

Verzekeringsvoorwaarden 2022

Aanvullende verzekering

FLKS

FLKS

Postbus 2705 • 6401 DE Heerlen • T 088 - 35 35 777
www.FLKS.nl • info@FLKS.nl

Belangrijke informatie en service

Heb je vragen of wil je iets aan ons doorgeven? We helpen je graag!

Onze website

Op www.flks.nl vind je alle informatie over je verzekering. Je kunt er bijvoorbeeld de antwoorden vinden op veelgestelde vragen, je premie berekenen, online declareren, zorgverleners vinden en alle vergoedingen van A tot Z bekijken en vergelijken.

Contact

Je kunt ons bereiken per telefoon, per e-mail, per post of via social media. Op werkdagen is onze Service Desk bereikbaar van 08.30 tot 17.30 uur. Bel ons op 088 - 35 35 777. Kijk voor de actuele openingstijden op flks.nl/contact. Tijdens de overstepweken in december hanteren wij ruimere openingstijden om je nog beter van dienst te zijn.

Nota's insturen

Als je zelf een nota hebt ontvangen, dan kun je deze digitaal declareren via Mijn FLKS. Je logt veilig en simpel in via iDIN. Om iDIN te kunnen gebruiken, moet je dit eerst eenmalig activeren. Ook kun je via Mijn FLKS gemakkelijk zelf je persoonsgegevens aanpassen, zorgkosten inzien of je aanvullende pakketten wijzigen.

Je kunt de nota ook via de post indienen. Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele nota naar onderstaand postadres.

Postadres

Postbus 2705
6401 DE Heerlen

Toestemming nodig?

Wil je weten voor welke zorg je vooraf onze toestemming nodig hebt? Dit vind je in deze verzekeringsvoorwaarden. Je stuurt de aanvraag voor toestemming voor een behandeling naar het bovenstaande adres ter attentie van Medisch Advies.

Meer informatie over toestemming aanvragen vind je op onze website.

Klachten

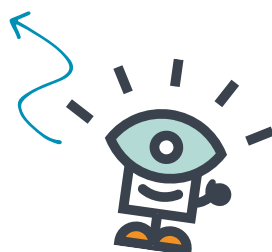
Wij proberen je, als klant van FLKS, met alles zo goed mogelijk van dienst te zijn. Dus ben je niet tevreden over een beslissing die wij hebben genomen over onze service of de service van één van uw zorgverleners? Dan horen wij dat graag. Je kunt je klacht indienen via Mijn FLKS.

Zoek een zorgverlener

Zorgverleners hebben afspraken met zorgverzekeraars. Wij noemen dat 'gecontracteerde zorgverleners'. Er zijn contracten met hen afgesloten waarin bijvoorbeeld afspraken zijn gemaakt over de kwaliteit van zorg. In de zorgzoeker vind je de zorgverleners waarmee afspraken zijn gemaakt. Onze zorgzoeker vind je [hier](#).

Aevitaal

Gezondheid en vitaliteit vinden wij erg belangrijk. Wij helpen je daarom graag om gezond en fit te blijven. Op Aevitaal vind je informatie over gezondheid, vitaliteit, inzetbaarheid en weerbaarheid. Heb je klachten, slaap je slecht, wil je gezonder leven of je inzetbaarheid vergroten? Ga naar [Aevitaal](#) en meld je direct aan!



Inhoudsopgave

	pag.
1	Hoe werkt je FLKS Aanvullende Zorgverzekering? 2
2	Wat wordt vergoed? 2
	2.1 Therapieën 2
	2.2 Medische hulp in het buitenland 2
	2.3 Anticonceptie 3
	2.4 Spoedeisende tandheelkundige zorg 3
	2.5 Overige vergoedingen 3
3	Tandarts 3
4	Algemene voorwaarden 4
5	Wat bedoelen we met? 9

1 Hoe werkt je FLKS Aanvullende Zorgverzekering?

Bij FLKS bepaal je zelf welke zorg je wilt verzekeren. Naast de 'verplichte' zorgverzekering kun je ook kiezen voor een aantrekkelijke aanvullende zorgverzekering inclusief tandartsverzekering.

Heb je vragen?

