

Expat Pakket Collectief Ziektekosten

Aanvullende Voorwaarden Versie 4.0

Belangrijk

De Aanvullende Voorwaarden Ziektekosten vormen één geheel met de Algemene Voorwaarden van het Expat Pakket Collectief.

De Algemene Voorwaarden zijn op het hele pakket van toepassing. In deze Aanvullende Voorwaarden vindt u de voorwaarden die speciaal voor de Ziektekostenverzekering gelden. U ziet op uw polisblad welke verzekeringen u heeft afgesloten. Als er Bijzondere Voorwaarden voor u van toepassing zijn, vindt u deze op uw polisblad.

Wij zijn...

Geert Bouwmeester was pas 22 toen hij in 1924 voor zichzelf begon. Een overloop werd ingericht als kantoorruimte en de eerste polissen werden op de fiets rondgebracht. Sindsdien is ons bedrijf enorm gegroeid en is er veel veranderd. Maar ondanks deze groei zijn wij nog steeds een onafhankelijk familiebedrijf en werken we nog steeds vanuit ons ondernemershart.

Verzekeringen voor ondernemers

Wij richten ons vooral op verzekeringen voor ondernemers. Mannen en vrouwen die hard werken aan het succes van hun bedrijf. Die op zoek zijn naar zekerheid en gemak. En naar goede en praktische verzekeringsoplossingen, voor elke fase van hun ondernemerschap.

Onafhankelijke adviseurs

Onze samenleving wordt steeds ingewikkelder. Particulieren en ondernemers hebben behoefte aan iemand die hen kent en een advies geeft dat helemaal is afgestemd op hun persoonlijke situatie, wensen en mogelijkheden. Daarom werken wij nauw samen met onafhankelijke adviseurs, die als geen ander in staat zijn om de juiste oplossing samen te stellen.

Wat vindt u waar?

Artikel 1	Wat houdt de Ziektekostenverzekering in?	4
1.1	Wat is wel verzekerd?	4
1.2	Wat is niet verzekerd?	5
1.3	Waar geldt de verzekering?	5
1.4	Medische noodzakelijke zorg	6
1.5	Verplichting om mee te werken aan terugkeer naar land binnen de regio	6
1.6	Welke premie betaalt u?	6
1.7	Welke verplichtingen gelden voor u en de verzekerde(n)?	6
1.8	Aan wie betalen wij de vergoeding?	7
1.9	Wanneer is er geen dekking in Nederland?	7
Artikel 2	Op welke vergoeding heeft de verzekerde recht?	8
2.1	Ziekenhuis	8
2.2	Specialistische en poliklinische behandeling	8
2.3	Behandeling door een huisarts	9
2.4	Ziekenvervoer	9
2.5	Zwangerschap en bevalling	9
2.6	Borstcorrectie	11
2.7	Niet-klinische revalidatie	11
2.8	Klinische revalidatie	11
2.9	Kaakchirurgische behandeling	12
2.10	Tandheelkundige hulp na een ongeval	12
2.11	Geneesmiddelen en dieetpreparaten	12
2.12	Preventieve jeugdzorg	13
2.13	Reisvaccinaties	14
2.14	Orgaantransplantatie als de verzekerde de ontvanger is	14
2.15	Hulpmiddelen	15
2.16	Psychologische of psychiatrische zorg	16
2.17	Paramedische behandelingen	16
2.18	Nierdialyse	18
2.19	Cosmetische behandelingen	19
2.20	Bijzondere vergoedingen	19
2.21	Thuisverpleging	20

Artikel 3	Op welke vergoeding heeft de verzekerde nog meer recht bij de Excellentdekking?	21
3.1	Zwangerschap en bevalling	21
3.2	Geneeskundig onderzoek	23
3.3	Borstamputatie	24
3.4	Voorbehoedsmiddelen	24
3.5	Behandeling door een alternatief genezer of therapeut	24
3.6	Homeopatische geneesmiddelen	24
3.7	Ogen en gehoor	25
3.8	Overvliegen van bloed	26
3.9	Logopedie	26
3.10	Psychologische of psychiatrische zorg	26

Artikel 4	Op welke vergoeding heeft de verzekerde recht bij SOS-hulpverlening?	27
4.1	Toestemming	27
4.2	Medische kosten	27
4.3	Bij medische evacuatie	28
4.4	Overlijden	29
4.5	Extra reiskosten en verblijfkosten bij eerdere terugkeer van een verzekerde	30
4.6	Kosten van opsporing, redding en berging	30
4.7	Wat is niet verzekerd binnen de dekking SOS-hulpverlening?	30

Begrippenlijst **31**

Ziet u in de voorwaarden een woord onderstreept staan? Dan vindt u een toelichting in de begrippenlijst. De eerste keer dat het woord voorkomt in de tekst, hebben wij dit onderstreept.

Artikel 1

Wat houdt de Ziektelostenverzekering in?

In dit artikel leest u wat wel en niet verzekerd is binnen de Ziektelostenverzekering. Ook leest u hoe uw premie voor deze verzekering is opgebouwd.

1.1 Wat is wel verzekerd?

1.1.1 De verzekerde is verzekerd voor medisch noodzakelijke kosten

Medisch noodzakelijke kosten komen door een ongeval, ziekte of zwangerschap. De kosten moeten in overeenstemming zijn met de behandeling die een arts heeft bepaald. Het gaat om kosten die redelijk en gebruikelijk zijn. De verzekerde is ook verzekerd voor sommige bijkomende kosten.

1.1.2 De verzekerde is verzekerd voor SOS-hulpverlening

De verzekerde kan ook een beroep doen op een pakket SOS-hulpverleningsdiensten zoals deze vermeld staan in artikel 4 van deze voorwaarden.

1.1.3 Elke verzekerde heeft een maximaal verzekerd bedrag per verzekeringsjaar

Elke verzekerde heeft een maximaal verzekerd bedrag per verzekeringsjaar. Er geldt een maximaal verzekerd bedrag per verzekerde per verzekeringsjaar. Voor de Optimaaldekking geldt een bedrag van maximaal € 1.500.000,-. Voor de Excellentdekking geldt een bedrag van maximaal € 3.000.000,-. In regio C en D (zie artikel 1.3.1) geldt voor kinderen die geboren zijn nadat de verzekering is ingegaan een lager maximaal verzekerd bedrag voor aangeboren afwijkingen van € 1.000.000,- per ziektegeval.

1.1.4 Aanvullend verzekerd op een Nederlandse basisverzekering

Houdt een verzekerde een Nederlandse basisverzekering? Dan kunt u deze ziektekostenverzekering aanvullend op de Nederlandse basisverzekering afsluiten, u ziet dit dan ook op uw polisblad staan. Wij vergoeden dan alleen kosten buiten Nederland die de Nederlandse basisverzekering niet vergoedt. Deze kosten moeten natuurlijk wel onder de gekozen dekking van deze verzekering verzekerd zijn.

Let op! Het is belangrijk dat u uw adviseur of ons informeert zodra een verzekerde zijn Nederlandse basisverzekering beëindigt.

1.1.5 De verzekerde is bij definitieve terugkeer tijdens de wachttijd verzekerd voor kosten

Keert de verzekerde definitief terug naar Nederland en heeft die geen Nederlandse basisverzekering? Dan kan hij aanspraak maken op de Wet langdurige zorg. Maar soms is daarvoor een wachttijd. Wij vergoeden kosten tijdens die eventuele wachttijd. Het gaat om kosten die volgens de gekozen dekking voor vergoeding in aanmerking komen. Wij vergoeden tot maximaal 12 maanden na de definitieve terugkeer in Nederland.

1.1.6 *Geboorte kind*

Kinderen die tijdens de looptijd van de verzekering geboren worden, zijn vanaf de dag van geboorte verzekerd, op voorwaarde dat het kind binnen één maand na de geboorte bij ons is aangemeld. Er geldt dan het volgende.

- De dekking van de verzekerde ouder geldt ook voor het kind. Het kind accepteren we zonder gezondheidswaarborgen.
- Krijgt een kind borstvoeding? En moet de verzekerde moeder in het ziekenhuis blijven? Dan vergoeden we ook de kosten voor het kind. Net zolang als we de verpleegkosten van de moeder vergoeden.

