsvoorwaarden kunt u raadplegen op onze website of wordt u op verzoek toegezonden.
- f. Voor zover in deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar de reglementen van De Friesland of naar andere bijlagen, dan gelden deze als onderdeel van de overeenkomst en zijn ze op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op onze website.
- g. Op deze verzekeringsvoorwaarden is het Nederlands recht van toepassing.

### **2.3 Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven?**

In deze verzekering kunnen verzekerden worden ingeschreven die verzekeringsplichtig zijn en wonen in Nederland of in het buitenland.

### **2.4 Begin en einde van de verzekering**

#### **2.4.1 Aanmelden**

De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid

ingevuld en ondertekend of online ingevuld aanvraagformulier. Als het aanvraagformulier onvolledig of onjuist is ingevuld en desondanks door De Friesland is geaccepteerd, dan is de eerste premiebetaling de formele bevestiging van de aanvraag.

Wij schrijven u niet in zolang het adres dat u heeft opgegeven niet in de Basisregistratie personen (BRP) voorkomt of afwijkt van het adres waaronder u in de BRP staat ingeschreven. Dit geldt niet als een van de volgende situaties van toepassing is:

- a. u of de verzekeringnemer heeft een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift overgelegd waaruit blijkt dat u loonbelasting bent verschuldigd in verband met werkzaamheden in loondienst, verricht in Nederland of op het continentaal plat als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg. In deze verklaring dient de ingangsdatum van de dienstbetrekking te staan en de verklaring of het salarisafschrift mogen niet ouder zijn dan één maand;
- b. de verzekeringnemer heeft een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank overgelegd waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- c. u kan redelijkerwijs niet worden verweten dat het adres dat u heeft opgegeven niet in de Basisregistratie personen (BRP) voorkomt of afwijkt van het adres waaronder u in de BRP staat ingeschreven.

### **Ingangsdatum verzekering**

De ingangsdatum van de verzekering is de dag waarop De Friesland de aanvraag heeft ontvangen. Deze datum wordt op het polisblad vermeld. In afwijking van deze hoofdregel geldt het volgende:

- a. Mochten er onduidelijkheden zijn, bijvoorbeeld over de verzekeringsplicht van de te verzekeren persoon, dan kan dit gevolgen hebben voor de ingangsdatum van de verzekering. De Friesland zal u dan eerst om aanvullende informatie vragen. De verzekering gaat in dat geval in op de dag dat De Friesland alle benodigde informatie heeft ontvangen.
- b. Wanneer u op het moment waarop we uw aanvraag hebben ontvangen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent, dan kan de verzekering op uw verzoek op een later tijdstip ingaan.
- c. Als de zorgverzekering is ingegaan binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan dan gaat deze in met terugwerkende kracht per de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan. U bent over deze periode premie verschuldigd.
- d. Als de zorgverzekering is afgesloten binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari of wegens het ten nadele van de verzekerde wijzigen van de voorwaarden door opzegging is geëindigd, dan gaat deze in met terugwerkende kracht per de dag waarop de eerdere zorgverzekering is beëindigd.

### **Wat u verder moet weten**

- a. De verzekeringnemer kan de aanmelding zonder opgave van reden binnen veertien dagen na ontvangst van het polisblad schriftelijk of per e-mail ongedaan maken. De verzekering wordt dan met terugwerkende kracht ontbonden.



- b. Als het CAK u bij De Friesland heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet, kunt u de verzekering beëindigen binnen twee weken vanaf de datum waarop het CAK u van de verzekering in kennis heeft gesteld. U moet dan wel aantonen dat u binnen de periode genoemd in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet via een andere zorgverzekering bent verzekerd.
- c. Als de zorgverzekering ingaat in de loop van het jaar, dan wordt deze aangegaan voor de rest van dat kalenderjaar.
- d. De Friesland is niet verplicht een zorgverzekering af te sluiten als een eerdere zorgverzekering bij De Friesland is opgezegd of ontbonden wegens opzettelijke misleiding, fraude of enige andere vorm van wanprestatie jegens De Friesland of het niet betalen van de premie. Dit geldt voor een periode van vijf jaar onmiddellijk na beëindiging van de zorgverzekering.
- e. U ontvangt een polisblad in een door De Friesland vast te stellen vorm dat geldt als bewijs van de tussen u als verzekeringnemer en De Friesland gesloten verzekeringsovereenkomst.
- f. Voor het verwerken van uw persoonsgegevens is de Basisregistratie personen (BRP) bepalend.