Bel gerust naar 088 - 35 35 777 als je vragen hebt over onze voorwaarden. We zijn elke werkdag van 8.30 tot 17.30 bereikbaar.

2 Wat wordt vergoed?

2.1 Therapieën

Fysiotherapie/Manuele therapie/Oefentherapie(Cesar/Mensendieck) inclusief screening

Wat krijg je vergoed?

- FLKS aanvullende verzekering 9 behandelingen per kalenderjaar

Voorwaarden:

- Je wordt behandeld door een door ons gecontracteerde (kinder-)fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut of geriatrisch fysiotherapeut.
- Als je naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vind je op onze website
- Littekentherapie en oedeemtherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut als je een aandoening hebt die in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering staat.

Toelichting:

- Als je aandoening genoemd is in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering worden de kosten vanaf de 21ste behandeling vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering en de lijst van gecontracteerde zorgverleners kun je vinden op www.FLKS.nl.

2.2 Medische hulp in het buitenland

2.2.1 De Alarmcentrale

Als je tijdelijk in het buitenland verblijft heb je recht op hulp en advies door de Alarmcentrale. Je vindt het telefoonnummer op je zorgpas.

Wat krijg je vergoed?

- FLKS aanvullende verzekering 100%

Voorwaarden:

- Als je zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvang je een nota in de lokale valuta. Wij rekenen het notabedrag om volgens de voorwaarden van de basisverzekering.
- De taal van de nota moet Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans zijn. Als wij het nodig vinden, kunnen wij je vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De kosten van het vertalen vergoeden wij niet.

2.2.2 Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

Dit is zorg die je ontvangt na een ongeval, of als je acuut ziek wordt tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland (de ontvangen zorg is dus niet het doel van je reis). Krijg je vanuit de basisverzekering al een deel van de zorgkosten vergoed? Dan brengen we dat bedrag in mindering op de vergoeding uit de aanvullende verzekering.

Wat krijg je vergoed?

- FLKS aanvullende verzekering 100% voor zorg in de rest van de wereld

Voorwaarden:

- Neem bij spoedeisende hulp in het buitenland altijd contact op met de Alarmcentrale. Je vindt het telefoonnummer op je zorgpas.
- Als je zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvang je een nota in de lokale valuta. Wij rekenen het notabedrag om volgens de voorwaarden van de basisverzekering.
- De taal van de nota moet Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans zijn. Als wij het nodig vinden, kunnen wij je vragen

om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De kosten van het vertalen vergoeden wij niet.

2.2.3 Consulten, geneesmiddelen en vaccinaties voor tijdelijk verblijf in het buitenland

We vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van ziekten bij een (vakantie)reis naar het buitenland.

Wat krijg je vergoed?

- FLKS aanvullende verzekering maximaal € 150 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- De vaccinaties mogen worden gegeven door je huisarts, de GGD en Meditel. Reizigersvaccinaties kunnen ook gegeven worden door PreMeo Thuisvaccinatie.

Lees meer op:

- www.LCR.nl
- www.ggdreisivaccinaties.nl
- www.meditelopreis.nl
- www.thuisvaccinatie.nl

2.3 Anticonceptie

Vergoeding voor anticonceptiepil, pessarium of anticonceptiespiraaltje.

Wat krijg je vergoed?

- FLKS aanvullende verzekering 100% maximaal € 30 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- De vergoeding geldt vanaf 21 jaar. Tot 21 jaar geldt de vergoeding uit de basisverzekering.

2.4 Spoedeisende tandheelkundige zorg bij een ongeval

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder tandheelkundige zorg door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding:

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie directvoorafgaand aan het ongeval. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts. Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
- Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden:

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- a ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- b grove schuld of opzet van de verzekerde;
- c het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
- d deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Wat krijg je vergoed?

- FLKS aanvullende verzekering 100% maximaal € 10.000 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

2.5 Overige vergoedingen

2.5.1 Brillenglazen/lenzen

Wat krijg je vergoed?

- FLKS aanvullende verzekering maximaal € 100 per 3 kalenderjaren

Voorwaarden:

- De vergoedingsperiode begint in het kalenderjaar waarin je de bril/contactlenzen ontvangt.

2.5.2 MammaPrint

De MammaPrint is een diagnostische test die aangeeft hoe agressief een borsttumor is en of chemotherapie na verwijdering van een tumor effectief is.