1.2 *Wat is niet verzekerd?*

Wij bieden een ruime dekking. Toch kunnen wij niet alles dekken. Naast de uitsluitingen in de Algemene Voorwaarden zijn er voor de Ziektekostenverzekering de volgende uitsluitingen.

1.2.1 *De verzekerde is niet verzekerd voor een bestaande medische conditie*

De verzekerde krijgt geen vergoeding voor kosten die te maken hebben met een bestaande medische conditie als:

- we de verzekerde voor acceptatie gevraagd hebben om een gezondheidsverklaring in te vullen; en
- de verzekerde op dat moment een ziekte of afwijking had; en
- de verzekerde wist van deze ziekte of afwijking, of al klachten had door deze ziekte of afwijking; en
- we de bestaande medische conditie niet hebben geaccepteerd.

1.2.2 *Een verzekerde die in de V.S. woont, krijgt soms slechts een gedeeltelijke vergoeding voor een behandeling in de V.S.*

Een verzekerde die in de V.S. woont, krijgt voor een behandeling in de V.S. 80% van de reguliere vergoeding als:

- hij geen gebruik maakt van het netwerk van GMMI terwijl hij hiertoe wel in staat was; en
- het gaat om een behandeling beschreven in de artikelen 2.1, 2.2, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.13, 2.17, 2.18, 3.1, 3.2, 3.3, 3.7 en 3.10.

Laat hij de behandeling wel via GMMI uitvoeren? Of gaat het om een andere behandeling? Dan heeft hij recht op de reguliere vergoeding zoals vermeld in het betreffende artikel en op het dekkingsoverzicht.

Op www.gmmi.com staat met welke ziekenhuizen en artsen GMMI samenwerkt. GMMI is 24 uur per dag bereikbaar op nummer 001 800 694 9832.

Woont de verzekerde niet in de V.S.? En moet hij wel gebruikmaken van medische zorg in de V.S.? Dan is niet dit artikel van toepassing maar artikel 1.3.2.

1.3 *Waar geldt de verzekering?*

1.3.1 *De verzekerde is alleen verzekerd in de regio die u kiest*

U kiest voor een dekking in één van de volgende geografische regio's.

Regio A: Europa

Regio B: Wereld exclusief Canada, China, Hong Kong, Japan, Singapore, Verenigde Arabische Emiraten en de V.S.

- Regio C: Canada, China, Hong Kong, Japan, Singapore en de Verenigde Arabische Emiraten (inclusief regio's A en B)
Regio D: V.S. (inclusief regio's A, B en C)

De dekking geldt alleen in de gekozen regio. De geografische regio staat vermeld op het dekkingsoverzicht.

1.3.2 Medische kosten tijdens verblijf buiten de verzekerde regio

Heeft u uw pakket afgesloten voor regio A, B of C (zie artikel 1.3.1)? Dan leest u in dit artikel waarvoor de verzekerde bij tijdelijk verblijf in een land buiten deze regio is verzekerd.

1.4 Medische noodzakelijke zorg

Wij vergoeden alleen de kosten voor medische noodzakelijke zorg bij een verblijf buiten de regio, als deze zorg niet kan wachten tot het moment waarop de verzekerde volgens plan weer zou terugkeren. Dit zijn kosten die voortkomen uit een ongeval, ziekte of zwangerschap. De noodzaak voor de medische zorg moet tijdens uw reis zijn ontstaan en mag niet te voorzien zijn geweest toen u op reis ging. De kosten moeten in overeenstemming zijn met de behandeling die een arts heeft bepaald. Het gaat om kosten die redelijk en gebruikelijk zijn.

1.5 Verplichting om mee te werken aan terugkeer naar land binnen de regio

Wij kunnen bepalen dat na de eerste noodzakelijke zorg de verdere behandeling binnen de regio moet worden uitgevoerd. Wij betalen dan de kosten voor vervoer naar het ziekenhuis in de regio. Als de verzekerde jonger is dan 21 jaar vergoeden wij ook de kosten voor een begeleider.

1.6 Welke premie betaalt u?

1.6.1 U betaalt een leeftijdsafhankelijke premie

U betaalt een leeftijdsafhankelijke premie. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar geldt een kindpremie. Wordt een verzekerde 18 jaar? Dan betaalt u vanaf het volgende verzekeringsjaar de premie voor volwassenen. Deze nieuwe premie is geen premieverhoging en is dus geen geldige reden om de Ziektekostenverzekering op te zeggen. Meer informatie hierover leest u in artikel 2.6 van de Algemene Voorwaarden. De leeftijdsafhankelijke premies vindt u op het verzekerdenoverzicht dat u bij uw polis ontvangt.

1.6.2 De premie kan veranderen als de regio verandert

Verandert het land van verblijf van uw werknemer? Dan kan het gebeuren dat het land in een andere regio valt. Het is dan belangrijk dat u ons hierover informeert. In dat geval berekenen we een nieuwe premie die ingaat op de datum van de verandering. Wij vragen bij een verandering van de regio geen aanvullende gezondheidswaarborgen.

1.7 Welke verplichtingen gelden voor u en de verzekerde(n)?

1.7.1 Informatieplicht van u en verzekerde(n)

U of een verzekerde informeert De Goudse Alarmcentrale vooraf zo snel mogelijk als een verzekerde wordt opgenomen in een ziekenhuis. Is er sprake van een spoedopname in een ziekenhuis? Dan moet u of een verzekerde dit binnen 48 uur aan De Goudse Alarmcentrale melden.

1.7.2 *Verplichtingen van verzekerde(n)*

Een verzekerde is verplicht om:

- een verwijzing van een arts of specialist te laten zien wanneer wij daarom vragen en dit een voorwaarde is voor de vergoeding van een behandeling. Let op: in deze voorwaarden staat bij de behandeling vermeld of er een verwijzing nodig is;
- ons of De Goudse Alarmcentrale vooraf om toestemming te vragen als dat een voorwaarde is voor de vergoeding van een behandeling of kosten. Let op: in deze voorwaarden staat bij de behandeling vermeld of wij vooraf toestemming moeten geven;
- een gespecificeerde nota aan ons te tonen waaruit wij kunnen opmaken welke vergoeding wij moeten uitkeren;
- medewerking te verlenen wanneer wij daarom vragen. Dit kan bijvoorbeeld zijn het verstrekken van informatie wanneer onze geneeskundig adviseur of andere medewerkers daarom vragen;
- mee te werken aan een geneeskundig onderzoek of een medische observatie in een ziekenhuis wanneer wij dat noodzakelijk vinden. De kosten hiervan zijn voor onze rekening.

1.7.3 *Verplichtingen van verzekeringnemer*

U moet uw volle medewerking verlenen bij het nakomen van de verplichtingen uit artikel 1.6.1.

1.7.4 *Wat gebeurt er als u of een verzekerde zich niet aan een verplichting houdt?*

Als u of een verzekerde de verplichtingen uit artikel 1.6.1 of 1.6.2 niet nakomt, kan het recht op vergoeding vervallen; zie artikel 3.1.2 van de Algemene Voorwaarden Expat Pakket Collectief.

1.8 *Aan wie betalen wij de vergoeding?*

Wij betalen de vergoeding aan de verzekerde als hij de kosten heeft betaald. Heeft u de kosten van de behandeling voorgeschoten, dan betalen wij de vergoeding aan u. Kosten die u maakt die verband houden met ziekenhuisopname worden door De Goudse Alarmcentrale zo veel mogelijk rechtstreeks aan het ziekenhuis betaald.

1.9 *Wanneer is er geen dekking in Nederland?*

Er is geen dekking in Nederland als de verzekerde een verzekeringsplicht heeft voor de Nederlandse basisverzekering volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw), of een andere wettelijke bepaling.

Artikel 2

Op welke vergoeding heeft de verzekerde recht?

