



SR
ZORGVERZEKERAAR

Onderlinge Waarborgmaatschappij
"SR-Zorgverzekeraar" U.A.
K.v.K. Rotterdam 24249971

UITGEBREIDE AANVULLENDE VERZEKERING

OVERZICHT VAN VERGOEDINGEN

Afhankelijk van hetgeen met betrekking tot de dekking op het polisblad is vermeld worden uitsluitend, indien en voorzover deze kosten niet of slechts gedeeltelijk in aanmerking komen voor vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering, (aanvullend) vergoed:

Omschrijving van de vergoeding c.q. uitkering Vergoeding

1. Acnébehandelingen

75% van de kosten van de behandelingen. De verzekerde dient te zijn verwezen door een dermatoloog en de behandeling dient te worden gegeven door een huidtherapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.

Maximum vergoeding per verzekerde per kalenderjaar € 140,-

2. Alternatieve geneeswijzen

Voor vergoeding komen in aanmerking:

1. Acupunctuur: de kosten van consulten van een in Nederland gevestigde arts/acupuncturist, die is aangesloten bij de Nederlandse Artsen Acupunctuur Stichting (NAAS), de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV) of de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);

2. Antroposofische geneeskunde: de kosten van alle antroposofische behandelingen, voorzover deze worden verleend door een in Nederland gevestigde arts of erkend therapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) respectievelijk de Federatie Antroposofische Gezondheidszorg (FAG);

3. Chiropractie: de kosten van consulten verleend door een in Nederland gevestigde chiropractor, die is aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA) of de Dutch Chiropractic Federation (DCF);

4. Natuurgeneeskunde: de kosten van consulten verleend door een in Nederland gevestigde arts, die is aangesloten bij de Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG);

5. Neuraaltherapie: de kosten van consulten verleend door een in Nederland gevestigde arts, die vermeld staat in het register van de Nederlandse Vereniging voor Neuraaltherapie en Regulatietherapie (NVNR);

6. (Ortho)manuele therapie: de kosten van consulten verleend door een in Nederland gevestigde arts, die is aangesloten bij het Nederlands Register Manuele Geneeskunde (NRMG);

7. Osteopathie: de kosten van consulten verleend door een in Nederland gevestigde therapeut, die staat geregistreerd bij de Nederlandse Registratieraad voor Osteopathie (NRO).

Vergoeding op één behandeldatum € 23,-
Maximum voor alle alternatieve geneeswijzen tezamen per verzekerde per kalenderjaar € 414,-

3. Anticonceptie

Er bestaat een volledige vergoeding voor farmaceutische anticonceptiemiddelen: anticonceptiepil, spiraaltje, prikpil, morning afterpil, nuvaring en het anticonceptie implantaat. Hierop zijn de GVS-voorwaarden Zorgverzekeringswet 2006 van toepassing. Voor sommige anticonceptiepillen geldt een wettelijke bijdrage.

4. Bevalling en kraamzorg

Per bevalling de kosten van de eigen bijdrage voor kraamzorg in natura in de thuissituatie.

Het bedrag wordt uitgekeerd na toezending van de declaratie.

Bij een poliklinische bevalling, welke niet op medische indicatie plaatsvindt, wordt een bijdrage uitgekeerd.

Uitkering van de eigen bijdrage bij bevalling volledig

Bijdrage bij poliklinische bevalling zonder medische indicatie € 115,-

Medisch kraampakket

Recht op deze verstrekking bestaat onder de volgende voorwaarden:

- de verzekerde ontvangt na inzending van een daartoe strekkend

aanvraag welke verkrijgbaar is bij de verloskundige of huisarts een kraamcadeau in natura ten behoeve van de bevalling;

- de verzekerde dient op het moment van verstrekking in de periode gelegen tussen de 5e en 7e maand van de zwangerschap krachtens deze voorwaarden als verzekerde te staan geregistreerd bij de maatschappij.