Wat krijg je vergoed?

- FLKS aanvullende verzekering 100%

Voorwaarden:

- De MammaPrint wordt uitgevoerd door Laboratorium Agendia.
- De aanvraag wordt gedaan door je behandelend medisch specialist.
- Wij vergoeden geen MammaPrint wanneer de oncologische arts de MammaPrint niet medisch noodzakelijk vindt.

Toelichting:

Kijk voor meer informatie over de MammaPrint en Laboratorium Agendia op www.mammaprint.nl.

3 Tandarts

Wat krijg je vergoed?

- FLKS aanvullende verzekering 75% maximaal € 250 per kalenderjaar

Reguliere behandelingen:

- Plaatselijke verdoving (A10)
- (Half)jaarlijkse controle: C-codes
- Gebitsreinigingen: M-codes
- Vullingen: V-codes

Specialistische behandelingen:

- Algehele narcose (A20)
- Verdoving door middel van een roesje: B-codes
- Wortelkanaalbehandelingen: E-codes
- Kaakgewrichtsbehandelingen: G-codes
- Chirurgische ingrepen: H-codes
- Implantaten (bij partiële protheses): J-codes
- Kunstgebitten (partiële protheses) : P-codes
- Kronen en bruggen: R-codes
- Tandvleesbehandelingen (paradontologie): T-codes
- Maken en beoordelen foto's: X-codes

Voorwaarden:

- Je wordt behandeld door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg of mondhygiënist.
- Kaakchirurgische ingrepen uitgevoerd door een kaakchirurg, die niet door de tandarts zelf uitgevoerd worden, vallen niet onder de dekking van de tandartsverzekering, maar onder de zorgverzekering. Hierop is het eigen risico van toepassing.
- Wij vergoeden geen:
 - orthodontie of kosten en behandelingen die daarmee verband houden;
 - behandelingen bij kinderen tot 18 jaar;
 - behandelingen die verband houden met een abonnement bij de tandarts;
 - implantaten in een zeer ernstig geslonken tandloze kaak. Deze kosten vallen onder de basisverzekering en kunnen met je eigen risico worden verrekend.

4 Algemene voorwaarden

4.1 Wanneer vergoeden we niet?

- Als je ons opzettelijk onjuiste informatie hebt gegeven. Bijvoorbeeld bij de aanvang van je verzekering, bij het declareren van een nota of als je een belangrijke wijzigingen niet hebt doorgegeven.
- Als je zorgkosten op basis van een wet, een regeling of een andere (speciale) verzekering al dan niet van ouder datum al worden vergoed. Als dat het geval is, vergoeden we de zorgkosten pas als je niet meer in aanmerking komt voor een andere regeling of verzekering. En we vergoeden dan alleen het bedrag boven de maximale vergoedingen in de andere regelingen of verzekeringen.
- Als je volgens de Wlz recht hebt op een vergoeding.
- Als je consulten, behandelingen, geneesmiddelen of verleende hulpmiddelen voor jezelf voorschrijft of verstrekt. Je mag dit ook niet doen voor een gezinslid, tenzij je hiervoor toestemming hebt van FLKS.
- Als je zorg ontvangt buiten de periode waarin je bij ons verzekerd bent. Wij kijken hierbij naar de behandeldatum op de nota.
- Als je zorgkosten maakt buiten de periode waarin je bij ons verzekerd bent. We kijken hierbij naar de datum van behandeling of verstrekking van het hulpmiddel.

4.2 We vergoeden ook niet:

- De eigen bijdragen voor de Wlz en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken.
- Behandelingen die in strijd zijn met de Wet op Bevolkingsonderzoeken.
- Kosten van:
 - celtherapie;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut;
 - kosten die zijn veroorzaakt of verband houden met molest of atoomkernreacties;

4.3 Wat vergoeden we als je schade hebt door terrorisme?

In je zorgverzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT). Lees hier meer over in de Clausule Terrorismedekking.

4.4 Waar is je verzekering op gebaseerd?

Je verzekering sluiten wij voor je af op basis van de gegevens die je aan ons doorgeeft. Je bent verplicht om alle vragen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor de informatie die je ons geeft over iemand die je wilt mee verzekeren.