In dit artikel leest u per behandeling wat we vergoeden. De behandelingen hieronder zijn verzekerd als u de Optimaaldekking heeft en ook als u de Excellentdekking heeft. In Artikel 3 leest u welke behandelingen nog meer verzekerd zijn als u de Excellentdekking heeft. En u leest daar welke voorwaarden eventueel gelden bij de vergoeding. Ook zijn we duidelijk over wat we niet vergoeden. Soms zijn er namelijk uitzonderingen op de vergoedingen. Let op! Als u in de V.S. woont, lees dan eerst artikel 1.2.2.

2.1 Ziekenhuis

2.1.1 Opname

Opname

Wat vergoeden we?

U krijgt een vergoeding voor de kosten van een ziekenhuisopname voor maximaal 365 dagen per ziektegeval. We vergoeden de volgende kosten:

- Verpleegkosten.
 - Bij de Optimaaldekking vergoeden we de verpleging volgens opname in een standaard ziekenhuiskamer. Als er geen standaard kamer beschikbaar is, vergoeden we:
 - in een publiek ziekenhuis 100% van de kosten van een standaard éénpersoonskamer;
 - in een privékliniek 80% van de kosten voor een standaard éénpersoonskamer.
 - Bij de Excellentdekking vergoeden we de verpleging volgens opname in een standaard éénpersoonskamer.
- Kosten van de specialistische behandeling.
- Bijkomende medische kosten, bijvoorbeeld voor onderzoeken en medicijnen.

2.1.2 Dagverpleging

Wat vergoeden we?

- Kosten voor verpleging in bed.
- Bijkomende kosten.
- Arbeidsloon van de specialist.

2.2 Specialistische en poliklinische behandeling

2.2.1 Specialistische behandeling

Wat vergoeden wij?

- Arbeidsloon van de specialist voor de behandeling die hij de verzekerde heeft gegeven.
- Bijkomende kosten.

2.2.2 Poliklinische behandeling

Wat vergoeden wij?

- Arbeidsloon van de specialist voor de behandeling die hij de verzekerde heeft gegeven.
- Bijkomende kosten.
- Kosten van laboratoriumonderzoek.

2.3 Behandeling door een huisarts

Wat vergoeden we?

- Arbeidsloon van de huisarts voor consulten en visites voor geneeskundige behandeling.
- Als de onderstaande kosten niet binnen het consulttarief vallen, vergoeden we die ook.
- Kosten van laboratorium- en röntgenonderzoeken.
 - Elektrocardiogram.
 - Kleine chirurgische ingrepen.

2.4 Ziekenvervoer

Ziekenvervoer is vervoer per ambulance-auto van en naar een ziekenhuis. Het vervoer is medisch noodzakelijk.

Wat vergoeden we?

- Kosten van ziekenvervoer naar het ziekenhuis dat het dichtst in de buurt is.
- Een maximale vergoeding per keer. De maximale vergoeding staat op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- We vergoeden alleen de kosten van het vervoer als er sprake is van een medische behandeling die (geheel of gedeeltelijk) door De Goudse wordt vergoed.
- Is er regelmatig ziekenvervoer nodig? Dan is er voorafgaand toestemming nodig.

2.5 Zwangerschap en bevalling

2.5.1 Bevalling

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden alle kosten van de bevalling. Bijvoorbeeld voor het gebruik van een polikliniek of ziekenhuis, het arbeidsloon van de verloskundige of arts en de bijkomende kosten voor moeder en kind. Het verblijf in het ziekenhuis na de bevalling vergoeden wij voor de moeder en het kind tot 48 uur. Een langer verblijf vergoeden we alleen als dit medisch noodzakelijk is, bijvoorbeeld bij een keizersnede.

Beperkte vergoeding tijdens eerste negen maanden

Tijdens de eerste negen maanden na de ingangsdatum van deze verzekering vergoeden wij niet meer dan een bepaald maximumbedrag. Dit staat op het dekkingsoverzicht. Dit geldt ook tijdens de eerste negen maanden na eventuele omzetting van Optimaal naar Excellentdekking. Deze beperking geldt niet voor complicaties tijdens de zwangerschap waarvoor de verzekerde moet worden opgenomen en niet voor de extra kosten die gemaakt worden bij een medisch noodzakelijke keizersnede.

Tijdens de eerste negen maanden van de verzekering is er alleen dekking als:

- de zwangere vrouw direct voorafgaand aan de ingangsdatum minimaal een jaar ingeschreven heeft gestaan in de Basisregistratie Personen in Nederland; en
- de partner en eventuele kinderen dezelfde ziektekostenvariant hebben verzekerd als de zwangere vrouw.

Wat zijn de voorwaarden?

Als de verzekerde zwanger is, neemt ze voordat de eerste echo plaatsvindt contact op met de alarmcentrale. Is de verzekerde al zwanger voor de ingangsdatum van de verzekering? Dan neemt de verzekerde contact op met de alarmcentrale voordat zij vertrekt.

Aanvullende voorwaarden bij bevalling in de Verenigde Staten

Voor een bevalling in de Verenigde Staten geldt het volgende.

- Vindt de bevalling plaats binnen een jaar na de ingangsdatum van uw verzekering? Dan vergoeden wij, net als bij een bevalling in een ander land, niet meer dan het maximum dat op het dekkingsoverzicht staat (zie hierboven onder 'Wat vergoeden we?').
 - Vindt uw bevalling later plaats? Dan vergoeden wij de kosten voor 100% als u aan de volgende twee voorwaarden heeft voldaan. Deze voorwaarden gelden zowel voor een reguliere bevalling als een bevalling met complicaties.
1. U heeft uiterlijk tien weken voor de uitgerekende bevallingsdatum aan GMMI toestemming gevraagd om te bevallen in het ziekenhuis van uw keuze.
 2. U heeft daarna van GMMI toestemming gekregen om te bevallen in het ziekenhuis van uw keuze. Krijgt u geen toestemming dan biedt GMMI u een alternatief.

2.5.2 Verloskundige en controles (tijdens zwangerschap)

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor hulp van de verloskundige en voor de volgende controle-echo's.

- Vroege echo (6 a 7 weken);
- Termijn echo (10 a 12 weken);
- Structureel echoscopisch onderzoek (20-weeken echo);
- Groei echo (circa 30 weken);

Als er op medische indicatie extra controle-echo's nodig zijn of er in het land van verblijf standaard extra controle-echo's worden gedaan, dan worden die ook vergoed als u de verwijzing bij ons indient.

2.5.3 Prenatale screening

Wat vergoeden we?

We vergoeden tot de maximale vergoeding zoals die op het dekkingsoverzicht staat vermeld voor de volgende onderzoeken:

- Combinatietest
- Vruchtwaterpunctie
- Vlokkentest
- NIPT

Is het onderzoek nodig omdat er een medische indicatie is? Dan vergoeden we de kostprijs.

Wat zijn de voorwaarden?

De screening wordt uitgevoerd in een door de overheid erkende instelling.

2.5.4 Kraamzorg

Wat vergoeden we?

100% van de gemaakte kosten voor kraamzorg tot de maximale vergoeding volgens het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- De kraamzorg begint aansluitend op de bevalling.
- Is de verzekerde opgenomen in het ziekenhuis na de bevalling? Dan gaat er € 125,- per dag af van de maximale vergoeding voor elke dag dat de verzekerde na de bevalling in het ziekenhuis is opgenomen. De verzekerde houdt wel altijd recht op minimaal 2 dagen kraamzorg thuis te beginnen bij aankomst thuis. Na een keizersnede is er altijd recht op minimaal vijf dagen kraamzorg na thuiskomst..

2.5.5 Keizersnede

Wat vergoeden we?

Alle kosten van een keizersnede die medisch noodzakelijk is. De maximale vergoeding voor zwangerschap en bevalling zoals vermeld op het dekkingsoverzicht geldt hiervoor ook.

Wat vergoeden we niet?

Bij de Optimaaldekking is er geen vergoeding voor een vrijwillige keizersnede.

2.5.6 Abortus op medische indicatie of naar aanleiding van vastgestelde afwijkingen

Wat vergoeden we?

Kosten voor medische zorg en diensten.

Wat zijn de voorwaarden?