5. Bezoek aan een in een ziekenhuis verblijvend kind

De reiskosten (ten hoogste éénmaal per dag heen en terug) voor ziekenbezoek van ouders aan een kind, jonger dan 18 jaar, dat langer dan 14 dagen is opgenomen in een in Nederland gelegen ziekenhuis, dat zich op meer dan 30 kilometer afstand van de eigen woonplaats bevindt. Het vervoer dient langs de kortst mogelijke weg te worden afgelegd. De vergoeding wordt berekend over het aantal kilometers dat boven de 30 uitkomt, uitsluitend op basis van een door de verzekeringsnemer ingediende declaratie. Indien de opname langer dan 14 dagen duurt, wordt de vergoeding verleend vanaf de eerste opnamedag.

Reiskostenvergoeding per kilometer € 0,14

6. Borstprothese plakstrips

Plakstrips komen volledig voor vergoeding in aanmerking.

7. Brillenglazen en contactlenzen

De vergoeding is per brillenglas of contactlens met een sterkte van 6 dioptrieën of meer. De sterkte dient duidelijk op de nota te zijn vermeld. De vergoeding is per twee kalenderjaren.

Vergoeding per brillenglas / contactlens € 35,-

8. Brilmontuur

De kosten van aanschaf of vervanging van ten hoogste één brilmontuur per kalenderjaar voor medeverzekerde kinderen.

Vergoeding per brilmontuur € 46,-

9. Camouflagetherapie

75% van de kosten van te volgen instructielessen en cosmetische producten in geval van ernstige huidafwijkingen in het gelaat of de hals, mits verzekerde onder behandeling is bij een huidtherapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, en vooraf door de maatschappij toestemming is verleend.

Maximum vergoeding per verzekerde per kalenderjaar € 140,-

10. Elektrisch epileren in het gelaat of lasertherapie

75% van de op voorschrift van de behandelend arts gemaakte kosten indien sprake is van ernstige overbeharing van het gelaat en de hals bij vrouwen, mits vooraf door de maatschappij toestemming is verleend. De behandeling moet worden gegeven door een huidtherapeut (lid van NVH) of een registreerde schoonheidsspecialist(e) (lid van ANBOS).

Maximale éénmalige vergoeding per verzekerde € 455,-

11. Fysiotherapie

Vergoed worden de kosten van behandelingen fysiotherapie en manuele therapie, mits deze zorg medisch noodzakelijk is.

De vergoeding betreft een onbeperkt aantal behandelingen fysiotherapie en maximaal 18 behandelingen manuele therapie per kalenderjaar. Vanaf de 19e behandeling dient de therapeut een aanvraag tot machtiging in te dienen.

De hulp moet worden verleend door een fysiotherapeut en/of manueel therapeut. Voor alle vormen van fysiotherapie geldt dat de therapeut moet zijn ingeschreven in het desbetreffende kwaliteitsregister. Dit geldt dus ook voor verbijzonderde vormen van fysiotherapie, zoals bekkentherapie, oedeemtherapie, kinderfysiotherapie en manuele therapie.

De volgende maximum vergoedingen gelden:

- Fysiotherapie € 26,00 per zitting
- Manuele therapie, bekkentherapie, oedeemtherapie en kinderfysiotherapie € 39,00 per zitting.

12. Haptotherapie

Vergoed worden de kosten van consulten bij een geregistreerd haptotherapeut (VVH).

Maximale vergoeding per consult € 35,00
Maximaal aantal consulten per kalenderjaar 9

13. Hart Actief

Vergoeding bestaat voor het oefenprogramma van 'Hart Actief'. De maximale vergoeding bedraagt € 12,50 per maand voor maximaal 6 maanden voor de duur van de verzekering.

14. Herstelingsoord

De kosten van verblijf in een bij het Verbond van Nederlandse Herstelingsoordorganisaties aangesloten herstellingsoord gedurende ten hoogste 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar. De behandeling dient vooraf bij de maatschappij te worden aangevraagd.

Vergoeding per dag € 35,-

15. Homeopathie

De kosten van consulten verleend door een in Nederland gevestigde arts, die is aangesloten bij de Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN) en homeopaten die bij de Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie (NVKH) zijn geregistreerd.

Geen vergoeding wordt verleend, indien de kosten worden gemaakt binnen een termijn van 6 maanden na de ingangsdatum van de verzekering.