4.5 Wanneer begint je aanvullende zorgverzekering?

- De verzekering gaat voorlopig in op de datum dat we je aanvraag hebben ontvangen en gaat definitief in als we je aanvraag hebben geaccepteerd. De ingangsdatum van je polis staat op je polisblad dat je via Mijn FLKS kunt inzien.
- Je hebt 14 dagen bedenktijd zodra je de verzekering afsluit. In die periode kun je, zonder enige verplichting, de verzekering ongedaan maken. Als je dan al premie hebt betaald, betalen wij die aan jou terug.
- Je aanvullende zorgverzekering geldt voor onbepaalde tijd. Je hebt elk jaar tot 31 december de mogelijkheid om je verzekering op te zeggen. Dit gebeurt dan per 1 januari van het volgende jaar.

4.6 Wanneer en hoe kun je de aanvullende zorgverzekering wijzigen?

Je kunt wijzigingen voor je aanvullende zorgverzekering via Mijn FLKS of telefonisch aan ons doorgeven.

Een wijziging van je dekking gaat dan in per 1 januari van het volgende jaar. Sluit deze aanvullende verzekering aan op een andere aanvullende verzekering? Dan wordt bij het bepalen van je vergoeding ook gekeken naar:

- uitkeringen die je hebt gekregen op je vorige aanvullende verzekering;
- de termijn waarop je recht hebt op een vergoeding.

4.7 Kan je een aanvullende verzekering afsluiten als je in het buitenland woont?

De aanvullende verzekering kan door iedereen worden afgesloten die in Nederland belastingplichtig is.

- Als je in Nederland woont, vergoeden we je zorgkosten alleen als je de zorg in Nederland ontvangt bij een in Nederland gevestigde zorgverlener. Als je in Zeeuws Vlaanderen woont of dicht bij de Belgische of Duitse grens (op minder dan 40 kilometer afstand), dan vergoeden we ook de zorgkosten die je hebt gemaakt in België of Duitsland. Als de afstand groter is dan 40 kilometer heb je vooraf onze toestemming nodig.
- Als je in het buitenland woont, vergoeden we alleen de zorgkosten als je de zorg hebt gekregen bij een zorgverlener in je woonland. Uitzonderingen hierop zijn:
 - Fysiotherapie en oefentherapie
 - Medische hulp in het buitenland

Deze zorg krijg je ook in een ander EU-, EER- of verdragsland en wordt dan vergoed op basis van het bedrag wat op dat moment niet te veel afwijkt van de rest van de markt.

4.8 Is je kind jonger dan 18 ook verzekerd?

Een kind jonger dan 18 jaar kan ook kiezen voor de FLKS aanvullende verzekering.

4.9 Wat als je kind 18 wordt?

Zes weken voor de maand waarin je kind 18 jaar wordt, krijgt hij/zij van ons een voorstel. Wordt hier niet op gereageerd, dan berekenen we een premie die overeenkomt met de bestaande aanvullende verzekering. De verzekering gaat dan in op de eerste van de maand nadat je kind 18 jaar wordt.

4.10 Hoe wordt een vergoeding vastgesteld?

- Zorgkosten van de aanvullende verzekeringen krijg je pas vergoed als deze kosten niet door je basisverzekering worden vergoed en als je voldoet aan alle in de artikelen genoemde voorwaarden, tenzij anders aangegeven.
- Kosten die onder het eigen risico van de basisverzekering vallen, worden niet vergoed.
- Voor de vaststelling van de vergoeding kijken wij naar het jaar waarin de eerste behandeling plaatsvond. De periode van vergoeding duurt maximaal een jaar vanaf de eerste behandeling.

4.11 Wat krijg je maximaal vergoed?

Je krijgt zorgkosten vergoed tot maximaal:

- het tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;
- het maximumtarief dat is vastgesteld in de Wet Marktordening Gezondheidszorg;
- of, het bedrag dat past bij de Nederlandse marktomstandigheden. Dit bedrag is hetzelfde als het factuurbedrag van de zorgverlener, tenzij deze onredelijk hoog is.

4.12 Wat als we meer vergoeden?

Hebben we meer vergoed dan we hadden moeten vergoeden? Dan hebben we het recht om het bedrag dat we te veel hebben betaald terug te vorderen.