## 2.4.2 Beëindigen

### Het opzeggen van de verzekering

U mag als verzekeringnemer uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw zorgverzekering per 1 januari daaropvolgend. U ontvangt hiervan van ons een bevestiging. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan op de volgende manieren plaatsvinden:

- a. door gebruik te maken van de gezamenlijke opzegservice van de verzekeraars. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar;
- b. door u als verzekeringnemer. U moet dan uiterlijk 31 december opzeggen. Opzeggen kan per e-mail, schriftelijk of telefonisch.

### Wat u verder moet weten

- a. De verzekering eindigt automatisch op het tijdstip dat uw verzekeringsplicht eindigt.
- b. Bij overlijden eindigt de verzekering automatisch de dag na het overlijden. Om de verzekering te kunnen beëindigen, moet De Friesland binnen 30 dagen na het overlijden hierover geïnformeerd worden.
- c. De verzekering eindigt automatisch als De Friesland ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. In dat geval stelt De Friesland de verzekeringnemer

## **Verwijzing**

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts.

## **Vergoeding**

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

## **Eigen risico**

Deze zorg valt onder het eigen risico.

### **3.9 Hulpmiddelenzorg**

#### **Inhoud zorg**

U heeft recht op functionerende hulp- en wondverzorgingsmiddelen zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering. In het door De Friesland vastgestelde Reglement Hulpmiddelenzorg zijn toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumerichtlijnen opgenomen. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en is te raadplegen op onze website. Ook kan dit reglement u op uw verzoek worden toegestuurd.

**Let op!** U heeft uitsluitend recht op wondverzorgingsmiddelen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

#### **Wie mag deze zorg verlenen?**

Een leverancier van hulpmiddelen. Als u voor een hulpmiddel naar een niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kunt u per hulpmiddel vinden in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

In afwijking hiervan geldt de volgende beperking wanneer u een Zelf Bewust Polis heeft. Diabetes-, incontinentie-, stoma- en wondverzorgingshulpmiddelen (DISW-hulpmiddelen) vergoeden wij alleen als deze worden geleverd door een medische speciaalzaak. Dit is een zorgaanbieder die gespecialiseerd is in het leveren van medische hulpmiddelen en/of wondverzorgingsmiddelen aan consumenten, niet zijnde een apotheek of apotheekhoudende huisarts. Wij vergoeden deze hulpmiddelen niet als deze worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Verder bent u verplicht deze middelen online bij de medische speciaalzaak te bestellen. Met online bestellen bedoelen wij dat u de hulpmiddelen bestelt via een webshop of een andere beveiligde omgeving op de website van de medische speciaalzaak die specifiek bedoeld is voor het online bestellen van hulpmiddelen. Op onze website bij Zorgwijzer kunt u onder 'Zorgzoeker' vinden bij welke medische speciaalzaak u hiervoor terecht kunt. Ook vindt u op onze website een lijst met veel

voorkomende DISW-hulpmiddelen.

De verplichting tot online bestellen bij een medische speciaalzaak is niet van toepassing in de volgende situaties:

- u heeft met spoed DISW-hulpmiddelen nodig en haalt deze bij een spoed-apotheek;
- u heeft spuiten en/of injectienaalden nodig voor het toedienen van uw medicijnen en ontvangt deze van uw apotheek of apotheekhoudende huisarts;
- u krijgt DISW-hulpmiddelen voorgeschreven bij ontslag uit het ziekenhuis en haalt deze vervolgens bij de poliklinische apotheek in het ziekenhuis.