Vergoeding op één behandeldatum € 35,-

Maximum vergoeding per verzekerde per kalenderjaar € 350,-

16. Homeopathische geneesmiddelen

De door een arts, die lid is van de Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN), de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) of de Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuur Geneeskunde (ABNG) voorgeschreven homeopathische geneesmiddelen, voorzover deze worden geleverd door een apotheker of een apotheekhoudende huisarts en mits de samenstelling van het voorgeschreven middel volledig bestaat uit homeopathische verdunningen of verwrijvingen. Het homeopatisch middel (HM) moet geregistreerd staan in het Geneesmiddelen VergoedingsSysteem (Z-Index) of antroposofisch middel.

Geen vergoeding wordt verleend voor ampullen, middelen voor uitwendig gebruik, mineralen, kruiden en zelfzorgmiddelen, voedings-supplementen en vitaminen.

Vergoeding voor homeopathische geneesmiddelen volledig

17. Hoortoestellen

50% van de eigen bijdrage, welke is verschuldigd boven de maximum vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering.

Maximum vergoeding voor één of meer hoortoestellen per verzekerde per 3 kalenderjaren € 345,-

18. Hulp tijdens de overgang

Voor problemen tijdens de overgang kunt u terecht bij een overgangsconsulente. De overgangsconsulente is een gediplomeerd verpleegkundige, die zich heeft gespecialiseerd in de problematiek van de overgang. Verwijzing door een arts is niet nodig. Voorgeschreven medicijnen worden niet vergoed. Uw consulten worden voor 75% vergoed tot een maximum van € 150,-.

19. Kuurreizen

Een bijdrage in de kosten van de door een daartoe erkende reisorganisatie georganiseerde kuurreizen ten behoeve van verzekerden die lijden aan reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew. Per kalenderjaar geldt een maximum van 3 weken. De bijdrage in de vergoeding dient vooraf door de huisarts of behandelend reumatoloog bij de maatschappij te worden aangevraagd.

Maximum bijdrage in de kosten per week € 325,-

Maximum bijdrage in de kosten per verzekerde per kalenderjaar € 925,-

20. Logeerhuis

Bij opname van een bij SR-Zorgverzekeraar verzekerd kind wordt aan de ouders voor hun noodzakelijk verblijf in een aan het desbetreffend ziekenhuis verbonden logeerhuis een vergoeding verleend van de eigen bijdrage tot een maximum van € 35,- per etmaal.

21. Oefentherapie Cesar en Mensendieck

Vergoed worden de kosten van behandelingen Cesar en Mensendieck, mits deze zorg medisch noodzakelijk is.

Vanaf de negentiende behandeling moet op voorschrift van een arts een aanvraag tot machtiging worden ingediend.

De hulp moet worden verleend door een oefentherapeut. De vergoeding van de geleverde zorg vindt plaats conform het wettelijk tarief.

Vergoeding van het aantal behandelingen oefentherapie per kalenderjaar onbeperkt

22. Oncologie

Een bijdrage van 75% in de kosten van de door de Stichting Les Veaux geboden hulp bij emotionele verwerking van kanker tijdens vakantieweken in Frankrijk en weekeinden of midweken in Nederland, bestaande uit de kosten van verblijf en begeleiding van de verzekerde. Bel voor informatie: (0294) 28 44 82.

Onder begeleiding wordt uitsluitend verstaan het aangeboden programma, dat bestaat uit gesprek, yoga, massage en creatieve therapie. De procentuele vergoeding is van toepassing voor het verblijf in Les Veaux voor de belanghebbende en de partner.

Vergoeding voor verblijf en begeleiding 75%

23. Orthodontie

Vergoed wordt 75% van de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist. Voor behandelingen door een tandarts geldt een vergoeding van 75% met een maximum van € 2.000,-.

