

# Uw wijzigingen voor 2019

Deze brochure bevat de wijzigingen van de **Alles Verzorgd Polis,**  
**Vrije Keus Polis, Zelf Bewust Polis** en  
**aanvullende (tand)verzekeringen** per 1 januari 2019.

Wij raden u aan deze brochure goed te bewaren.

**DE FRIESLAND**  
**ZORGVERZEKERAAR**



## De wijzigingen per 1 januari 2019 in uw zorgverzekering voor u op een rij

### 1. Wijzigingen in de algemene voorwaarden van uw basisverzekering en aanvullende (tand)verzekering

#### 'Vind uw zorgverlener' wordt 'Zorgzoeker'

In de Zorgzoeker op onze website vindt u gemakkelijk de zorgaanbieders waarmee wij afspraken hebben gemaakt.

#### Premiebetaling

- Vanwege de lage rentestand verlagen wij de kortingen op termijnbetalingen als volgt:
  - de korting op een premiebetaling per kwartaal vervalt;
  - de korting op een betaling per halfjaar gaat van 1% naar 0,75%.
- Als u uw premie per jaar of per halfjaar betaalt, ontvangt u een betalingskorting. Als u de premie echter niet betaalt binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld, dan mogen wij u de premie weer per maand laten betalen. Het gevolg hiervan is dat u geen recht meer heeft op betalingskorting.
- Wanneer u deelneemt aan een collectiviteit die de premie rechtstreeks aan ons betaalt, is alleen vooruitbetaling per maand mogelijk.
- Als u ervoor kiest op een andere manier te betalen dan met een automatische incasso, kunnen wij u daarvoor administratiekosten in rekening brengen.
- Als u de premie niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.
- Moet u nog achterstallige premie aan ons betalen en declareert u schadekosten bij ons die wij aan u moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie met de schadekosten. Wij verrekenen achterstallige premie ook met declaraties uit uw persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging.

#### Wij betalen alleen uit aan de verzekeringnemer

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

#### Betaling aan de zorgaanbieder

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsvoorwaarden recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage, eigen betaling of eigen risico. U moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u geacht ons hiervoor een machtiging te hebben verleend.

## 2. Wijzigingen in de Alles Verzorgd Polis, Vrije Keus Polis en Zelf Bewust Polis

### Openstaand bedrag eigen risico

Heeft u nog een bedrag aan verplicht en/of vrijwillig eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging. Als wij dit bedrag bij u terugvorderen innen wij dit bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) geacht ons hiervoor een machtiging te hebben verleend.

### Eigen bijdrage geneesmiddelen

Sommige geneesmiddelen zijn ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep van onderling vervangbare geneesmiddelen is een vergoedingslimiet vastgesteld. Deze is afgeleid van de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in deze groep. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger, dan betaalt u zelf het verschil als eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage bedraagt vanaf 1 januari 2019 nooit meer dan € 250,- per kalenderjaar. Als uw basisverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekenen wij deze eigen bijdrage als volgt: € 250 x (het aantal dagen van het kalenderjaar waarop de basisverzekering heeft gelopen of zal gaan lopen) gedeeld door 365 = het bedrag van de eigen bijdrage, afgerond op hele euro's.

### Fysio- en oefentherapie

Bij chronisch obstructive pulmonary disease (COPD), vanaf stadium II van de GOLD Classificatie, wordt gesuperviseerde (begeleide) oefentherapie voortaan vanaf de eerste behandeling uit de basisverzekering vergoed. Op hoeveel behandelingen u ten hoogste recht heeft is afhankelijk van de ernst van de aandoening (A t/m D van de GOLD Classificatie) volgens onderstaand schema:

	Klasse A	Klasse B	Klasse C	Klasse D
Maximum aantal behandelingen in de eerste twaalf maanden (het eerste behandeljaar)	5	27	70	70
Maximum aantal behandelingen per twaalf maanden voor de onderhoudsfase (de jaren na het eerste behandeljaar)	0	3	52	52

### Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) (nieuw in de basisverzekering)

