

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

EXTRA-UITGEBREIDE AANVULLENDE VERZEKERING OP DE VERSTREKKINGEN VAN HET ZIEKENFONDS

ALGEMENE VOORWAARDEN

OVERZICHT VAN VERGOEDINGEN

Vergoeding krachtens deze verzekering wordt niet eerder verleend dan na afloop van een wachttijd van twee maanden na de ingangsdatum van de verzekering, tenzij in dit Overzicht van Vergoedingen anders is bepaald. 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 hoofdverzekering, (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);

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 is aangesloten bij de Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN);

6. (Ortho)manuele therapie: de kosten van consulten verleend door een in Nederland gevestigde arts, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG);

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

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

Vergoeding op één behandeldatum € 23,-

Maximum voor alle alternatieve geneeswijzen tezamen per verzekerde per kalenderjaar € 414,-

3. Bevallings 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, worden de daaraan verbonden kosten uitgekeerd.

Geen uitkeringen worden verleend, indien de bevalling binnen een termijn van negen maanden na de ingangsdatum van de verzekering plaatsvindt.

Uitkering van de eigen bijdrage bij bevalling volledig

Vergoeding bij poliklinische bevalling zonder volledig

medische indicatie volledig

4. Bezoek aan een in een ziekenhuis verblijvend kind

De reiskosten (ten hoogste éénmaal per dag heen en terug) voor ziekenbezoek aan een medeverzekerd kind jonger dan 16 jaar, dat langer dan 14 dagen is opgenomen in een in Nederland gelegen ziekenhuis, dat zich op meer dan 40 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 40 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 € 0,12

5. Borstprothese

Het gedeelte van de aanschafprijs, dat de maximale vergoeding uit hoofde van de hoofdverzekering te boven gaat.

Vergoeding van het meerdere boven de maximale Vergoeding volledig

6. Brillenglazen en contactlenzen

De kosten van aanschaf of vervanging van ten hoogste 2 brillenglazen of één stel contactlenzen tot ten hoogste éénmaal per 2 kalenderjaren. (De sterkte dient duidelijk op de nota te zijn aangegeven).

Vergoeding per 2 brillenglazen, inclusief brilmontuur / stel contactlenzen:

1. bij meer dan 0,25 doch niet meer dan 10 dioptrieën € 137,-

2. bij een sterkte van meer dan 10 dioptrieën, exclusief brilmontuur 90%

7. Brilmontuur

De kosten van aanschaf of vervanging van ten hoogste één brilmontuur per 2 kalenderjaren uitsluitend indien de sterkte van de glazen hoger is dan 10 dioptrieën.

Vergoeding per brilmontuur € 50,-

8. 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,-

9. Care for Women - hulp tijdens de overgang

Voor problemen tijdens de overgang kunt u ook terecht bij een overgangsconsulente van Care for Women. De overgangsconsulente is een gediplomeerd verpleegkundige, die zich heeft gespecialiseerd in de problematiek van de overgang. Voor hulp, informatie of een gericht advies kunt u contact opnemen met een overgangsconsulente bij u in de buurt. Tel 0900-1481 (€ 0,35 cpm). Verwijzing is niet nodig. Uw consulten worden voor 75% vergoed tot een maximum van € 150,-. Voor meer informatie kunt u ook terecht op de website: www.careforwomen.nl.

10. Elektrisch epilieren in het gelaat of lasertherapie

75% van de op voorschrift van de behandelend arts terzake gemaakte kosten indien sprake is van hirsutisme (overmatige plaatselijke haargroei) op ongebruikelijke plaatsen in het gelaat van een verzekerde van het vrouwelijke geslacht, mits vooraf door de maatschappij toestemming is verleend.

Maximale éénmalige vergoeding per verzekerde € 455,-

11. Fit-Plan

Op vertoon van de aan verzekerde op grond van deze polis uitgereikt verzekeringsbewijs wordt bij inschrijving en verlenging een korting verleend van 10% op de kosten van een abonnement ten behoeve van een fitheidsprogramma, indien dat wordt gevolgd bij een bij het AFP Preventie Centra Nederland aangesloten centrum.