- Er is een medische indicatie of er zijn ernstige afwijkingen geconstateerd bij de foetus.
- Een specialist voert de abortus uit.
- De abortus vindt plaats in een ziekenhuis

2.6 Borstcorrectie

Wat vergoeden we?

De kosten van een borstcorrectie wanneer de borst wordt verwijderd om medische redenen.

Wat is de voorwaarde?

Wij hebben vooraf toestemming gegeven

2.7 Niet-klinische revalidatie

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten van behandeling voor niet-klinische revalidatie.
- Tot maximaal het aantal behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

De huisarts of specialist schrijft de behandeling voor.

2.8 *Klinische revalidatie*

Wat vergoeden we?

100% van de kosten voor klinische revalidatie tot maximaal de periode zoals die op het dekkingsoverzicht staat. Bij klinische revalidatie hoort onderzoek, advies en behandeling. Het gaat om revalidatie met een opname in het ziekenhuis. Het onderzoek, advies of de behandeling is van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en/of revalidatietechnische aard.

Wat zijn de voorwaarden?

- Behandeling wordt gegeven op basis van het behandelplan opgesteld door de medisch specialist.
- De revalidatie vindt plaats in een geaccrediteerd ziekenhuis.
- Bij aangeboren afwijkingen moet de revalidatie:
 - functionele verbetering en meetbare progressie tonen onderweg naar het bereiken van bepaalde functionele doelen;
 - een reële kans geven op het bereiken van het maximaal haalbare potentieel voor de verzekerde;
 - de functionele doelen moeten binnen een overzichtelijke periode haalbaar zijn.
- We hebben vooraf toestemming gegeven.

2.9 *Kaakchirurgische behandeling*

Wat vergoeden we?

- Bij opname in het ziekenhuis: verpleegkosten en kosten van de kaakchirurgische behandeling.
- Bij poliklinische behandeling: arbeidsloon van de kaakchirurg voor de behandeling die hij de verzekerde heeft gegeven.
- Bijkomende kosten.

Wat is de voorwaarde?

Als er geen sprake is van opname in het ziekenhuis heeft de verzekerde een verwijzing nodig naar de kaakchirurg. Deze verwijzing komt van een tandarts. De verzekerde moet deze verwijzing laten zien als wij daarom vragen.

Wat vergoeden we niet?

Behandelingen die te maken hebben met een kaakorthopedische behandeling door een kaakchirurg.

2.10 *Tandheelkundige hulp na een ongeval*

Wat vergoeden we?

Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

De tandheelkundige hulp is noodzakelijk als gevolg van een ongeval.

Wat vergoeden we niet?

Overige tandheelkundige behandelingen. Hiervoor kunt u de verzekering Tandheelkundige Kosten afsluiten.

2.11 Geneesmiddelen en dieetpreparaten**2.11.1 Geneesmiddelen****Wat vergoeden we?**

Middelen die in het land waar ze verkocht worden als geneesmiddel verhandeld mogen worden.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een arts, tandarts of verloskundige schrijft het geneesmiddel voor.
- Een apotheek of apotheekhoudende huisarts levert het geneesmiddel.

Wat vergoeden we niet?

- Versterkende middelen en voedingsmiddelen (als het geen dieetpreparaten zijn, zoals bedoeld in artikel 2.8.2).
- Voorbehoedsmiddelen (deze worden onder de Excellentdekking wel vergoed).
- Vermageringsmiddelen.
- Niet geregistreerde (alternatieve) middelen, medicinale wijnen en traanproducten.
- Vitaminepreparaten.
- Laxeermiddelen.
- Cosmetische middelen.
- Middelen ter voorkoming van tropische ziekten.
- Middelen die ook zonder recept verkrijgbaar zijn. Bijvoorbeeld neusdruppels.

2.11.2 Dieetpreparaten**Wat vergoeden we?**

Kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Een dieetpreparaat is dieetvoeding die anders is gemaakt en een andere vorm heeft dan gewone voeding.

Wat zijn de voorwaarden?

- We hebben vooraf toestemming gegeven.
- De verzekerde heeft een van deze stoornissen of allergieën in ernstige mate:
 - resorptiestoornis;
 - voedselallergie;
 - passagestoornis;
 - stofwisselingsstoornis;
 - slikstoornis.

2.12 Preventieve jeugdzorg**Wat vergoeden we?**

Wij vergoeden vaccinaties en de kosten voor algemene controles voor kinderen tot en met 18 jaar. De maximale vergoeding staat op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- De vaccinaties worden gegeven volgens het Nederlandse vaccinatieschema. En/of volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing zoals dat geldt voor het land van tijdelijk verblijf.
- Een apotheek levert de vaccinaties.
- Een huisarts of kinderarts geeft de vaccinaties.
- De controles worden altijd uitgevoerd door een consultatiebureau of huisarts.

2.13 Reïsvaccinaties**Wat vergoeden we?**

- Een deel van de kosten van vaccinaties voor een buitenlandse reis. Het gaat om deze vaccinaties:
 - difterie;
 - tetanus;
 - gele koorts;
 - tyfus;
 - cholera;
 - hepatitis A;
 - hepatitis B;
 - malaria (bedoeld worden malariapillen ter voorkoming van malaria).
- Elke vaccinatie-soort vergoeden we maximaal één keer per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde krijgt de vaccinaties tijdens de looptijd van de verzekering of binnen een maand voor de ingangsdatum van de verzekering.
- In het dekkingsoverzicht ziet u welk deel van de kosten wij vergoeden.

2.14 Orgaantransplantatie als de verzekerde de ontvanger is**2.14.1 Kosten van verzekerde****Wat vergoeden we?**

- Kosten van orgaantransplantatie.
- Kosten van weefseltyperingen die nodig zijn voor de transplantatie.

Wat zijn de voorwaarden?

- De orgaantransplantatie vindt plaats in een erkende instelling die de transplantatie mag uitvoeren. Deze instelling hanteert officiële tarieven van het land waar de transplantatie wordt uitgevoerd.
- We hebben vooraf toestemming gegeven.

2.14.2 Kosten van een donor**Wat vergoeden we?**

- Kosten van verpleging en behandeling van de donor bij opname in het ziekenhuis.
- Kosten van maximaal drie maanden nazorg.
- Kosten van weefseltyperingen die nodig zijn voor de transplantatie.
- Wij vergoeden maximaal de kosten volgens Nederlandse tarieven.

Wat zijn de voorwaarden?

- De kosten van verpleging en behandeling vergoeden wij alleen als de donor van zijn verzekeraar geen vergoeding krijgt.
- De nazorg is nodig omdat de donor in het ziekenhuis werd opgenomen voor selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal.

2.15 Hulpmiddelen**2.15.1 Steunzolen****Wat vergoeden we?**

- Kosten van steunzolen.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een arts schrijft de steunzolen voor.
- Een door de autoriteiten erkende orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen.

2.15.2 Overige medische hulpmiddelen**Wat vergoeden we?**

De kosten van aanschaf, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen worden vergoed overeenkomstig het Reglement Hulpmiddelen tot de maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht. We gebruiken het meest actuele Reglement Hulpmiddelen van het Zilveren Kruis.

Hoe vraagt de verzekerde om een vergoeding?

De verzekerde vraagt schriftelijk vergoeding voor een hulpmiddel bij ons aan. In de schriftelijke aanvraag motiveert hij waarom het hulpmiddel nodig is. Hij stuurt ook medische informatie van de specialist mee. Is het huidige hulpmiddel beschadigd? Dan geeft de verzekerde ook aan wat de reden van de beschadiging is.

Hoe bepalen wij of de verzekerde een vergoeding krijgt?

Wij beoordelen de schriftelijke aanvraag op vijf punten.

1. Is de aanschaf, vervanging, wijziging of het herstel echt nodig?
Kan de verzekerde zonder niet functioneren?
2. Is de aanschaf, vervanging, wijziging of het herstel doelmatig?
Helpt het de verzekerde om beter te functioneren?
3. Is de aanschaf, vervanging, wijziging of het herstel niet onnodig kostbaar?
4. Is de aanschaf, vervanging, wijziging of het herstel niet onnodig gecompliceerd?
5. Voldoet het hulpmiddel aan onze kwaliteitseisen?