#### Inhoud

Dit is een programma van minimaal twee jaar, gericht op het bereiken van een blijvende leefstijlverandering. Het programma bestaat uit een intensieve behandelphase en een onderhoudsfase. Binnen de GLI gaat het om het aanleren van gezond gedrag, op het gebied van voeding, eetpatroon en bewegen. De gedragsverandering is erop gericht de gezonde leefstijl blijvend op te nemen in het dagelijks leven en schenkt ook aandacht aan zaken als stress en onvoldoende slaap. U heeft recht op een GLI als u aan de volgende voorwaarden voldoet:

- U bent 18 jaar of ouder. Uitzondering: u bent 16-18 jaar en heeft volgens uw behandelaar baat bij een GLI voor volwassenen.

- U heeft een matig of sterk verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico. Uw huisarts beoordeelt of u aan deze voorwaarde voldoet.
- U bent voldoende gemotiveerd voor deelname aan het programma. Uw huisarts en de zorgverlener van de GLI beoordelen of u voldoende gemotiveerd bent.

### *Verwijzing*

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts. De huisarts beoordeelt of het deelnemen aan een GLI geschikt is in uw situatie, of u voldoende gemotiveerd bent en welk programma het best passend is voor u.

### *Voorafgaande toestemming*

Als u wilt deelnemen aan een GLI bij een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben, moeten wij hier voorafgaand aan de start van het programma toestemming voor hebben verleend. Op deze manier bent u er zeker van dat de kosten (gedeeltelijk) worden vergoed en dat de zorg aan onze kwaliteitseisen voldoet.

### *Eigen risico*

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

*Voor de volledige tekst van de polisvoorwaarden verwijzen we u naar onze website.*

## **Hulpmiddelenzorg (Reglement Hulpmiddelenzorg 2019)**

- De volgende eigen bijdragen/maximumvergoedingen zijn gewijzigd:
  - Haarwerken (pruiken): maximumvergoeding € 436,- per stuk.
  - Allergeenvrije en orthopedische schoenen: eigen bijdrage tot 16 jaar per paar € 65,50, vanaf 16 jaar per paar € 131,-.
  - Lenzen op specifieke medische indicatie: gebruiksduur langer dan een jaar, eigen bijdrage € 58,50 per lens; gebruiksduur korter dan een jaar, eigen bijdrage € 117,- per kalenderjaar; als slechts één oog gecorrigeerd dient te worden, eigen bijdrage € 58,50 per kalenderjaar.
  - Brillenglazen tot 18 jaar op specifieke medische indicatie: € 58,50 per brillenglas met een maximum van € 117,- per kalenderjaar.
- U moet ook bij een gecontracteerde leverancier altijd toestemming aan De Friesland vragen bij vervanging, wijziging of herstel van het hulpmiddel binnen de minimale gebruiksduur.
- De richtlijn voor de minimale gebruiksduur van een aan- en/of uittrek hulpmiddel van therapeutische elastische kousen is gewijzigd van 28 maanden naar 36 maanden.
- Voor een Ort-O-mate als uittrekmiddel van elastische kousen heeft u voorafgaande toestemming van ons nodig.
- Voor alarmeringsapparatuur heeft u geen voorafgaande toestemming meer van ons nodig als u gebruikmaakt van een gecontracteerde leverancier.
- Voor volledig individueel vervaardigde orthopedische maatschoenen (A-schoen) en semi-orthopedische schoenen met individuele aanpassing (B-schoen) is de richtlijn voor minimale gebruiksduur voor verzekerden vanaf 16 jaar gewijzigd van 15 maanden naar 18 maanden.

## **IVF**

Voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

## **Medisch specialistische revalidatie**

Als u gebruik wilt maken van medisch specialistische revalidatie door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben, moeten wij hier voorafgaand aan de zorg toestemming voor hebben verleend. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg', dat te vinden is op onze website.