12. Fysiotherapie

Als uitbreiding op de maximale aanspraak uit hoofde van de hoofdverzekering, worden de kosten van aanvullende fysiotherapeutische behandelingen vergoed, mits medisch geïndiceerd en de maatschappij

- daartoe op voorschrift van de behandelend arts vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven. Per aanvraag worden maximaal 9 behandelingen gemachtigd. De hulp dient te worden verleend door een fysiotherapeut met wie de Zorgverzekeraar een overeenkomst heeft. Vergoeding van het aantal fysiotherapeutische behandelingen per verzekerde per kalenderjaar onbeperkt
- 13. Herstellingsoord**
De kosten van verblijf in een bij het Verbond van Nederlandse Herstellingsoordorganisaties aangesloten herstellingsoord gedurende ten hoogste 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar.
Vergoeding per dag € 35,-
- 14. 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 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,-
- 15. 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 verwijzingen. Het homeopatisch middel (HM) moet geregistreerd staan in het register van de Z-index (= geneesmiddel-index).
Geen vergoeding wordt verleend voor ampullen, middelen voor uitwendig gebruik, mineralen, kruiden en zelfzorgmiddelen.
Vergoeding voor homeopathische geneesmiddelen volledig
- 16. Hoortoestellen**
50% van de eigen bijdrage, welke is verschuldigd boven de maximum vergoeding uit hoofde van de hoofdverzekering.
Maximum vergoeding voor één of meer hoortoestellen per verzekerde per 3 kalenderjaren € 345,-
- 17. 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 € 230,-
Maximum bijdrage in de kosten per verzekerde per kalenderjaar € 685,-
- 18. 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. 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%
- 19. Orthodontie**
80% van de kosten van orthodontische behandelingen, uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts algemeen practicus, in welk laatste geval vooraf toestemming door de maatschappij dient te worden gegeven.
Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient de betreffende verzekerde tot en met 17 jaar ten minste één jaar zonder onderbreking in het bezit te zijn van een tandartskaart, dan wel de betreffende verzekerde ouder dan 17 jaar van een geldig 'bewijs van preventief onderhoud'.
In beide gevallen dient het gebit te zijn gesaneerd, hetgeen inhoudt dat het gebit vrij is van cariës, tandsteen, tandvlees- of andere ontstekingen en eventuele wortelresten.
Niet vergoed worden de kosten van een orthodontische behandeling, welke functioneel niet noodzakelijk is, maar een hoofdzakelijk esthetisch doel heeft. Geen vergoeding wordt verleend indien deze kosten worden gemaakt binnen een termijn van 18 maanden na de ingangsdatum van de verzekering.
Vergoeding van de orthodontische behandelingen 80%
- 20. Plaswekkers**
90% van de op medisch voorschrift gemaakte kosten van de huur van een plaswekker.
Vergoeding gedurende ten hoogste 3 maanden
- 21. Podotherapie**
De kosten van consulten verleend door een erkend podotherapeut of podokinesioloog.
Vergoeding per behandeldatum tot ten hoogste 6 consulten per kalenderjaar € 23,-
- 22. Preventief onderzoek**
Eénmaal per 2 kalenderjaren de kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten alsmede van baarmoederhals- en borstkankeronderzoek.
Vergoeding van preventief onderzoek volledig
- 23. 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,-
- 24. Psychologische hulp (kortdurend)**
De kosten van behandelingen, mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de huisarts.
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.
Vergoeding aantal zittingen per kalenderjaar 12
Vergoeding per zitting € 37,50
- 25. Logeerhuis**
Bij opname van een bij SR-Zorgverzekeraar medeverzekerd 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.
- 26. Second opinion**
De kosten van het op verwijzing van de huisarts raadplegen van een andere dan de behandelend specialist terzake van een door deze voorgestelde behandeling.
Vergoeding van de kosten van een second opinion volledig
- 27. 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%
- 28. Steunpessaria**
De kosten van op medisch voorschrift aangeschafte steunpessaria.
Vergoeding van de kosten van aanschaf volledig