### **Hulpmiddelen in bruikleen**

Voor enkele hulpmiddelen geldt dat deze in bruikleen worden verstrekt. In het Reglement Hulpmiddelenzorg is aangegeven welke hulpmiddelen dit betreft. Hulpmiddelen worden alleen in bruikleen verstrekt door leveranciers waarmee De Friesland hiervoor een overeenkomst heeft gesloten. Voor verstrekking hiervan kunt u dus niet terecht bij een niet-gecontracteerde leverancier. Mocht u toch een bruikleenhulpmiddel in eigendom willen aanschaffen bij een niet-gecontracteerde leverancier, dan is in het Reglement Hulpmiddelenzorg aangegeven hoe wij in dat geval uw vergoeding berekenen.

**Let op!** Als u ervoor kiest een bruikleenhulpmiddel in eigendom aan te schaffen, kan de vergoeding ten laste van uw verplichte en vrijwillige eigen risico komen. Hulpmiddelen in bruikleen komen niet ten laste van het eigen risico, met uitzondering van bijbehorende verbruiksartikelen.

### **Eigen bijdrage**

In een aantal gevallen genoemd in de Regeling zorgverzekering bent u een eigen bijdrage verschuldigd ter hoogte van:

- a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde maximaal te vergoeden bedrag;
- b. een bedrag wegens besparing van kosten.

Als dit het geval is, is dit vermeld in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

### **Toestemming vooraf**

Voor sommige hulpmiddelen heeft u pas recht op aanschaf, reparatie, wijziging of vervanging van een hulpmiddel na voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland. Als voorafgaande toestemming noodzakelijk is, is dit vermeld in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

### **Vergoeding**

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventuele eigen bijdrage vergoeden wij niet. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzeke-

ring anders is bepaald, voor uw rekening. Onder de kosten van normaal gebruik verstaan wij onder meer de kosten van energiegebruik en batterijen.

**Let op!** Wij vergoeden geen hulpmiddelen geleverd door een niet-gecontracteerde leverancier die niet aan de door De Friesland gestelde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoet. Raadpleeg daarom altijd het Reglement Hulpmiddelenzorg.

### **Eigen risico**

Deze zorg valt onder het eigen risico, met uitzondering van hulpmiddelen die u in bruikleen krijgt.

## **3.10 IVF (In-vitrofertilisatie)**

### **Inhoud zorg**

Als u op het moment van aanvang van de zorg jonger bent dan 43 jaar, heeft u recht op:

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b. de follikelpunctie;
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- d. het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte, met als doel zwangerschap te doen ontstaan.

Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische indicatie nodig van uw behandelend arts. Hieruit moet blijken dat u recht heeft op IVF of ICSI.

U heeft uitsluitend recht op de eerste, tweede en derde IVF-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. Er is sprake van een IVF-poging vanaf het moment dat een follikelpunctie is geslaagd. Na een doorgaande zwangerschap heeft u opnieuw recht op drie IVF-pogingen zolang u bij aanvang van een poging jonger bent dan 43 jaar. Van een doorgaande zwangerschap is sprake:

- a. bij een spontaan ontstane zwangerschap van ten minste twaalf weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie;
- b. vanaf tien weken na de geslaagde follikelpunctie;
- c. vanaf negen weken en drie dagen zwangerschap na de implantatie van gecryopreserveerde embryo's.

Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF-poging waaruit ze zijn ontstaan, zolang er geen doorgaande zwangerschap is ontstaan. Als er wel een doorgaande zwangerschap is ontstaan, mogen na deze zwangerschap ook de overige ingevroren embryo's worden teruggeplaatst. Als dit niet tot resultaat leidt, kunt u weer met een IVF-behandeling starten. Deze geldt dan als een eerste poging. Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-behandeling. Een IVF-behandeling kan ook tot stand worden gebracht door middel van eiceldonatie.