## **Mondzorg, voorafgaande toestemming van De Friesland nodig**

- De termijn waarbinnen voorafgaande toestemming nodig is voor vervanging van de gebitsprothese (met uitzondering van de immediaatprothese) is gewijzigd van acht jaar naar vijf jaar.
- Er is geen voorafgaande toestemming meer nodig bij eerste aanschaf of vervanging van de prothese na vijf jaar.
- Als u 18 jaar of ouder bent heeft u voorafgaande toestemming nodig voor de volgende behandelingen:
  - correctie van de kaak in combinatie met het trekken van een of meer tanden of kiezen;
  - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
  - botopbouw voor en/of tijdens een implantologische behandeling (pre- en per-implantologische chirurgie);
  - het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
  - plastische chirurgie;
  - tot de leeftijd van 23 jaar: tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.
- Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben voorafgaande toestemming nodig voor meer dan twee fluoridebehandelingen per jaar. Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek.

## **Paracetamol, vitaminen en mineralen**

Paracetamol, vitaminen en mineralen die ook zonder recept bij de apotheek of drogist te verkrijgen zijn, worden niet langer vergoed uit de basisverzekering. Onze aanvullende verzekeringen bieden hier ook geen dekking voor. U moet deze dus voortaan zelf betalen.

## **Spoedeisende medische zorg**

Zowel in Nederland als in het buitenland krijgt u geen volledige vergoeding meer voor spoedeisende zorg. Wij vergoeden hiervoor niet meer dan het wettelijke (maximum)tarief of, als er geen wettelijk tarief is, het bedrag dat gebruikelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden (het marktconforme tarief).

*Let op: door deze wijziging bent u mogelijk niet meer goed verzekerd voor medische kosten wanneer u tijdelijk in het buitenland verblijft, bijv. op vakantie. Wij adviseren u dit goed te controleren. Onze aanvullende verzekering Budget biedt in aanvulling op de vergoeding uit de*

*basisverzekering een volledige vergoeding voor spoedeisende medische kosten in een EU-, EER- of verdragsland. Onze aanvullende verzekeringen Standaard, Extra en Optimaal bieden hiervoor werelddekking. Of sluit een module 'geneeskundige kosten' af bij uw reisverzekering.*

### **Verloskundige zorg en kraamzorg**

- De vergoeding voor een bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie wordt verhoogd naar maximaal € 215,- per dag voor moeder en kind samen.
- De eigen bijdrage voor kraamzorg wordt verhoogd naar € 4,40 per uur.

### **Verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging)**

- De indicatie voor verpleging en verzorging moet altijd in uw eigen omgeving zijn gesteld.
- Als u verpleging en verzorging wilt ontvangen van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben, moeten wij hier voorafgaand aan de zorg toestemming voor hebben verleend. Het aanvraagformulier kunt u vinden op onze website.

Er is een overgangsregeling van toepassing:

Als u op 31 december 2018 al gebruikmaakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener, dient u voor 1 oktober 2019 uw aanvraag voor toestemming per 1 januari 2020 bij ons in te dienen. Wij zullen u dan uiterlijk 12 november 2019 laten weten of uw zorgverlener voldoet aan de door ons gestelde kwaliteitseisen én uw indicatie en zorgplan aan de door ons gestelde eisen voldoen.

Mocht blijken dat uw zorgverlener en/of de indicatie en het zorgplan niet voldoen, dan komt u vanaf 1 januari 2020 niet meer in aanmerking voor vergoeding van de kosten van zorg door deze zorgverlener. U kunt dan contact opnemen met onze Wachtlijstbemiddeling voor bemiddeling naar een andere zorgverlener die wel voldoet aan onze kwaliteitseisen.

### **Ziekenvervoer per eigen auto, taxi of openbaar vervoer**

- Bij nierdialyses, oncologische behandelingen met chemo-, radio- of immuuntherapie en bij toepassing van de hardheidsclausule heeft u naast het vervoer naar de behandeling ook recht op het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn.
- De eigen bijdrage voor ziekenvervoer per particuliere auto, taxi en openbaar vervoer wordt verhoogd naar € 103,- per kalenderjaar.
- Vervoerskosten van begeleiders vergoeden wij alleen als wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven.
- Toestemming voor ziekenvervoer vraagt u voortaan via de Vervoerslijn, telefoonnummer (058) 291 38 19. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vervoer en op welke vorm.