Voorwaarden:

- orthodontische behandelingen moeten worden uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts-algemeen practicus;
- toestemming dient alleen te worden aangevraagd bij:
 - orthodontische behandeling door een tandarts ten behoeve van personen ouder dan 17 jaar;
 - orthodontische herbehandeling door orthodontist of tandarts;
 - orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde;
- om in aanmerking te komen voor vergoeding, dient de verzekerde één jaar zonder onderbreking in het bezit te zijn van een tandartskaart (voor jeugdige verzekerden) of een geldig 'bewijs van preventief onderhoud' (voor verzekerden ouder dan 17 jaar). Het gebit dient vrij te zijn van cariës, tandsteen, tandvleesontsteking of andere ontstekingen en eventuele wortelresten.

24. Plaswekkers

90% van de op medisch voorschrift gemaakte kosten van de huur of koop van een plaswekker.

Vergoeding van huurkosten gedurende ten hoogste 3 maanden

25. Podotherapie

De kosten van consulten verleend door een erkend podotherapeut of podokinesiooloog (aangesloten bij N.V.V.P.).

Vergoeding per behandeldatum tot ten hoogste 6 consulten per kalenderjaar € 23,-

26. Preventief onderzoek

Eénmaal per 2 kalenderjaren de kosten van preventief onderzoek, alleen en voor zover het onderzoek is uitgevoerd door een arts, van hart en bloedvaten alsmede van baarmoederhals- en borstkankeronderzoek.

Vergoeding van preventief onderzoek volledig

27. Prinses Margriethuis

De kosten van verblijf van een verzekerde in een Prinses Margriethuis na een levertransplantatie en - ter verzorging van de patiënt - van het verblijf van een familielid gedurende ten hoogste 28 dagen per kalenderjaar.

Maximale vergoeding per dag voor het verblijf van de patiënt € 35,-

Maximale vergoeding per dag voor het verblijf van een familielid € 25,-

28. Psychologische hulp (kortdurend)

Hulp verleend door een psycholoog komt voor vergoeding in aanmerking.

De psychologische hulp dient te worden verleend door een psycholoog die is aangesloten bij het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) of door een psychotherapeut die als zodanig bij het Ministerie

van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is erkend (BIG-geregistreerd).

Vergoeding aantal zittingen per kalenderjaar 12
Vergoeding per zitting € 45,-

29. Second opinion

De kosten verbonden aan het verkrijgen van een second opinion in Nederland van een andere specialist dan de behandelend specialist op verwijzing van de huisarts. Kosten worden vergoed voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding krachtens de Basisverzekering.

30. Sport Medisch Adviescentrum

60% van de kosten van een sportmedisch onderzoek of blessureconsult bij een Sport Medisch Adviescentrum, waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.

Maximum vergoeding van de kosten van onderzoek of consult 60%

31. Steunpessaria

De kosten van op medisch voorschrift aangeschafte steunpessaria.

Vergoeding van de kosten van aanschaf volledig

32. Steunzolen

50% van de kosten van aanschaf op medisch voorschrift van steunzolen, mits een gipsmodel aanwezig is. Bij verstrekking van een dynamische zool door een podotherapeut is een blauwdruk in plaats van een gipsmodel voldoende.

Maximum vergoeding per kalenderjaar € 46,-

33. Tandheelkundige hulp

Voorwaarden voor onder A, B en C genoemde hulp:

- * vergoeding geldt alleen indien de hulp is verleend door een tandarts of tandprotheticus die een overeenkomst met een zorgverzekeraar heeft gesloten. Hulp verleend door een tandtechnicus wordt niet vergoed;
- * vergoeding wordt uitsluitend verleend wanneer deze niet uit de Zorgpolis mogelijk is;
- * er worden geen vergoedingen uit de aanvullende verzekering verstrekt voor behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd, dan wel tandheelkundig niet doelmatig zijn;
- * om in aanmerking te komen voor vergoeding van de onder A, B en C genoemde tandheelkundige behandelingen dient men 3 maanden verzekerd te zijn;
- * partiële kunsttharsprothesen en frameprothesen mogen uitsluitend door een tandprotheticus worden vervaardigd na schriftelijke verwijzing/toestemming van de tandarts;
- * er is pas recht op vergoeding van een nieuwe volledige prothese (P21, P25, P30) wanneer deze 3 jaar of ouder is.