29. 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,-

30. Tandheelkundige hulp

De kosten van de onderstaande behandelingen:

tweede preventief onderzoek (C12) max. 1x per jaar volledig
 avond-, weekend en nachtbehandeling (C85, C86) volledig
 tandsteen verwijderen max. 2x per jaar maximaal het tarief van M50, € 11,50 bij M55 en M59

Anesthesie

verdooving (geleidings- en/of infiltratie-anesthesie) (A10) 80%

Endodontie

wortelkanaalbehandelingen (E10, E15, E20, E25, E35 en E76) volledig

moeizaam verwijderen oud wortelkanaalvulmateriaal of stift, per kanaal (E50) 80%

apexificatie (E65) 80%

Gnatologie inclusief techniekkosten

occlusale spalk (G62) 80% max. € 139,-

repositie spalk (G63) 80% max. € 139,-

controle bezoek spalk (G64) 80%

indirect planmatig slijpen (G65) 80%

occlusale opbeetspalk (G69) 80% max. € 70,-

Parodontologie

80% van de kosten van onderstaande parodontologische behandelingen.

diagnostiek (T11 en T12) 80%

bacteriologisch onderzoek inclusief laboratoriumkosten (T93) 80%

niet chirurgische behandelingen (T21) 80%

chirurgische behandelingen (T70, T71, T72, T82 en T83) 80%

tuber- of retromolaarplastiek (T76) 80%

De kosten voor parodontologische behandelingen worden slechts vergoed indien er sprake is van een instabiele parodontale situatie met een CPITN-score van 3 of 4. Behandelingen dienen vooraf bij de maatschappij te worden aangevraagd.

Restauraties door middel van plastisch materiaal

pitvullingen (V10) volledig

éénvlaksvullingen (V11) volledig

tweevlaksvullingen (V12) volledig

drievlaksvullingen (V13) volledig

kroon van plastisch materiaal (V14) 100%

direct labiale veneering (V15) 80%

etsen, eventueel in combinatie met etsbare onderlaag (V20 en V21) volledig

droogleggen elementen (Cofferdam) (V50) 80%

stiften (V70, V80 en V85) 80%

Uitneembare prothetische voorzieningen

Een percentage van de eigen bijdrage voor kosten (inclusief techniekkosten) gemaakt bij een tandarts of een tandprotheticus, tot een maximum bedrag:

volledig boven- en onderprothese (P30) volledig

volledige boven- of onderprothese (P21 en P25) volledig

volledige bovenprothese in combinatie met onderprothese op implantaten (I85) volledig

volledige onderprothese op implantaten (I87) volledig

individuele afdruk zonder randopbouw (P36) 100% max. € 41,-

individuele afdruk met randopbouw (P14) 100% max. € 59,-

boven- of onderprothese zonder individuele afdruk door tandprotheticus 80% max. € 183,-

boven- of onderprothese met individuele afdruk door tandprotheticus 80% max. € 226,-

partiële kunstharsprothese 1 t/m 4 elementen (P10) 100% max. € 113,-
 partiële kunstharsprothese 5 of meer elementen (P15) 100% max. € 188,-

extra voor individuele afdruk met randopbouw (P16) 80% max. € 59,-

extra voor gegoten anker (P18) 80% max. € 40,-

gegoten wortelkappen met stift (P31) 100% max. € 76,-

extra per precisieverankering (P32) 100% max. € 51,-

partiële frameprothese 1 t/m 4 elementen (P34) 80% max. € 370,-

partiële frameprothese 5 of meer elementen (P35) 80% max. € 452,-

prothesetarief verhoogd met per immediaat te vervangen element (P40) 100% max. € 8,-

uitgebreid onderzoek naar het functioneren van bestaande prothese (P60) 80%

planmatig inslijpen bestaande prothese (P65) 80%

tissue conditioning (P50) 80%

overkappingsprothese (extra per element) (P29) 80%

rebasen (P51, P52, P53 en P54) 80%

bijplaatsen van elementen aan bestaande prothese (P79) 80%

reparatiekosten van een partiële prothese (P57 en P58) 80%

maximum vergoeding voor alle prothetische hulp tezamen per verzekerde per 2 kalenderjaren € 660,-

Voor de vergoeding van wortelkappen, magneten of drukknopbevestiging geldt een wachttijd van minimaal één jaar na het plaatsen van de overkappingsprothese.