## **3. Wijzigingen in het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2019**

### **Tarieven**

Wij hanteren in 2019 de volgende maximumtarieven voor formele zorgverleners:

- persoonlijke verzorging pgb € 37,80 per uur (tarief gelijk aan 2018);
- verpleging pgb € 57,- per uur (was € 58,10 in 2018).

## Indicatie

De indicatie op grond waarvan u een pgb aanvraagt moet zijn gesteld in uw eigen omgeving.

## Evaluatie zorgbehoefte

U bent verplicht minstens eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, ontvangt u een nieuwe indicatie en moet u opnieuw een volledige aanvraag indienen.

## Gebruikelijke zorg

In het reglement is verduidelijkt dat gebruikelijke zorg niet vanuit het pgb kan worden vergoed. Hiermee bedoelen wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten (partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont).

## Verrekenen pgb na herindicatie

Als u een nieuwe pgb-aanvraag heeft ingediend omdat een herindicatie is gesteld, herberekenen wij uw pgb over de nieuwe toekenningsperiode op basis van deze nieuwe aanvraag. Er zal geen tussentijdse verrekening meer plaatsvinden.

*Het nieuwe reglement voor 2019 kunt u vinden op onze website.*

## 4. Wijzigingen in de aanvullende verzekeringen Budget, Standaard, Extra en Optimaal

Wijziging per 1-1-2019	Wijziging geldt voor de volgende aanvullende verzekeringen
<b>Wijzigen aanvullende verzekering per 1 januari</b> Wijzigingen in uw aanvullende verzekering per 1 januari mag u als verzekeringnemer doorgeven tot en met 31 januari van het kalenderjaar waarop de wijziging betrekking heeft.	Alle
<b>Wijzigen aanvullende verzekering wanneer verzekerde 18 jaar wordt</b> Wordt uw verzekerde achttien jaar? Dan mag u als verzekeringnemer de aanvullende verzekering van uw verzekerde wijzigen. De wijziging gaat in per de datum waarop uw verzekerde achttien jaar wordt. Wij moeten de wijziging dan wel binnen twee maanden na de achttiende verjaardag hebben ontvangen.	Alle
<b>Toeslag op de premie</b> Er geldt geen toeslag van 50% op de premie meer als een aanvullende verzekering niet in combinatie met een basisverzekering van De Friesland is afgesloten.	<ul style="list-style-type: none"><li>• AV Budget</li><li>• AV Standaard</li><li>• AV Extra</li><li>• AV Optimaal</li></ul>