4.13 Kunnen wij premie en voorwaarden wijzigen?

Ja, we kunnen de premie en voorwaarden van onze verzekering wijzigen. Als we dat doen, dan hoor je dat 1 maand voordat de wijziging ingaat. Ga je niet akkoord met de wijziging? Dan kun je de verzekering binnen 30 dagen opzeggen. Doe je dat niet? Dan zetten we je verzekering voort met de nieuwe voorwaarden en/of premie.

4.14 Hoe betaal je premie?

Voor je aanvullende zorgverzekering bij FLKS betaal je elke maand een premie. Deze premie betaal je per maand vooruit. De premie wordt maandelijks rond dezelfde datum automatisch van je rekening afgeschreven. De hoogte van de premie vind je op het polisblad dat je van ons ontvangt.

4.15 Betaal je niet op tijd?

- 4.15.1** Als je de premie, het (wettelijk) eigen risico, de eigen bijdragen of andere kosten niet op tijd betaalt, sturen wij je een aanmaning. Je krijgt dan veertien dagen extra om de factuur te betalen. Heb je hierna nog steeds niet betaald? Dan kunnen wij de dekking van je verzekering stop zetten. Je dan geen recht op meer op de vergoeding van zorgkosten. Je blijft wel verplicht de factuur te betalen.
- 4.15.2** Als je de premie niet op tijd betaalt kunnen wij je aanvullende verzekering beëindigen. De aanvullende verzekering kan hervat worden als je de openstaande premie hebt betaald. Hiervoor moet je zelf, binnen één maand na betaling, een schriftelijk verzoek bij ons doen. De dekking van de aanvullende verzekering gaat dan weer in vanaf de eerste dag van de maand nadat wij de betaling hebben ontvangen. Komt je verzoek later dan één maand na betaling bij ons binnen? Dan gaat je aanvullende verzekering weer in per 1 januari van het volgende kalenderjaar. De aanvullende verzekering gaat niet automatisch opnieuw in als je hiervoor geen verzoek doet.
- 14.15.3** Wij kunnen administratiekosten, (buiten-)gerechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij je in rekening brengen.
- 14.15.4** Heb je al een aanmaning ontvangen voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen of andere kosten? Dan hoeven wij je niet nogmaals een aanmaning te sturen bij de volgende factuur die je niet op tijd betaalt.
- 14.15.5** Achterstallige premies en andere kosten die jij aan ons moet betalen mogen wij verrekenen met bedragen die wij aan jou moeten betalen, zoals gedeclareerde zorgkosten.
- 14.15.6** Als wij je aanvullende verzekering beëindigen omdat je de premie niet op tijd hebt betaald, hebben wij het recht om voor een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst met je te sluiten.

4.16 **Krijg ik premie terug bij een tussentijdse opzegging?**

Zeg je de verzekering tussentijds op? Dan krijg je de lopende premie naar verhouding terug. Behalve in het geval van fraude. Dan zeggen we je verzekering op.

4.17 **Hoe declareer je een nota?**

Je moet binnen 3 jaar na de behandeldatum de originele nota's van je zorgkosten naar ons opsturen. Deze nota's moeten dan zo worden verstuurd dat we, zonder verdere navraag, kunnen zien welke kosten wij moeten vergoeden.

Zo verstuur je een nota via internet:

- Ga naar www.FLKS.nl;
- Login met de gegevens van je Mijn FLKS;
- Maak een scan van de nota waarop alle gegevens duidelijk in beeld staan;
- Voeg de scan toe in Mijn FLKS;
- Verstuur de nota.

Of:

- Print het 'Declaratieformulier' en vul het in;
- Stuur je declaratie naar:
FLKS Zorgverzekering
T.a.v. Afdeling Declaraties
Postbus 2705
6401 DE Heerlen

Wij mogen de declaraties van de zorgverleners die jou hebben geholpen ook rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. Via Mijn FLKS kun je altijd je declaraties inzien. Bij een rechtstreekse betaling aan de zorgverlener betalen we het volledige bedrag. Dat doen we ook als de declaratie niet in aanmerking komt voor een volledige vergoeding, bijvoorbeeld omdat er nog eigen risico verrekend moet worden. Of omdat er sprake is van een beperkte vergoedingsregeling. We zullen dit eigen risico of het bedrag boven de vergoedingsregeling rechtstreeks met jou verrekenen.