A. Algemeen

Diagnostisch onderzoek

Periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar (C11) 100% max. 1 per kalenderjaar

Periodiek preventief onderzoek, tweede in hetzelfde kalenderjaar (C12) 100% max. 1 per kalenderjaar.

Weekendbehandeling (van zaterdag 00.00 uur tot zondag 24.00 uur) (C85) 100%

Avondbehandeling (tussen 18.00 uur en 24.00 uur) (C86) 100%

Nachtbehandeling (tussen 24.00 uur en 07.00 uur) (C87) 100%

Tandsteen verwijderen

Beperkte gebitsreiniging, max. 2 per kalenderjaar (M50) 100%

Gemiddelde gebitsreiniging, max. 2 per kalenderjaar (M55) € 12,00

Uitgebreide gebitsreiniging, max. 2 per kalenderjaar (M59) € 12,00

NB Jaarlijks komen slechts 2 M-codes voor vergoeding in aanmerking, dus de maximale jaarlijkse vergoeding is € 24,00.

Gnatologie

Gebitsbeschermer tegen tandenknarsen (G69) 50%

Chirurgische ingrepen

H10, H15, H20, H21, H25, H26, H30, H50, H55 100%

Overige H-codes dienen te worden aangevraagd. geen vergoeding voor (H90)

Anesthesie

Verdoving (A10) (geleidings- en/of infiltratie-anesthesie) alleen bij wortelkanaalbehandelingen (alleen bij codes E1, E2, E3, E13, E14, E16, E17, E19, E40, E42, E43, E44, E53, E54, E77, E78, E85)

100%

Endodontie

Wortelkanaalbehandelingen (E1, E3, E13, E14, E16, E17, E19, E40, E42, E43, E44, E77, E78, E85)

100%

E2 wordt maximaal tarief E1 vergoed.

€ 17,80

E53 en E54 vergoeding van

100%

Parodontologie

Vergoed wordt 50% van de kosten tot een maximum van € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

De kosten voor parodontale behandelingen worden slechts vergoed indien er sprake is van een instabiele parodontale situatie met een DPSI-score van 3+ of 4 en/of nadat er in het verleden T11 of T12 door de tandarts is gedeclareerd (of nog wordt gedeclareerd). Door de mondhygiënist kunnen uitsluitend de codenummers T22, T52, T54 en T56 worden gedeclareerd.

Restauraties door middel van plastisch materiaal

Pitvullingen (V10) 100%

éénvlaksvullingen (V11) 100%

Tweevlaksvullingen (V12) 100%

Drievlaksvullingen (V13) 100%

Vijfvlaksvullingen (V14) 100%

Etsen (evt. in combinatie met etsbare onderlaag) (V20, V21) 100%

Röntgendiagnostiek

Intra-orale röntgenfoto's (X10) 100% max. 3x per kalenderjaar

B. 1. Volledige prothesen bij een tandarts **

De volledige prothese wordt voor 75% vergoed uit de Regeling Hulp-middelen vanuit de Basisverzekering. Voor de 25% eigen bijdrage geldt de onderstaande vergoeding:

Volledige boven- of onderprothese (P21, P25, P14, P36) 100%

Techniekkosten van de volledige boven- of onderprothese (P00) max. € 71,25

Het maximaal te vergoeden tarief voor de techniekkosten bij een boven- of onderprothese is € 285,00 uit de Basisverzekering en aanvullende verzekering samen.

Volledige boven- en onderprothese (P30, P14, P17, P36) 100%

Techniekkosten van de volledige boven- en onderprothese (P00) max. € 142,50

Het maximaal te vergoeden tarief voor de techniekkosten bij een boven- of onderprothese is € 570,00 uit de Basisverzekering en aanvullende verzekering samen.

Prothesetarief verhoogd met per immediaat te vervangen

element (P40) 100%

B. 2. Volledige prothesen bij een tandprotheticus **

De volledige prothese wordt voor 75% vergoed uit de Regeling Hulp-middelen vanuit de basisverzekering. Voor de 25% eigen bijdrage geldt de onderstaande vergoeding:

Volledige boven- of onderprothese (P81, P82) 100%
 Het maximaal te vergoeden tarief voor een P81 of P82 max. € 94,25 is
 € 377,00 uit de Basisverzekering en aanvullende verzekering samen.