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde vraagt ons vooraf om een vergoeding.
- De verzekerde is verplicht om het hulpmiddel goed te verzorgen.
- De verzekerde is verplicht om de aanwijzingen van deskundigen op te volgen. Het gaat om aanwijzingen over het gebruik en het onderhoud van het hulpmiddel.
- Bij vervanging: de verzekerde beschikt niet meer over een geschikt hulpmiddel.
- Bij vervanging: elk hulpmiddel heeft een gebruikstermijn. We gebruiken de gebruikstermijn die Nederlandse zorgverzekeraars aanhouden.

Wat vergoeden we niet?

- Reparatie of vervanging van een hulpmiddel dat is beschadigd door onjuist gebruik.
- Geen kosten worden vergoed van brillen, contactlenzen of hoortoestellen. (Deze worden onder de Excellentdekking wel vergoed als er aan de voorwaarden wordt voldaan.)

2.16 Psychologische of psychiatrische zorg

2.16.1 Zonder opname in een inrichting

Wat vergoeden we?

- 50% van de kosten voor psychologische of psychiatrische zorg.
- Maximaal 12 gesprekken.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een erkend en geregistreerd psycholoog geeft de psychologische zorg of de psychiatrische zorg.
- We hebben vooraf schriftelijk toestemming gegeven voor de behandeling nadat de verzekerde een behandelingsplan aan ons heeft voorgelegd.

2.16.2 Met opname in een inrichting

Wat vergoeden we?

- Kosten van de opname in een psychiatrische inrichting.
- Maximaal 365 dagen.

2.17 Paramedische behandelingen

2.17.1 Fysiotherapie

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut.
- Maximaal 20 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- De fysiotherapeut staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.
- De huisarts of specialist schrijft de behandeling voor.
- We vergoeden alleen meer dan 20 behandelingen als we daar vooraf toestemming voor hebben gegeven. Bij onze toestemming kunnen extra voorwaarden gelden.

Wat vergoeden we niet?

- Zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek.
- Sportmassage.
- Arbeids- en bezigheidstherapie.
- Manuele therapie.
- Let op: is de manueel therapeut ook fysiotherapeut? Dan vergoeden we de behandeling wel. We vergoeden dan alsof de manuele therapie fysiotherapie is.

2.17.2 Stottertherapie

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten voor de behandeling door een logopedist.
- Kosten van verblijf in een instelling voor stottertherapie.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat is de voorwaarde?

Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

2.17.3 Dieetadvisering

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten van dieetadvisering door een diëtist. Dieetadvisering is de voorlichting en het advies over voeding en eetgewoonten met een medisch doel.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- De autoriteiten hebben de diëtist erkend.
- Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

2.17.4 Behandeling van spataderen

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten voor de behandeling van spataderen door een arts-fleboloog.
- Alle materialen die de arts-fleboloog bij de behandeling gebruikt.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat is de voorwaarde?

De autoriteiten hebben de arts-fleboloog erkend.

2.17.5 Ergotherapie

Wat vergoeden we?

- Advies.
- Instructie.
- Training.
- Behandeling.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een ergotherapeut geeft het advies, de instructie, de training of de behandeling.
- De autoriteiten hebben de ergotherapeut erkend.
- Het doel van de ergotherapie is de zelfredzaamheid te verbeteren of te herstellen.
- Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

2.17.6 Camouflagetherapie

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten voor camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.
- 100% van de kosten van de middelen die bij de therapie gebruikt zijn.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.
- De therapie wordt toegepast voor het hoofd- en/of halsgebied.

2.17.7 Podotherapie

Wat vergoeden we?

- Behandeling door een podotherapeut.
- Aanmeten, maken en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat is de voorwaarde?

De autoriteiten hebben de podotherapeut erkend.

Wat vergoeden we niet?

- Kosten van schoenen.
- Kosten van schoenaanpassingen.

2.17.8 Psoriasis dagbehandeling

Wat vergoeden we?

- De behandeling van psoriasis in een Psoriasis Dagcentrum. Psoriasis is een chronische huidaandoening.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat is de voorwaarde?

Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

2.18 Nierdialyse

2.18.1 Nierdialyse in het ziekenhuis

Wat vergoeden we?

Kosten van nierdialyse in een ziekenhuis of polikliniek.

2.18.2 Nierdialyse thuis

Wat vergoeden we?

- De huur van dialyseapparatuur met toebehoren.
- Kosten van regelmatige controle, onderhoud en vervanging van dialyseapparatuur.
- Chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse.
- Kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.
- Overige kosten voor thuisdialyse.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde legt vooraf een begroting van de kosten aan ons voor. Er is alleen recht op vergoeding als wij die begroting goedkeuren.
- We vergoeden overige kosten alleen als de kosten redelijk zijn. En als er geen wettelijke regelingen zijn om de kosten vergoed te krijgen.

2.19 Cosmetische behandelingen

Wat vergoeden we?

- Behandeling na verminking door een ongeval.
- Behandeling na verminking door ziekte.
- Behandeling van een ernstige afwijking die vanaf de geboorte aanwezig is.

Wat zijn de voorwaarden?

- Wij hebben toestemming gegeven voor de kosten nadat de verzekerde een begroting aan ons heeft voorgelegd.
- De behandeling vindt plaats in een ziekenhuis.

Wat vergoeden we niet?

Wij vergoeden geen behandelingen voor vormverbeterende operaties van het uiterlijk voor persoonlijke behoefte of omstandigheden.

2.20 Bijzondere vergoedingen

2.20.1 Second opinion

Wat vergoeden we?

Kosten van een second opinion door een tweede specialist.

Wat zijn de voorwaarden?

- De voorgestelde behandeling valt onder de dekking van deze voorwaarden.
- De verzekerde of de behandelend arts vraagt de second opinion aan.

2.20.2 Ronald McDonaldhuis

Wat vergoeden we?

De eigen bijdrage voor uitsluitend het verblijf in het Ronald McDonaldhuis.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een kind van de verzekerde verblijft in een ziekenhuis.
- Het verblijf in het ziekenhuis is medisch noodzakelijk.

2.20.3 Hartrevalidatie

Bij hartrevalidatie hoort onderzoek, advies en behandeling. Het gaat om revalidatie op cardiologisch gebied. Het onderzoek, advies of de behandeling is van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en/of revalidatietechnische aard. Hartrevalidatie vindt plaats in een klinische (opname) of in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Wat vergoeden we?

Kosten van revalidatiebehandeling volgens het door de cardioloog opgestelde behandelingsplan.

Wat zijn de voorwaarden?

- We hebben vooraf toestemming gegeven.
- Een multidisciplinair team van deskundigen verleent hartrevalidatie. Het team staat onder leiding van een cardioloog.

2.21 Thuisverpleging**Wat vergoeden we?**

- Aanvullende verpleging bij de verzekerde thuis.
- Maximaal 8 uur per dag.
- Maximaal 100 dagen per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde vraagt ons vooraf om toestemming voor de thuisverpleging. Daarbij kunnen we extra voorwaarden stellen.
- Een verpleegkundige of ziekenverzorgende verzorgt de thuisverpleging.
- De thuisverpleging vervangt een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis. Of de thuisverpleging zorgt ervoor dat de verzekerde korter in het ziekenhuis hoeft te blijven.

Artikel 3

Op welke vergoeding heeft de verzekerde nog meer recht bij de Excellentdekking?

In dit artikel leest u welke extra vergoedingen er zijn binnen de Excellentdekking. Deze vergoedingen komen bovenop de vergoedingen van de Optimaaldekking. Onder de vraag ‘Wat zijn de voorwaarden?’ leest u welke voorwaarden eventueel gelden bij de vergoeding. En we zijn duidelijk over wat we niet vergoeden. Soms zijn er namelijk uitzonderingen op de vergoedingen. Dat leest u onder de vraag ‘Wat vergoeden we niet?’. Let op! Als u in de V.S. woont, lees dan eerst artikel 1.2.2.

3.1 Zwangerschap en bevalling

3.1.1 Keizersnede

Wat vergoeden we?