Voor prothetische hulp door een tandprotheticus en de tariefcodes P21, P25, P30, P36 en P14 geldt, dat in elke willekeurige periode van 8 aaneengesloten kalenderjaren er maximaal twee per verzekerde worden vergoed.

Om voor vergoeding van tandheelkundige hulp in aanmerking te komen, gelden de volgende voorwaarden:

- de hulp is verleend door een tandarts of tandprotheticus die een overeenkomst met de Zorgverzekeraar heeft gesloten;
- er worden geen vergoedingen uit deze verzekering verstrekt voor behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd dan wel tandheelkundig niet doelmatig zijn;
- geen vergoeding wordt verleend, indien deze kosten voor alle tot nu toe genoemde tandheelkundige behandelingen worden gemaakt binnen een termijn van drie maanden na de ingangsdatum van de verzekering.
- om in aanmerking te komen voor vergoeding van tandheelkundige behandelingen, dient de verzekerde minstens één jaar zonder onderbreking in het bezit te zijn van een tandartskaart (voor jeugdige verzekerden) of van een geldig 'bewijs van preventief onderhoud' (voor volwassenen, ouder dan 17 jaar);
- het gebit dient vrij te zijn van cariës, tandsteen, tandvleesontstekingen of andere ontstekingen en eventuele wortelresten.

Uitgebreide tandheelkundige hulp

een percentage van de kosten van onderstaande voorzieningen

tot een maximum bedrag:

tweevlaksinlay (R12) 80% max. € 138,-

drievlaksinlay (R13) 80% max. € 180,-

gegoten porselein op metalen kroon of porseleinen jacketkroon (R20, R25, R26 en R27) 80% max. € 218,-

opbouw plastisch materiaal (R31) 80%

gegoten opbouw, indirecte methode (R32) 80% max. € 88,-

gegoten opbouw, directe methode (R33) 80% max. € 91,-

brugdeel 1e dummy (R40) 80% max. € 143,-

brugdeel 2e en volgende dummy (R45) 80% max. € 76,-

intra-coronaire brugverankering (R46) 80%

etsbrug zonder preparatie (R60) 80% max. € 194,-

etsbrug met preparatie (R61) 80% max. € 224,-

opnieuw vastzetten etsbrug (R75) 80%

toeslag voor elke volgende dummy in zelfde tussendeel (R65)	80% max. € 114,-
toeslag boven aantal 2 bevestigingen (R66)	80% max. € 23,-
opnieuw vastzetten gegoten restauratie (R74)	80 %
extra voor gegoten opbouw onder bestaande kroon (R76)	80%
indirecte labiale veneering met preparatie (R78)	80% max. € 136,-
directe labiale veneering zonder preparatie (R79)	80% max. € 162,-
magneten of drukknopbevestiging	80% max. € 51,-

De vergoeding is voor kronen, brugdelen en inlays samen maximaal 6 eenheden per periode van 3 aaneengesloten kalenderjaren. Bepalend voor vergoeding is het aantal verstrekkingen in de afgelopen jaren. Er wordt dus steeds teruggekeken of in de laatste 3 kalenderjaren niet meer dan 6 kronen, brugdelen of inlays zijn vergoed. De vergoeding van implantaten in een betande kaak wordt gelijk gesteld aan die van een brug (maximaal € 450,- per kalenderjaar). De vergoeding voor een implantaat dient door de tandarts schriftelijk te worden aangevraagd.

Om voor vergoeding van uitgebreide tandheelkundige hulp in aanmerking te komen gelden de volgende voorwaarden:

- geen vergoeding wordt verleend indien deze kosten worden gemaakt binnen een termijn van 12 maanden na de ingangsdatum van de verzekering;
- de aanvraag dient vooraf met een specificatie van de geraamde kosten en een behandelplan bij de maatschappij te worden ingediend;
- bij de aanvraag dienen een status praesens en een foto van de te behandelen elementen aanwezig te zijn;
- het gebit dient zich in een - volgens tandheelkundig geaccepteerde normen - stabiele situatie te bevinden. Zowel in de boven- als onderkaak dienen voldoende elementen aanwezig te zijn die samen een functionele eenheid vormen. Als uitgangspunt wordt gehanteerd dat zowel aan de rechter- als de linkerkant van het gebit minimaal twee op redelijke afstand van elkaar bevindende, kwalitatief goed functionerende antagonistparen (occlusale eenheden) aanwezig zijn;
- reeds door een frame of brug vervangen elementen mogen deel uitmaken van de in lid d genoemde occlusale eenheden;
- om in aanmerking te kunnen komen voor vergoeding van uitgebreide tandheelkundige behandelingen, dient de verzekerde minstens één jaar zonder onderbreking in het bezit te zijn van een tandartskaart (voor jeugdige verzekerden) of van 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.

31. 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,-

32. Vaccinaties

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

Maximum vergoeding per verzekerde per kalenderjaar € 46,-

33. Vervangende mantelzorg

Gedurende ten hoogste 14 dagen per verzekerde per kalenderjaar, ten behoeve van de verzorging thuis van een chronische zieke of ernstig gehandicapte verzekerde, gemaakte kosten van professionele 'vervangende mantelzorg', mits de organisatie daarvan door of in overleg met de maatschappij heeft plaatsgevonden.

Vergoeding voor vervangende mantelzorg volledig

34. Ziektekosten en hulpverlening in het buitenland

- Ziektekosten: Voor de in het buitenland gemaakte kosten tijdens vakantie, indien deze betrekking hebben op:

- spoedeisende opname en behandeling in de laagste klasse in een in het betreffende land door de bevoegde overheidsinstantie erkend ziekenhuis;
- 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 verbandmiddelen;
- spoedeisende tandheelkundige hulp, uitsluitend bestaande uit het verhelpen van directe pijnklachten;
- 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 behandeling voor rekening van deze verzekering.

Zodra verzekerde naar het oordeel van de behandelend(e) 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:

- voor de in het buitenland gemaakte kosten binnen een termijn van 6 maanden na ingangsdatum van de verzekering, behalve wanneer sprake is van een verzekerde overkomen ongeval;
- voor de in het buitenland gemaakte kosten van alternatieve geneeskundige hulp;
- voor de kosten die verband houden met een onderzoek, behandeling of opname welke het doel vormden van het verblijf in het buitenland;
- indien bij vertrek naar het buitenland redelijkerwijs mocht worden aangenomen, dat geneeskundige hulp in het buitenland noodzakelijk was.

De vergoeding geschiedt in Nederlandse valuta op basis van de omrekenkoers zoals deze geldt op de dag waarop de nota is gedateerd.

Vergoeding van ziektekosten in het buitenland volledig

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

- te verlenen hulp bij het regelen van:
 - het ziekenvervoer van een verzekerde naar Nederland,
 - het vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland;
- het waarschuwen van in Nederland met een vaste woonplaats verblijvende naaste familieleden van een verzekerde en diens werkgever;
- hulp bij taalproblemen, voorzover deze door S.O.S.-International kon worden verleend;
- de bemiddeling bij het overmaken van geld;
- 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.

Geen vergoeding wordt verleend voor hulpverlening waarvan de kosten worden gemaakt binnen een termijn van 6 maanden na de ingangsdatum van de verzekering, behalve wanneer sprake is van een verzekerde overkomen ongeval.

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.

De werkelijk gemaakte ziektekosten worden vergoed, mits de hulp spoedeisend is en een verklaring of behandelingsverslag van de behandelend arts of specialist kan worden overlegd. Voor reizigers naar Marokko geldt als extra voorwaarde dat zij, bij het declareren van geneesmiddelen, ver-

plicht zijn de vignetten van de voorgeschreven geneesmiddelen bij de declaratie in te dienen.

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.

35. 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 € 2.500,-
- b. bij blijvende invaliditeit € 5.000,-

Indien bij een gebeurtenis meer verzekerden jonger dan 13 jaar een ongeval overkomt, wordt uit hoofde van deze verzekering niet meer uitgekeerd dan in totaal € 12.500,- bij overlijden, dan wel € 25.000,- bij blijvende invaliditeit.

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.

36. 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 hoofdverzekering, 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 € 5.000,-

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 verleend.

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