Volledige boven- of onderprothese (P83) 100%
 Het maximaal te vergoeden tarief voor P83 max. € 188,50
 is maximaal € 754,00 uit de Basisverzekering en de aanvullende ver-
 zekering samen.

Volledige boven- of onderprothese (P84) 100%
 Het maximaal te vergoeden tarief voor P84 max. € 202,50
 is maximaal € 810,00 uit de Basisverzekering en aanvullende verzeke-
 ring samen.

Volledige bovenprothese in combinatie met onderprothese op 100%
 implantaten (I 85) maximaal te vergoeden
 bedrag € 180,00 max. € 180,00

Volledige onderprothese op implantaten (I87) maximaal te 100%
 vergoeden bedrag € 90,00 max € 90,00

NB. Rebasings en reparatie van een volledige prothese, zowel door
 tandarts als tandprotheticus, worden volledig vergoed uit de
 Basisverzekering.

C. Partiële prothesen **

De maximum vergoedingen voor kosten (incl. techniekkosten)
 gemaakt bij een tandarts of een tandprotheticus
 (alleen na verwijzing van de tandarts), zijn:

Partiële kunstharsprothese 1 t/m 4 elementen (P10) € 120,-
 Partiële kunstharsprothese 5 of meer elementen (P15) € 200,-
 Partiële frameprothese 1 t/m 4 elementen (P34) € 281,-
 Partiële frameprothese 5 of meer elementen (P35) € 358,-
 Rebasen van partiële kunsthars- of frameprothese
 (P51, P52, P53, P54) € 75,- p/kal.jr

Uitbreiden tot volledige prothese (P78) 100%

Bijplaatsen van elementen aan bestaande prothese
 (P79) € 75,- p/kal.jr

Reparatiekosten van een partiële prothese (P57, P58) € 75,- p/kal.jr

** De vergoeding van alle onder B en C genoemde prothetische hulp
 tezamen kent een maximumbedrag van € 670,- per verzekerde per
 twee kalenderjaren.

D. Uitgebreide tandheelkundige hulp

Om voor vergoeding van uitgebreide tandheelkundige hulp in aanmer-
 king te komen, dient men tenminste 12 maanden verzekerd te zijn.

Vergoed wordt 100% van de kosten van onderstaande voorzieningen
 tot een maximumbedrag per kalenderjaar. De vergoedingen zijn incl.
 techniekkosten.

Gegoten, porselein op metalen of porseleine jacketkroon
 (R20, R25, R26, R13) max. € 250,-

Gegoten opbouw indirecte methode (R32) max. € 88,-

Gegoten opbouw directe methode (R33) max. € 88,-

Brugdeel 1e dummy (R40) max. € 154,-

Brugdeel 2e en volgende dummy (R45) max. € 105,-

Etsbrug zonder preparatie (R60) max. € 127,-

Etsbrug met preparatie (R61) max. € 154,-

Toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde
 tussendeel (R65) max. € 77,-

Indirecte labiale verneering met preparatie (R78) max. € 88,-

Indirecte labiale verneering zonder preparatie (R79) max. € 88,-

Gegoten wortelkappen met stift (P31) max. € 88,-

Extra per precisieverankering (P32) max. € 61,-

De vergoeding voor uitgebreide tandheelkundige hulp (D) bedraagt
 maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar.

De vergoeding van implantaten in een betande kaak wordt gelijk ge-
 steld aan die van een brug. (maximaal € 450,- per kalenderjaar).

Voor vergoeding van de wortelkappen, magneten of drukknopbevesti-
 ging geldt een wachttijd van minimaal één jaar na het plaatsen van de
 overkappingsprothese. Reparaties aan of het opnieuw vastzetten van
 deze voorzieningen worden niet vergoed.

34. Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 21 jaar

Een bijdrage in de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp voor
 astmatische kinderen jonger dan 21 jaar, mits het verblijf geschiedt op
 voorschrift van de behandelend specialist, gedurende ten hoogste 42
 dagen per 2 kalenderjaren.