Kosten voor medische zorg en diensten bij een vrijwillige keizersnede. De maximale vergoeding voor zwangerschap en bevalling zoals vermeld op het dekkingsoverzicht geldt hiervoor ook.

3.1.2 Reiskosten bij vrijwillige bevalling in Nederland

De verzekerde vrouw kan ervoor kiezen om in Nederland te bevallen.

Wat vergoeden we?

- 50% van de reiskosten (heen en terug) van de verzekerde vrouw.
- 50% van de reiskosten van meeverzekerde kinderen tot 4 jaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde reist tegen economy tarief.
- De verzekerde reist met vliegtuig, trein of bus.
- De verzekerde maakt de reis naar Nederland vóór de zevende maand van de zwangerschap.

3.1.3 Vruchtbaarheidsbehandeling

Wat vergoeden we?

- Kosten van de vruchtbaarheidsbehandeling.
- Een maximale vergoeding inclusief de kosten voor onderzoeken en de bijbehorende medicatie volgens het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het is een primaire zwangerschap. Dat betekent dat verzekerde nog geen kinderen heeft gekregen.
- Een gynaecoloog of uroloog heeft de verzekerde doorgestuurd.
- Een bevoegd arts voert de behandeling uit.
- De arts voert de behandeling uit in een instelling die een vergunning heeft.

- De verzekerde vrouw is 40 jaar of jonger.
- Er geldt een wachtperiode van 18 maanden voor vruchtbaarheidsbehandelingen.

Wat vergoeden we niet?

Kosten van de eiceldonatie.

3.1.4 *Bevallingscoach*

Wat vergoeden we?

- We vergoeden de kosten voor een bevallingscoach.
- Tot de maximale vergoeding zoals die op het dekkingsoverzicht staat.

Wat zijn de voorwaarden?

- De bevallingscoach is aanwezig bij de bevalling.
- De bevallingscoach is professioneel.

Wat vergoeden we niet?

Hulp door een familielid

3.1.5 *Sterilisatie*

Wat vergoeden we?

Kosten voor medische zorg en diensten.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een specialist voert de sterilisatie uit.
- De sterilisatie vindt plaats in een ziekenhuis.
- Bij een verzekerde man vergoeden we maximaal de kosten die gelijk zijn aan een poliklinische behandeling. Hij heeft voorafgaand toestemming van ons nodig.

Wat vergoeden we niet?

Het ongedaan maken van een vrijwillige sterilisatie.

3.1.6 *Abortus ongewenste zwangerschap*

Wat vergoeden we?

Kosten voor medische zorg en diensten.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een specialist voert de abortus uit.
- De abortus vindt plaats in een ziekenhuis.

3.2 Geneeskundig onderzoek

3.2.1 Preventieve geneeskunde

Wat vergoeden we?

Vergoed worden de kosten van onderzoek door een huisarts of specialist voor de volgende onderzoeken vanaf de genoemde leeftijden:

- onderzoek van hart en bloedvaten door een ECG, bloeddrukmeting en een cholesterolmeting. Eenmaal per tweejaar vanaf leeftijd 30 jaar.
- baarmoederhalskankeronderzoek door een uitstrijkje. Eenmaal per twee jaar vanaf leeftijd 30 jaar.
- prostaatcanceronderzoek door een psa-meting. Eenmaal per jaar vanaf leeftijd 50 jaar. Eenmaal per jaar vanaf leeftijd 40 jaar
- als in de familie prostaatcancer op relatief jonge leeftijd voorkomt. (Er zitten nadelen aan een PSA meting. Laat u goed informeren.)
- borstkankeronderzoek door een mammogram. Tweemaal in de leeftijdsperiode 30-39 jaar. Vanaf leeftijd 40 elke twee jaar.
- darmkankeronderzoek door de Fecaal Occult Bloed Test (FOBT). Eenmaal per 2 jaar vanaf leeftijd 50 jaar. (Er zitten nadelen aan een FOBT onderzoek. Laat u goed informeren.)
- onderzoek naar seksueel overdraagbare ziekten als er een verhoogd risico is.
- diabetesonderzoek (type 2). Eenmaal per twee jaar vanaf leeftijd 30 jaar.
- total bodyscan. Vanaf 50 jaar vergoeden we eenmaal per 5 jaar 70% met een maximum van €1.000,-.
- oog en gehoor test. Eenmaal per 2 jaar tot leeftijd 18 jaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- Er geldt een wachtperiode van 12 maanden voor preventieve geneeskunde.
- We hebben vooraf toestemming gegeven.
- Een specialist of huisarts voert het onderzoek of de behandeling uit.

Wat vergoeden we niet?

- Andere preventieve onderzoeken.
- Kosten van celtherapie.
- Het afgeven van attesten (schriftelijke verklaringen).

3.2.2 Erfelijkheidsonderzoek

Wat vergoeden we?

- Kosten van hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De hulp kan bestaan uit:
 - onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door stamboomonderzoek;
 - chromosomenonderzoek;
 - biochemische diagnostiek;
 - DNA-onderzoek;
 - erfelijkheidsadviesing;
 - psychosociale begeleiding bij deze hulp.

Wat is de voorwaarde?

Een huisarts of specialist heeft het onderzoek voorgeschreven.

3.3 **Borstamputatie**

Wat vergoeden we?

- Verpleegkosten. Wij vergoeden de verpleging volgens opname in een standaard ziekenhuiskamer.
- Kosten van de specialistische behandeling.
- Bijkomende kosten.

Wat zijn de voorwaarden?

- Er is een groot erfelijk risico op borstkanker.
- Wij hebben vooraf toestemming gegeven

3.4 **Voorbehoedsmiddelen**

Wat vergoeden we?

Voorbehoedsmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een arts of verloskundige schrijft het voorbehoedsmiddel voor.
- Een apotheek of apotheekhoudende huisarts levert het voorbehoedsmiddel.

3.5 **Behandeling door een alternatief genezer of therapeut**

Wat vergoeden we?

- Kosten van behandeling of consult door een alternatief genezer of therapeut.
- Maximaal 10 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar.
- Een maximale vergoeding zoals op het dekkingsoverzicht staat.

Wat zijn de voorwaarden?

- De alternatief genezer is lid van een landelijk erkende beroepsvereniging. De beroepsvereniging is opgericht voor de discipline van de alternatief genezer.
- De verzekerde geeft een schriftelijk bewijs van dit lidmaatschap als we daarom vragen.
- De behandeling of het consult vindt plaats in het kader van een medische behandeling.
- De alternatief genezer geeft een individuele behandeling of consult.

Wat vergoeden we niet?

- Behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter.
- Behandelingen, onderzoeken en cursussen die gericht zijn op het welbevinden.
- Behandelingen, onderzoeken en cursussen als preventie.
- Alternatieve psychotherapie.
- Kuren en reizen.
- Behandeling of consult waarbij de alternatief genezer ook de eigen huisarts is.

3.6 **Homeopathische geneesmiddelen**

Wat vergoeden we?

- Kosten van homeopathische geneesmiddelen.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een alternatief genezer of therapeut schrijft het homeopathisch geneesmiddel voor.
- Een apotheek of apotheekhoudende arts levert de geneesmiddelen.

3.7 Ogen en gehoor

3.7.1 Brillenglazen en contactlenzen

Wat vergoeden we?

- Brillenglazen of contactlenzen
- Een maximale vergoeding per verzekerde per paar volgens het dekkingsoverzicht per drie verzekeringsjaren.

Wat zijn de voorwaarden?

- De brillenglazen of contactlenzen hebben de minimale sterkte van plus of min 1.5.
- Een opticien of optometrist levert de brillenglazen of contactlenzen.
- De brillenglazen of contactlenzen zijn bedoeld voor dagelijks gebruik.
- De maximale vergoeding geldt voor brillen en contactlenzen samen.

Wat vergoeden we niet?

- Zonnebrillen.
- Sportbrillen.
- Andere brillen die niet bedoeld zijn voor dagelijks gebruik.
- Oog corrigerende behandelingen, zoals laseren.

3.7.2 Ooglidcorrectie

Wat vergoeden we?