<p><b>Alternatieve geneeswijzen/therapieën</b> Neuromusculaire (triggerpoint)behandelingen vergoeden wij niet meer onder alternatieve geneeswijzen/therapieën. Wij vergoeden deze behandelingen wel als onderdeel van een fysiotherapeutische behandeling, uitgevoerd door een fysiotherapeut die aan onze kwaliteitseisen voldoet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AV Standaard</li> <li>• AV Extra</li> <li>• AV Optimaal</li> <li>• AV BOVAG Standaard</li> <li>• AV BOVAG Extra</li> <li>• AV BOVAG Optimaal</li> </ul>
<p><b>Anticonceptiva</b> Voor de volgende anticonceptiva geldt vanaf 1-1-2019 net als voor andere anticonceptiva een volledige vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vaginale ring;</li> <li>- hormonale pleisters.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AV Budget</li> <li>• AV Standaard</li> <li>• AV Extra</li> <li>• AV Optimaal</li> <li>• AV BOVAG Budget</li> <li>• AV BOVAG Standaard</li> <li>• AV BOVAG Extra</li> <li>• AV BOVAG Optimaal</li> </ul>
<p><b>Beweegprogramma overgewicht</b> Dit beweegprogramma wordt niet meer vergoed. U kunt uw huisarts vragen of u in aanmerking komt voor de gecombineerde leefstijl-interventie (GLI) die in de basisverzekering is opgenomen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AV Standaard</li> <li>• AV Extra</li> <li>• AV Optimaal</li> <li>• AV BOVAG Standaard</li> <li>• AV BOVAG Extra</li> <li>• AV BOVAG Optimaal</li> </ul>
<p><b>Brillen/lenzen</b> Het voorschrift mag ook afkomstig zijn van een optometrist.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AV Standaard</li> <li>• AV Extra</li> <li>• AV Optimaal</li> <li>• AV BOVAG Standaard</li> <li>• AV BOVAG Extra</li> <li>• AV BOVAG Optimaal</li> </ul>
<p><b>Cursussen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De cursus In Balans mag ook worden gegeven door door een aanbieder van In Balans vermeld op veiligheid.nl.</li> <li>• De online cursussen van thuisgezond.nl zijn vervallen, omdat deze niet meer worden aangeboden door thuisgezond.nl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AV Standaard</li> <li>• AV Extra</li> <li>• AV Optimaal</li> <li>• AV BOVAG Standaard</li> <li>• AV BOVAG Extra</li> <li>• AV BOVAG Optimaal</li> </ul>
<p><b>Reisverzekering</b> De dekking 'reisverzekering voor max. 21 dagen' vervalt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AV Optimaal</li> <li>• AV BOVAG Optimaal</li> </ul>
<p><b>Vitamines bij nierinsufficiëntie</b> De vergoeding van vitamines bij nierinsufficiëntie vervalt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AV Extra</li> <li>• AV Optimaal</li> <li>• AV BOVAG Extra</li> <li>• AV BOVAG Optimaal</li> </ul>

## 5. Wijzigingen in de aanvullende verzekeringen Tand Standaard, Tand Extra en Tand Optimaal

Wijziging per 1-1-2019	Wijziging geldt voor de volgende aanvullende tandverzekeringen
<b>Wijzigen aanvullende verzekering per 1 januari</b> Wijzigingen in uw aanvullende verzekering per 1 januari mag u als verzekeringnemer doorgeven tot en met 31 januari van het kalenderjaar waarop de wijziging betrekking heeft.	Alle
<b>Beëindigen bij opname in Wlz-instelling</b> Wij beëindigen de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op die waarin u de verzekering opzegt wegens verblijf in een Wlz-instelling met een indicatie voor behandeling.	Alle
<b>Toeslag op de premie</b> Er geldt geen toeslag van 50% op de premie meer als een aanvullende verzekering niet in combinatie met een basisverzekering van De Friesland is afgesloten.	Alle
<b>Leeftijdsafhankelijke premie</b> De hoogte van de premie is niet meer afhankelijk van de leeftijd. Voor verzekerden van 18-22 jaar geldt dezelfde premie als voor verzekerden vanaf 22 jaar.	Alle

### Lees hier de andere belangrijke informatie voor 2019

#### Kent u Dokter Appke al?

Dokter Appke is een nieuwe service voor onze klanten. App uw gezondheidsvraag naar het team van Medicinfo via Dokter Appke. Een foto meesturen kan ook. Eén van de medisch verpleegkundigen geeft u snel én deskundig antwoord. De gegevens die u deelt zijn anoniem en alleen inzichtelijk voor Medicinfo. Dokter Appke is de hele week bereikbaar. Op maandag tot en met vrijdag van 7.00 tot 23.00 uur. In het weekend en op feestdagen van 9.00 tot 21.00 uur. U download Dokter Appke vanaf 10 november via de officiële stores voor Android of iOS.

#### Het gespreid betalen van het verplicht eigen risico en eigen bijdrage wordt uitgebreider

- ✓ U kunt zelf de hoogte van uw termijnen bepalen. Vanaf 1 december 2018 kunt u uw keuze doorgeven via mijn.defriesland.nl.
- ✓ Neemt u al deel aan het achteraf gespreid betalen? Uw termijnbedrag daalt van € 77,- naar € 75,-.
- ✓ U kunt de regeling naast het verplicht eigen risico, ook inzetten voor een eventuele eigen bijdrage die wij in rekening brengen.