4.18 **Wat moet je doen als iemand anders aansprakelijk is voor jouw zorgkosten (Regres)?**

Je bent verplicht:

- ons op de hoogte te brengen en mee te werken bij het zoeken van verhaal op diegene die aansprakelijk is;
- contact met ons op te nemen voordat je een regeling gaat treffen met de derde, of iemand die namens hem/haar optreedt – daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - over de door hem/haar geleden schade.

Je mag niet zonder onze schriftelijke toestemming met de aansprakelijke derde, iemand die voor of namens de aansprakelijke derde optreedt – daaronder begrepen zijn/haar zorgverzekeraar -, een regeling te treffen, waaronder mede is begrepen het verlenen van kwijting, waardoor onze rechten zouden worden benadeeld.

Als je je geheel of gedeeltelijk niet houdt aan wat er in dit artikel staat, moet je de aan onze kant geleden schade aan ons vergoeden.

Als wij de kosten bij de aansprakelijke derde verhalen, passen we de maximumvergoedingen op de aanvullende verzekering niet ten gunste van jou aan.

4.19 **Hoe gaan we om met je persoonlijke gegevens?**

We gaan fatsoenlijk om met je persoonlijke gegevens. We vragen je alleen om persoonlijke gegevens die nodig zijn om:

- verzekeringen te kunnen afsluiten en te kunnen uitvoeren;
- fraude te voorkomen en te bestrijden.

Als je onze website bezoekt:

- bewaren we je bezoekgegevens en bewaart je browser een cookie. Dat doen we om je steeds relevantere informatie te kunnen aanbieden;
- kun je al jouw persoonlijke gegevens altijd inzien en wijzigen via Mijn FLKS. Je gegevens zijn beveiligd met een wachtwoord. Je bent zelf verantwoordelijk voor het geheim houden van je wachtwoord.

Bescherming persoonsgegevens:

Wij nemen jouw privacy serieus. Jouw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. Persoonsgegevens worden ook gebruikt voor het voorkomen en bestrijden van fraude. Op de registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. Je kunt deze gedragscode inzien op onze website of telefonisch opvragen.

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de aanvullende verzekering(en) te kunnen nakomen;
- jouw Burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht jouw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met jouw zorgaanbieders jouw BSN gebruiken. Dit doen wij volgens de privacywetgeving.

4.20 Hoe vraag je een machtiging aan?

In sommige gevallen moet je een machtiging aanvragen.

Als we een machtiging afgeven dan is deze:

- alleen geldig tijdens de looptijd van de verzekering;
- onder voorbehoud van wijzigingen in wet- en regelgeving.

4.21 Hoe gaan wij om met zorg?

We willen de zorg vergoeden waarvoor je bent verzekerd. Tegelijkertijd willen we de premie zo laag mogelijk voor je houden. Dat bereiken we onder andere door het doen van steekproeven. We kijken dan of de zorg die we hebben vergoed wel de juiste zorg was voor een verzekerde. Alle steekproeven worden uitgevoerd volgens de Zorgverzekeringswet.

4.22 Wat gebeurt er bij detentie?

Je verzekeringen en basisverzekering worden stopgezet in de periode dat je gedetineerd bent. Zodra de detentie eindigt, worden je rechten en plichten weer van kracht. Stuur ons zo snel mogelijk je detentieverklaring en je ontslagbewijs.

4.23 Wanneer kunnen we je aanvullende verzekering beëindigen?

Dit kunnen wij als:

- je premies, eigen bijdragen of andere tegoeden niet op tijd betaalt of weigert te betalen;
- je je mededelingsplicht niet bent nagekomen;
- je hebt geprobeerd ons te misleiden en we met de juiste informatie nooit de aanvullende zorgverzekering met jou hadden afgesloten;
- je verzekering eindigt op de datum die in het opzeggingsbericht staat;
- blijkt dat er sprake is van fraude, oplichting of bedrog. De verzekering eindigt dan op de datum van de dagtekening van de brief waarin we je hierover informeren. Dit kan voor ons reden zijn ook je FLKS basisverzekeringen direct te beëindigen. Ook zullen we aangifte doen bij de politie en je gegevens opnemen in een of meer registers die ook voor andere verzekeraars toegankelijk zijn.