75% van de kosten tot maximaal € 1.000,- per jaar voor een bovenooglidcorrectie:

- Als uw pupil eenderde wordt bedekt door de onderrand van uw bovenooglid óf door de overhangende huidplooi als u recht vooruit kijkt.
- Als er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi.
- Bij aantoonbaar onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid.

Wat zijn de voorwaarden?

- U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist.
- Wij hebben vooraf toestemming gegeven.

Wat vergoeden we niet?

- Oog corrigerende behandelingen, zoals laseren..

3.7.3 Hoortoestellen

Wat vergoeden we?

- Hoortoestellen na gehoortest.
- Een maximale vergoeding volgens het dekkingsoverzicht per vijf verzekeringsjaren.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde doet eerst een gehoortest.
- Het audiologisch centrum levert bij ons de uitslag van deze gehoortest aan.
- Wij moeten toestemming hebben gegeven nadat wij de gehoortest hebben beoordeeld.

Wat vergoeden we niet?

Audiologische hulp

3.8 Overvliegen van bloed**Wat vergoeden we?**

Kosten voor het overvliegen van bloed.

Wat is de voorwaarde?

De bloedtransfusie is noodzakelijk.

3.9 Logopedie**Wat vergoeden we?**

Behandeling door een logopedist.

Wat is de voorwaarde?

De huisarts of specialist schrijft de behandeling voor.

Wat vergoeden we niet?

Behandeling van taalstoornissen door dialect of anderstaligheid.

3.10 Psychologische of psychiatrische zorg**3.10.1 Zonder opname in een inrichting****Wat vergoeden we?**

- 75% van de kosten voor psychologische of psychiatrische zorg.
- Maximaal 12 gesprekken.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een erkend en geregistreerd psycholoog geeft de psychologische zorg of de psychiatrische zorg.
- We hebben vooraf schriftelijk toestemming gegeven voor de behandeling nadat de verzekerde een behandelingsplan aan ons heeft voorgelegd.

3.10.2 Met opname in een inrichting**Wat vergoeden we?**

- Kosten van de opname in een psychiatrische inrichting.
- Maximaal 365 dagen.

Artikel 4

Op welke vergoeding heeft de verzekerde recht bij SOS-hulpverlening?

De SOS-hulpverlening is bedoeld voor noodsituaties bij verblijf in het buitenland. In deze situaties kan de verzekerde terugvallen op De Goudse Alarmcentrale. In dit artikel leest u over de onderdelen van SOS-hulpverlening. We vergoeden de schade tot het maximale bedrag dat in het dekkingsoverzicht staat.

U kunt De Goudse Alarmcentrale 24 uur per dag bellen

Telefoonnummer (wereldwijd): +31 182 544 557

Telefoonnummer (vanuit Verenigde Staten): 001 800 694 9832 (gratis)

4.1 Toestemming

Wilt u gebruikmaken van de SOS-hulpverlening?

Neem dan altijd vooraf contact op met De Goudse Alarmcentrale.

4.2 Medische kosten

4.2.1 Medische ziektekosten

Wat vergoeden we?

Een voorschot van medische kosten

Wat regelen we voor de verzekerde?

- De Goudse Alarmcentrale betaalt de medische kosten zo veel mogelijk rechtstreeks aan het ziekenhuis.
- Als de verzekerde in levensgevaar is, schiet De Goudse Alarmcentrale de kosten voor. Hiervoor geeft De Goudse Alarmcentrale een schriftelijke garantiestelling (Guarantee of Payment) af.

Wat zijn de voorwaarden?

- De Goudse Alarmcentrale kan aanwijzen in welk ziekenhuis de behandeling plaatsvindt.
- Er is een medische noodzaak voor opname of dagverpleging. De Goudse Alarmcentrale beoordeelt of dit zo is op het moment van de melding.
- De behandeling van verzekerde is gedekt volgens de verzekering Ziektekosten.
- We hebben vooraf toestemming gegeven.

4.2.2 Overkomst van familie

Wat vergoeden we?

- Extra reiskosten en de verblijfkosten voor maximaal 15 dagen van maximaal twee familieleden in de eerste of tweede graad.
- In het dekkingsoverzicht staat een maximumbedrag per dag voor alle verzekerden samen.

Wat zijn de voorwaarden?

- De familieleden komen over omdat de verzekerde in levensgevaar verkeert als gevolg van een ongeval of ziekte.
- De verzekerde is nog niet overleden vóór het tijdstip van vertrek.

4.3 Bij medische evacuatie

Medische evacuatie komt voor als de medisch noodzakelijke behandeling op de plaats van verblijf niet mogelijk is. Wanneer dat zo is, bepaalt De Goudse Alarmcentrale in welk ziekenhuis deze medisch noodzakelijke hulp wel kan worden gegeven. De verzekerde wordt naar dit ziekenhuis geëvacueerd. Zelfs als dit een ziekenhuis in een ander land is.

4.3.1 Medische evacuatie van de verzekerde

Wat vergoeden we?

- De kosten voor medische evacuatie van een verzekerde.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.
- Een lagere maximale vergoeding als de verzekerde moet worden geëvacueerd uit een risicogebied waarvoor door de rijksoverheid een code rood is afgegeven. De lagere maximale vergoeding staat ook op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- De behandeling van de verzekerde is gedekt volgens de dekking van de verzekering Ziektekosten.
- Er is een medische noodzaak voor opname of dagverpleging. De Goudse Alarmcentrale beoordeelt of de behandeling medisch noodzakelijk is op het moment van de melding.
- De Goudse Alarmcentrale voert de evacuatie zelf uit of laat deze uitvoeren.

4.3.2 Kosten van één begeleidende verzekerde

Wat vergoeden we?

Extra reiskosten die nodig zijn voor het begeleiden van een andere verzekerde die medisch geëvacueerd wordt.

Wat is de voorwaarde?

- De verzekerde die geëvacueerd wordt, verkeert in levensgevaar; of
- de verzekerde die geëvacueerd wordt, is een kind onder 16 jaar.

4.3.3 Terugreis na medische evacuatie

Wat vergoeden we?

Noodzakelijke kosten voor de terugreis naar het land van tijdelijk verblijf. Voor zowel de verzekerde als de eventuele begeleidende verzekerde.

Wat zijn de voorwaarden?

- We vergoeden de kosten op basis van de laagste klasse van het vervoersmiddel.
- De Goudse Alarmcentrale boekt de terugreis.

4.3.4 *Vervangende medewerker na medische evacuatie*

Wat vergoeden we?

Extra reiskosten (heen en terug) voor de vervangende medewerker.

Wat zijn de voorwaarden?

- De geëvacueerde verzekerde keert definitief niet meer terug naar het land van tijdelijk verblijf na medische evacuatie.
- De aanwezigheid van de vervangende medewerker in het land van tijdelijk verblijf is nodig.
- U wijst de vervangende medewerker aan.
- De Goudse Alarmcentrale boekt de reis.

4.4 *Overlijden*

4.4.1 *Vervoer van het stoffelijk overschot van een verzekerde*

Wat vergoeden we?

- Alle kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van een verzekerde.
- Een maximumbedrag dat vermeld staat op het dekkingsoverzicht.

Wat regelen we voor de familie van de verzekerde?

Alle formaliteiten ter plaatse en het vervoer naar de voormalige woonplaats in Nederland.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde overlijdt buiten Nederland door een ongeval of ziekte.
- Wordt het stoffelijk overschot naar een andere plaats gebracht? Dan vergoeden we maximaal de kosten voor vervoer naar de voormalige woonplaats.

Wat vergoeden we niet?

Kosten van de crematie of begrafenis in Nederland.

4.4.2 *Begrafenis of crematie in het land van tijdelijk verblijf*

Wat vergoeden we?

- Kosten voor de begrafenis of crematie in het land van tijdelijk verblijf.
- Extra reiskosten (heen en terug) van familieleden in de eerste of tweede graad.
- Een maximale vergoeding zoals op het dekkingsoverzicht staat.

4.4.3 *Vervangende medewerker bij overlijden van een verzekerde*

Wat vergoeden we?

Extra reiskosten (heen en terug) voor de vervangende medewerker als de verzekerde overlijdt.

Wat zijn de voorwaarden?