Vergoeding per dag € 7,-

35. Vaccinaties

50% van de kosten voor alle vaccinaties, welke noodzakelijk zijn voor
 een verblijf in het buitenland.

Maximum vergoeding per verzekerde per kalenderjaar € 46,-

36. Vervangende mantelzorg

Gedurende ten hoogste 14 dagen per verzekerde per kalenderjaar de,
 ten behoeve van de verzorging thuis van een chronische zieke of ern-
 stig gehandicapte verzekerde, gemaakte kosten van professionele 'ver-
 vangende mantelzorg', mits de organisatie daarvan in overleg met de
 maatschappij is getreden.

Vergoeding voor vervangende mantelzorg volledig

37. Ziektkosten en hulpverlening tijdens vakantie in het buitenland (hele wereld)

1. Ziektkosten: Voor de in het buitenland gemaakte kosten tijdens
 vakantie (het is belangrijk uw verzekeringspas mee te nemen), in-
 dien deze betrekking hebben op:

a. spoedeisende opname en behandeling in de laagste klasse in
 een in het betreffende land door de bevoegde overheidsinstantie
 erkend ziekenhuis;

b. spoedeisend onderzoek en behandeling, niet gepaard gaande
 met opname in een ziekenhuis, door een specialist of huisarts
 en de door deze op recept voorgeschreven genees- en verband-
 middelen;

c. spoedeisende tandheelkundige hulp, uitsluitend bestaande uit
 het verhelpen van directe pijnklachten;

d. medisch noodzakelijk vervoer per ambulance of taxi naar het
 dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde arts, mits het
 vervoer in verband staat met een opname, onderzoek of behan-
 deling voor rekening van deze verzekering.

Zodra verzekerde naar het oordeel van de behandelende
 arts(en) naar Nederland kan worden vervoerd dient verzekerde
 zich hieraan te houden, in welk geval de daaraan verbonden
 medisch noodzakelijke extra kosten worden vergoed.

Bovendien worden vergoed de kosten van het vervoer van het
 stoffelijk overschot van een verzekerde naar Nederland.

Geen vergoeding wordt verleend:

a. voor de in het buitenland gemaakte kosten van alternatieve
 geneeskundige hulp;

b. voor de kosten die verband houden met een onderzoek, behan-
 deling of opname welke het doel vormden van het verblijf in
 het buitenland;

c. indien bij vertrek naar het buitenland redelijkerwijs mocht wor-
 den aangenomen, dat geneeskundige hulp in het buitenland
 noodzakelijk was.

De vergoeding geschiedt in Nederlandse valuta op basis van de omre-
 kenkoers zoals deze geldt op de dag waarop de nota is gedateerd. De
 werkelijk gemaakte ziektekosten worden vergoed, mits de hulp spoed-
 eisend is en een verklaring of behandelingsverslag van de behande-
 lend arts of specialist kan worden overlegd. Bij het indienen van apo-
 theeknota's dient tevens het voorschrift of een kopie daarvan te wor-

den overlegd. Voor reizigers naar Marokko geldt als extra voorwaarde dat zij, bij het declareren van geneesmiddelen, verplicht zijn de vignetten van de voorgeschreven geneesmiddelen bij de declaratie in te dienen.

Vergoeding van ziektekosten in het buitenland volledig

2. Hulpverlening: Vergoed worden de door S.O.S.-International gemaakte kosten ter zake van:

- a. te verlenen hulp bij het regelen van:
 1. het ziekenvervoer van een verzekerde naar Nederland,
 2. het vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland;
- b. het waarschuwen van in Nederland met een vaste woonplaats verblijvende naaste familieleden van een verzekerde en diens werkgever;
- c. hulp bij taalproblemen, voorzover deze door S.O.S.-International kon worden verleend;
- d. de bemiddeling bij het overmaken van geld;
- e. de kosten van organisatie van het toezenden van genees- en hulpmiddelen.

De hierboven omschreven hulp wordt verleend, indien ter zake van een acute ziekte of een ongeval ten behoeve van een verzekerde geneeskundige hulp, waarvan de kosten krachtens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen, is geboden.