4.24 Wanneer en hoe kun je de verzekering beëindigen?

Als wij je opzegging op of voor 31 december hebben ontvangen dan beëindigen wij je aanvullende verzekering per 1 januari van het volgende jaar.

Zeg je de aanvullende zorgverzekering niet op? Dan wordt je aanvullende zorgverzekering vanzelf met een jaar verlengd.

4.25 Wanneer eindigt je verzekering vanzelf?

De verzekering eindigt vanzelf als:

- je niet meer verzekerd bent op basis van de Wlz (of we moeten schriftelijk een andere overeenkomst hebben gesloten).
- je beroepsmilitair wordt.
- je overlijdt (je nabestaanden moeten ons binnen twee maanden hiervan op de hoogte brengen).

4.26 Welk recht geldt voor deze overeenkomst?

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

4.27 Wat mag je van ons verwachten?

Dat we:

- redelijk zijn;
- respect voor je hebben;
- je vertrouwen;
- de zorg waarvoor je bent verzekerd, willen vergoeden;
- samen met jou zoeken naar een goede oplossing als je zorg nodig hebt.

4.28 Wat verlangen we van jou?

Dat je:

- eerlijk bent;

- respect voor ons hebt;
- al het redelijke doet om schade en zorg te beperken;
- ons binnen 30 dagen op de hoogte brengt van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals een verhuizing, echtscheiding, geboorte en overlijden;
- alle gebeurtenissen die voor ons tot een uitkeringsplicht kunnen leiden, zo snel mogelijk bij ons meldt;
- ons zo snel mogelijk alle informatie geeft die van belang is om onze uitkeringsplicht te beoordelen;
- volledig meewerkt en alles nalaat wat in ons nadeel zou kunnen zijn;
- altijd eerst contact met ons op neemt als je een regeling wilt treffen met een aansprakelijke derde;
- ervoor zorgt dat er elke maand genoeg saldo op je betaalrekening staat, zodat we je premie automatisch kunnen afschrijven.

4.29 Wat als je hier niet aan voldoet?

Dat kan voor ons reden zijn om:

- je recht op uitkering te laten vervallen;
- je een vergoeding te laten betalen voor de door ons geleden schade;
- je aanvullende verzekeringen en basisverzekering tijdelijk stop te zetten of te beëindigen.

4.30 Wat gebeurt er in geval van fraude?

Als je fraude pleegt, vervalt je recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij je terug. Je bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij je persoonsgegevens en de persoonsgegevens van je medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van je persoonsgegevens en de persoonsgegevens van je medeplichtige en medepleger:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie, de NZa en/of iSZW.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat je zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met je te sluiten. Je aanvullende zorgverzekering(en) kunnen ook worden beëindigd. Je kunt in dat geval gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten van EUCARE.

4.31 Wat kun je doen als je een klacht hebt?

Heb je een klacht? Of ben je het niet eens met een beslissing van een FLKS-medewerker? Neem dan eerst contact met ons op, zodat we het kunnen bespreken. Kom je er telefonisch niet uit, dien dan een klacht in via Mijn FLKS. Lossen we je klacht niet op? Dan kun je nog naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.SKGZ.nl. Tel: (088) 353 57 77. Wil je geen gebruik maken van klachtenbemiddeling? Of ben je het niet eens met de uitkomst van de klachtenbemiddeling? Dan kun je naar de bevoegde rechter stappen.

5 Wat bedoelen we met?

Aanvullende zorgverzekering

Een aanvullende zorgverzekering dekt zorg die niet of niet volledig wordt gedekt door de basisverzekering.

Aevitae

De gevolmachtigd agent aan wie door de zorgverzekeraar volmacht, zoals bedoeld in artikel 1.1 van de Wet op het financieel toezicht (Wft), is verleend om zorgverzekeringen te kunnen uitvoeren.

Alternatief genezer

Een in Nederland gevestigde alternatief genezer, op een bepaald gebied algemeen erkend, als zodanig praktiserend en lid van een beroepsvereniging.