- De aanwezigheid van een vervangende medewerker in het land van tijdelijk verblijf is nodig.
- De Goudse Alarmcentrale boekt de reis.

4.5 Extra reiskosten en verblijfkosten bij eerdere terugkeer van een verzekerde**Wat vergoeden we?**

- Extra reiskosten en extra verblijfkosten van alle verzekerden voor de heen- en terugreis voor maximaal 15 dagen.
- Een maximumbedrag per dag voor alle verzekerden samen, zoals op het dekkingsoverzicht staat.

Wat zijn de voorwaarden?

Een familielid in de eerste of tweede graad dat in Nederland woont, is overleden of verkeert in levensgevaar en is opgenomen in een ziekenhuis. Op het moment van uitzending was het niet te voorzien dat het familielid zou overlijden of in levensgevaar zou verkeren.

4.6 Kosten van opsporing, redding en berging**Wat vergoeden we?**

- Kosten die nodig zijn voor opsporing, redding of berging van vermiste of verongelukte verzekerde(n).
- Een maximumbedrag zoals op het dekkingsoverzicht staat.

Wat is de voorwaarde?

Wij krijgen een originele verklaring van de officiële instantie die de opdracht heeft gegeven voor de opsporing, redding of berging.

4.7 Wat is niet verzekerd binnen de dekking SOS-hulpverlening?**4.7.1 De verzekerde is niet verzekerd voor kosten die binnen een jaar na uitzending te voorzien waren**

Was een familielid in de eerste of tweede graad op het moment van uitzending al ziek? En was het te voorzien dat hij of zij binnen een jaar zou overlijden? Dan vergoeden wij geen SOS-hulpverlening.

4.7.2 De verzekerde is niet verzekerd bij reizen tegen het advies van een arts in

Gaat de verzekerde op reis? En heeft de huisarts of specialist geadviseerd om de reis niet te maken? Dan vergoeden wij de SOS-hulpverlening niet.

4.7.3 De verzekerde is niet verzekerd in Nederland of op zee

De verzekerde krijgt geen SOS-hulpverlening bij een onzeker voorval tijdens het verblijf van de verzekerde in Nederland of op zee.

Begrippenlijst

Alternatief genezer of therapeut

Eén van deze alternatief genezers of therapeuten:

- arts-acupuncturist, acupuncturist of fysiotherapeut-acupuncturist;
- homeopathisch arts of klassiek homeopaat;
- arts voor natuurgeneeswijzen of natuurgeneeskundig therapeut;
- antroposofisch arts;
- arts-enzymtherapeut;
- manueel arts of manueel therapeut;
- Moerman-arts;
- osteopaat;
- chiropractor.

Bijkomende kosten

Bijkomende kosten die zijn gemaakt voor medische zorg en/of diensten tijdens en in rechtstreeks verband met specialistische behandelingen. Voorbeelden zijn kosten voor:

- röntgenfoto's;
- laboratoriumonderzoek;
- bloedtransfusies;
- geneesmiddelen;
- bestralingen;
- narcose;
- verbandmiddelen;
- gebruik van operatiekamer;
- gebruik van polikliniek.

Dagverpleging

Bij dagverpleging krijgt een verzekerde minder dan 24 uur bedverpleging in een ziekenhuis. Dit is nodig omdat er op dezelfde dag een onderzoek of behandeling plaatsvindt. Een specialist voert het onderzoek of de behandeling uit.

Europa

Alle landen gelegen in Europa met inbegrip van de eilanden in en de landen grenzend aan de Middellandse Zee, de Baltische Zee en de Zwarte Zee. Ook Madeira, de Canarische Eilanden, de Azoren, Armenië en Azerbeidzjan worden tot Europa gerekend. Voor Rusland valt alleen het gedeelte tot het Oeral-gebergte onder het begrip Europa.

Extra reiskosten

Kosten van vervoer volgens de laagste klasse (bijvoorbeeld tweede klasse bij treinvervoer in Nederland). De Goudse Alarmcentrale wijst het vervoermiddel aan.

Familielid in de eerste of tweede graad

Hieronder verstaan wij de volgende personen:

- echtgenoot of echtgenote;
- ouders en schoonouders;
- kinderen;
- de persoon met wie de verzekerde duurzaam samenwoont;
- broers en zussen;
- zwagers en schoonzussen;
- opa's en oma's;
- kleinkinderen.

Huisarts

Een arts die de algemene praktijk uitoefent. Dit betekent dat de arts huisartsenhulp verleent thuis bij de verzekerde en/of op het spreekuur van de arts. De praktijk van de huisarts staat in de buitenlandse woonplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan.

Kaakchirurgische behandeling

Behandeling of onderzoek door een kaakchirurg. De kaakchirurg is een tandarts die als specialist voor mondziekten en kaakchirurgie is erkend door een bevoegde instantie. De behandeling of het onderzoek gebeurt binnen de normen die gelden binnen het medische en tandheelkundige vakgebied. De behandeling of het onderzoek past bij het specialisme van de kaakchirurg.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke normen.

Opname

Opname in een ziekenhuis houdt in dat de verzekerde langer dan 24 uur in een ziekenhuis verblijft. Dit verblijf is nodig zolang de verzekerde verpleging, onderzoek en behandeling op medische gronden alleen in een ziekenhuis kan krijgen. Daarbij is regelmatige behandeling door een medisch specialist noodzakelijk.

Orthese

Een uitwendig gedragen hulpmiddel ter correctie van standsafwijkingen of abnormale beweeglijkheid van gewrichten of van de wervelkolom. Ook een 'beugel' ter correctie van het gebit is een orthese.

Poliklinische behandeling

Specialistische behandeling waarbij de verzekerde niet wordt opgenomen in een ziekenhuis. De verzekerde heeft een verwijzing nodig naar de specialist. Laboratoriumonderzoek valt hier ook onder. Het laboratoriumonderzoek vindt plaats op advies van de huisarts. Het ziekenhuis of laboratorium brengt de kosten van het laboratoriumonderzoek in rekening.

Specialist

Een praktiserend arts die op de plaats van de behandeling bevoegd is als specialist werkzaam te zijn, volgens de daar geldende normen.

Specialistische behandeling

Behandeling of onderzoek door een specialist die:

- volgens medische normen algemeen aanvaard is; en
- behoort tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

Spoedeisende medische hulp

Medische zorg en/of diensten als gevolg van een medische noodzaak.

Standaard eenpersoonskamer

De goedkoopste kamer die aanwezig is voor de verpleging van één persoon.

Standaard ziekenhuiskamer

Een kamer die is ingericht voor de verpleging van twee of meer personen.

Tandarts

Een arts die door een bevoegde instantie als tandarts is erkend en gecertificeerd.

U/uw

Degene die de verzekeringsovereenkomst is aangegaan. U staat op het polisblad als verzekeringnemer. U heeft de verzekering voor andere personen afgesloten. Dit zijn de verzekerden.

Verblijfkosten

Kosten voor verblijf in een hotel of pension.

Verloskundige

Een verloskundige die op de plaats van de behandeling bevoegd is als verloskundige werkzaam te zijn, volgens de daar geldende normen.

Verpleegkosten

Kosten voor verpleging. De kosten voldoen aan deze voorwaarden.

- Het gaat om redelijke en gebruikelijke kosten die in rekening worden gebracht voor verpleging die verband houdt met het verblijf in het ziekenhuis.
- De verpleegkosten komen overeen met de tarieven die een bevoegde overheidsinstantie heeft goedgekeurd.

Verzekerde(n)

Iedere persoon die als verzekerde op het verzekerdenoverzicht vermeld staat. Dit zijn uw werknemers en eventueel hun gezinsleden.

Wij/ons/onze

Goudse Schadeverzekeringen N.V., ook afgekort als De Goudse.

Ziekenhuis

Een inrichting die de bevoegde overheidsinstantie heeft erkend als ziekenhuis of sanatorium. De instelling is bedoeld voor verpleging, onderzoek of behandeling van zieken.

Ziektegeval

Een niet onderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling. De oorzaak voor de behandeling is dezelfde ziekte(n) of hetzelfde ongeval.