Vergoeding voor hulpverlening volledig

Vergoedingen van geneeskundige kosten en hulpverlening door de alarmcentrale SOS International geldt voor een bepaalde periode van maximaal 90 aaneengesloten dagen.

In voorkomende gevallen kan hulp worden ingeroepen van S.O.S.-International.

In geval van een ziekenhuisopname in het buitenland dient zulks binnen 3 x 24 uur bij S.O.S.-International te worden gemeld.

S.O.S.-International is dag en nacht bereikbaar onder telefoonnummer (0)20 651 51 51/telefaxnummer (0)20 651 51 09.

Noteert u - alvorens te bellen - het adres en het telefoonnummer waar u bent te bereiken, uw polisnummer alsmede de naam, het adres en het telefoonnummer van het ziekenhuis, arts of specialist en - indien gewenst - de namen en telefoonnummers van degene die dienen te worden gewaarschuwd. De hieraan verbonden kosten worden krachtens deze verzekering vergoed.

38. Uitkering bij een ongeval

Uitkering wordt verleend indien een verzekerde, jonger dan 13 jaar, als gevolg van een ongeval overlijdt of blijvend invalide wordt.

De uitkering bedraagt per verzekerde:

- a. bij overlijden € 2.300,-
- b. bij blijvende invaliditeit € 4.600,-

Op dit onderdeel van de dekking zijn de Algemene en Speciale Voorwaarden van de bij de maatschappij ten tijde van het ongeval in gebruik zijnde polis Persoonlijke Ongevallenverzekering van toepassing. Deze voorwaarden liggen bij de maatschappij ter inzage.

Uitkeringen geschieden aan de door het ongeval getroffen verzekerde of aan zijn wettige erfgenamen. Als zodanig wordt de overheid nimmer erkend.

39. Rechtsbijstand bij schade door medische onregelmatigheden

Aanspraak wordt verleend ter zake van rechtsbijstand binnen Europa bij het verhaal van door een verzekerde geleden schade op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon, indien die schade het gevolg is van een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening binnen Nederland, waarvan de kosten door de maatschappij krachtens de voorwaarden van deze verzekering, dan wel de Basisverzekering, zijn of worden vergoed.

De rechtsbijstand wordt verleend door de D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V. te Amsterdam, wier Algemene Voorwaarden voor Rechtsbijstandsverzekering, welke in gebruik zijn op het moment van het ontstaan van recht op aanspraak op rechtsbijstand, van toepassing zijn. Deze voorwaarden liggen bij de maatschappij ter inzage.

Bij noodzakelijk gebleken inschakeling van externe deskundigen geldt een kostenmaximum per schadegeval van € 4.600,-

Indien aanspraak bestaat op rechtsbijstand op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, dan wel op grond van enige wet of andere voorziening, bestaat - met inachtneming van de Algemene Voorwaarden voor Rechtsbijstand verzekering - slechts aanspraak op vergoeding, indien en voorzover aan die andere verzekering, dan wel wet of voorziening, geen aanspraak kan worden ontleend.

De aanspraak op rechtsbijstand vervalt bij melding van een schade later dan één jaar na beëindiging van deze verzekering.

OVERIGE BEPALINGEN

Premiebetaling:

De premie is verschuldigd bij vooruitbetaling.

Kinderen tot 18 jaar kunnen premievrij (zonder betaling van de verschuldigde verzekeringspremie) aanvullend verzekerd zijn, mits er wordt voldaan aan alle volgende voorwaarden:

- de aanvullende verzekering moet samen afgesloten zijn met een verplichte Basisverzekering.
- de aanvullende verzekering is gelijk aan die van minst uitgebreid verzekerde ouder.

Wachttijd:

Indien de aanvullende verzekering later is afgesloten dan de Basisverzekering, geldt er een wachttijd van 2 maanden.

Verplichtingen in geval van schade:

Uitsluitend originele nota's dienen uiterlijk voor 1 juni van het daaropvolgende jaar bij de maatschappij te worden ingediend.

Voor behandelingen welke op grond van deze voorwaarden uitsluitend op voorschrift van een arts mogen plaatsvinden dient een verwijzing te worden overlegd.