### **Uw persoonlijke omgeving wordt vernieuwd**

- ✓ U kunt in uw persoonlijke omgeving zelf kiezen wanneer uw premie wordt afgeschreven. U heeft keuze uit vijf incassomomenten: de 1<sup>ste</sup>, 15<sup>e</sup>, 21<sup>e</sup>, 24<sup>e</sup> of 27<sup>e</sup> van de maand. Betaalt u al automatisch en geeft u niets door? Dan schrijven wij de premie maandelijks rond de 27<sup>e</sup> af.
- ✓ Heeft u binnenkort gezinsuitbreiding of wilt u een ander gezinslid aanmelden? Dan kan dit via uw persoonlijke omgeving.
- ✓ Wilt u uitstel van betaling? U kunt zelf online vanaf 8 december een betalingsregeling treffen. Voor al uw zorgkosten kunt u een betalingsregeling treffen.
- ✓ Bezoek vanaf 13 november [mijn.defriesland.nl](http://mijn.defriesland.nl) en regel het. Wel zo makkelijk!

### **De Friesland App wordt vernieuwd**

In De Friesland App is het nog makkelijker geworden om uw nota te declareren, uw eigen risico te bekijken of de dekking van uw zorgverzekering in te zien. Benieuwd naar de wijzigingen? Download vanaf 13 november de nieuwe app in slechts twee stappen: download de app via de officiële stores voor Android of iOS en log in met uw DigiD en een extra controle via sms. U hoeft maar één keer in te loggen met uw DigiD en sms. Daarna logt u altijd eenvoudig in met een zelfgekozen toegangscode.

### **De korting bij vooruitbetaling verandert in 2019**

De kortingen voor vooruitbetaling veranderen in 2019. De korting voor vooruitbetalen per kwartaal vervalt, de korting per halfjaar wordt 0,75% en de korting per jaar 2%. Betaalt u uw premie al per halfjaar of jaar? Dan vindt u uw korting ook op uw polisblad. Uw nieuwe polisblad staat uiterlijk 19 november 2018 voor u klaar in [mijn.defriesland.nl](http://mijn.defriesland.nl). Maakt u nog geen gebruik van de korting en wilt u uw premie per halfjaar of jaar gaan betalen? Neem dan contact met ons op. Wij regelen het voor u.

### **Bent u bekend met onze zorgverzekeringskaarten?**

Zorgverzekeringskaarten geven overzichten van onze basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen met daarop de belangrijkste kenmerken van de verzekering. U vindt de zorgverzekeringskaarten op [www.defriesland.nl/informatiedocument](http://www.defriesland.nl/informatiedocument). U kunt ze ook telefonisch opvragen via (058) 291 31 31.

### **Benieuwd welke persoonsgegevens wij van u verwerken?**

Ons Privacy Statement vindt u op [www.defriesland.nl/privacy](http://www.defriesland.nl/privacy). U leest hier ook waarom wij uw gegevens nodig hebben en wat wij ermee doen. Bent u het er niet mee eens dat wij uw gegevens gebruiken? U leest daar ook welke rechten u heeft en wat u kunt doen.

### **Informatie over het variabele beloningsbeleid**

Wij informeren u over eventuele vergoedingen die onze medewerkers krijgen als u een product afsluit:

- ✓ Onze medewerkers krijgen geen extra geld of een andere beloning als zij een bepaald aantal verzekeringen afsluiten of een bepaald doel bereiken.
- ✓ Onze medewerkers krijgen af en toe een aardigheidje bij een actie die De Friesland organiseert.
- ✓ Onze medewerkers doen hun werk voor u en andere klanten.
- ✓ De Friesland verkoopt alleen producten en diensten die onze klanten wensen en nuttig vinden.

De volledige tekst van alle polisvoorwaarden vindt u op onze website [www.defriesland.nl](http://www.defriesland.nl)

**DE FRIESLAND**  
**ZORGVERZEKERAAR**