Apotheekhoudend huisarts

Een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, op grond van artikel 6 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot uitoefening van de artsenijsbereidkunst en een erkenning heeft als apothekhouder.

Apotheker

Een erkende apotheker die voldoet aan de eisen zoals omschreven in de Wet BIG en als zodanig staat ingeschreven in het register der apothekers.

Basisarts

Een basisarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Bedrijfsarts

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

Bekkentherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur in een instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit subtrajecten en zorgactiviteiten via door de NZa vastgestelde beslisbomen. Voor de vaststelling van de vergoeding wordt de DBC-Zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Een DBC-zorgproduct kent een maximale duur van 120 dagen.

Eigen bijdragen

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar die je gedeeltelijk zelf moet meebetalen. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een percentage van de zorgkosten. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Je kunt zowel een eigen risico als een eigen bijdrage hebben voor je verzekerde zorg.

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, één en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement.

Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten 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 een (zorg) verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

G-standaard

Een databank die op geïntegreerde wijze het voorschrijven, afleveren, bestellen, declareren en vergoeden van zorgproducten ondersteunt. De databank bevat hiervoor relevante gegevens over zorgproducten die in Nederland verkrijgbaar zijn bij apotheken en zorginstellingen.

Gecertificeerd echoscopist

Een echoscopist die is gecertificeerd voor de uitvoering van de combinatietest. Deze echoscopisten staan in het Peridos register. Zie: www.peridos.nl/zoek-zorgverlener.

Gecontracteerde zorg

Die zorg die de zorgaanbieder, op basis van een tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst, mag verlenen dan wel voor vergoeding in aanmerking komt.

Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)

De GGD richt zich vooral op preventie: voorkomen van ziekten en bevorderen van gezond gedrag in een gezonde leefomgeving.

Gemiddeld contractstarief

Het gemiddelde tarief van alle zorgaanbieders waarmee FLKS voor een bepaalde behandeling of verstrekking een prijsafpraak heeft gemaakt.

Geriatrisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als geriatrisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Huidtherapeut

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in

artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, als mede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Kaakchirurg

Een tandarts–specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS).

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Marktconforme vergoeding

Vergoeding naar de Nederlandse marktomstandigheden, welke gelijk is aan het notabedrag tenzij de rekening onredelijk hoog is.

Medisch adviseur

Een arts die ingeschreven is als arts Beleid en Advies in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is bij een zorgverzekeraar.

Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven als medisch specialist in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Meditel

Meditel B.V., Postbus 454, 2800 AL Gouda, telefoon (0900) 202 10 40, fax (0182) 82 00 29.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit.

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Ongeval

Een plotseling en onverwacht, van buitenaf op het lichaam van de verzekerde inwerkend geweld, waaruit rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken, medisch vast te stellen letsel ontstaat.

Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist noodzakelijk moet zijn.

Optometrist

Een in Nederland gevestigde optometrist die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

PreMeo Thuisvaccinatie

PreMeo Thuisvaccinatie is een LCR-erkend landelijk werkend vaccinatiecentrum voor reisvaccinaties aan huis door BIG-geregistreerde artsen.

Psychosomatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als psychosomatisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Psychosomatisch oefentherapeut Cesar en Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar en Mensendieck die staat ingeschreven in het register psychosomatische oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

Spoedeisende zorg

Zorg die vooraf niet kan worden voorzien en het gevolg is van ziekte of ongeval waarbij medische zorg direct noodzakelijk is.

Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Tijdelijk verblijf

Verblijf in het buitenland gedurende maximaal 12 maanden. Bij opname in een ziekenhuis wordt de termijn tijdens de opname verlengd tot maximaal 365 dagen gerekend vanaf de dag van opname.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, niet zijnde lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte, of Zwitserland. Deze staten zijn: 'Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Japan, Kaapverdië, Macedonië, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije'.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verzekeraar

De zorgverzekeraar die als verzekeringsonderneming is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Z-Index

Intermediair op het gebied van zorginformatie over alle zorgproducten die te verkrijgen zijn bij zorgverleners zoals apothekers, artsen, ziekenhuizen etc.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een in Nederland gevestigd centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlandse Astma Centrum Davos.

Zorgverzekering

Een bij een verzekeraar afgesloten zorgverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet.