

# AnderZorg Aanvullende Verzekering behorende bij de Standaard Pakket Polis

## Inhoudsopgave

## Artikelnummer

### Algemene Verzekeringsvoorwaarden

Definities .....	1
Begripsomschrijvingen .....	2
Grondslag van de verzekering .....	3
Aanmelding en aanvang verzekering .....	4
Premie .....	5
Herziening van premie en/of verzekeringsvoorwaarden .....	6
Strekking van de verzekering .....	7
Indiening en vergoeding van de nota's en verval vorderingsrecht .....	8
Dekkingsgebied .....	9
Samenloop .....	10
Aansprakelijkheid van derden .....	11
Aanspraak op toezeggingen .....	12
Opschorting dekking/vervallen rechten .....	13
Gezins- en adreswijziging .....	14
Duur en beëindiging van de verzekering .....	15
Opzegging van de verzekering door de maatschappij .....	16
Uitsluitingen .....	17
Geschillen .....	18
Persoonsgegevens .....	19
Niet voorziene gevallen .....	20
Slotbepaling .....	21
Clausuleblad Terrorismedekking .....	22

### Omvang van de dekking

Alternatieve geneeswijzen .....	1
Paramedische hulp (fysiotherapie, manuele therapie door een fysiotherapeut, chiropractie) ..	2
Second opinion .....	3
Preventieve geneeskunde/buitenlandpreventiepakket .....	4
Bijzondere aanspraken buitenland .....	5
Vergoeding eigen risico .....	6
Eigen bijdrage hulpmiddelen .....	7

# Algemene Verzekeringsvoorwaarden

## ARTIKEL 1 Definities

**1.1 De maatschappij:** Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij Anderzorg N.V.

**1.2 Verzekeringnemer:** Degene die de verzekeringsovereenkomst met de Maatschappij is aangegaan.

**1.3 Verzekerde:** Ieder die op de polis als zodanig staat vermeld.

## ARTIKEL 2 Begripsomschrijvingen

**2.1 Arts:** Ieder in het bezit van het artsdiploma, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

**2.3 CTG:** Collectieve Tarieven Gezondheidszorg.

**2.2 Fysiotherapeut:** een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

**2.3 Hoofdverzekering:** De door de Maatschappij gevoerde particuliere ziektekostenverzekering, de op basis van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) gevoerde verzekering (Standaard(Pakket)Polis), of de ziekenfondsverzekering afgesloten bij het ziekenfonds van de Maatschappij, niet zijnde de aanvullende verzekering(en) die in combinatie met de hiervoor genoemde hoofdverzekeringen bij de Maatschappij kunnen worden afgesloten.

**2.4 Huisarts:** Een in Nederland in de woonplaats of in de verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan gevestigde arts, die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erken- de Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent.

Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

**2.5 Hulpmiddelen:** De middelen die in de Bepaling Hulpmiddelen van de Maatschappij zijn opge- nomen.

**2.6 Kalenderjaar:** De periode van 1 januari tot en met 31 december van enig jaar.

**2.7 Medisch adviseur:** De arts die de Maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.

**2.8 Oefentherapeut César/oefentherapeut Mensendieck:** Een in Nederland gevestigde oefenthe- rapeut César/Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergothera- peut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

**2.9 Specialist:** Een in Nederland gevestigde arts, die staat ingeschreven in een specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

**2.10 Spoedeisende zorg in het buitenland:** Situatie waarin de gezondheidstoestand van verzeker- de onmiddellijk geneeskundige verzorging noodzakelijk maakt en niet kan worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland.

**2.11 Wet BIG:** Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

**2.12 Ziekenhuis:** Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten alsmede het Nederlandse Astmacentrum te Davos.

**2.13 Zorgverzekeraars Nederland (ZN):** De overkoepelende organisatie, die als vertegenwoordiger van aangesloten zorgverzekeraars, dan wel van aangesloten organisaties van verzekeraars optreedt.

### **ARTIKEL 3 Grondslag van de verzekering**

**3.1** Het volledig ingevulde en ondertekende aanmeldingsformulier met de daarin door de verzekeringnemer of de verzekerde gedane al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk door de verzekeringnemer of verzekerde verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering.

De Maatschappij kan zonder opgaaf van redenen een aanvraag afwijzen of bepalen kwalen, ziekten of gebreken van uitkering uit te sluiten; bij een dergelijke uitsluiting blijven de verschuldigde premies ongewijzigd.

**3.2** Deze aanvullende verzekering is gekoppeld aan de Standaard Pakket Polis (SPP). Indien de SPP wordt beëindigd, vervalt het recht op inschrijving in de aanvullende verzekering behorende bij de Standaard Pakket Polis.

### **ARTIKEL 4 Aanmelding en aanvang verzekering**

**4.1** Bij het aangaan van de verzekering kan men in het algemeen volstaan met het invullen van een aanmeldingsformulier met een vereiste gezondheidsverklaring van de aspirant-verzekerde.

Na acceptatie door de Maatschappij, geadviseerd door de medisch adviseur, gaat de verzekering in op de datum die door de Maatschappij op de polis is vermeld.

Voor personen met een andere hoofdverzekering welke bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd automatisch in de door de overheid bij wet ingevoerde Standaard Pakket Polis (SPP) wordt omgezet, gaat deze verzekering in per de eerste van de maand waarin verzekerde 65 jaar wordt.

**4.2** De aanvraag kan zonder opgaaf van redenen door de Maatschappij geweigerd worden.

### **ARTIKEL 5 Premie**

**5.1** De premie wordt vastgesteld op basis van de gemaakte kosten en de noodzakelijke voorzieningen en reserveringen. De in rekening te brengen premie dient op de premievervaldatum van de nota te zijn voldaan. Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van de Maatschappij te vorderen vergoedingen.

### **ARTIKEL 6 Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico**

**6.1** De Maatschappij heeft het recht de verzekeringsvoorwaarden, de premies en/of de eigen risico's en bloc danwel regionaal en bloc of groepsgewijs -op een door de Maatschappij vast te stellen datum- te herzien. Bij een (procentuele) premieverhoging zal de verhoging worden berekend over de op dat moment van toepassing zijnde premie. Bij een (procentuele) verhoging van het eigen risico zal de verhoging worden berekend over het van toepassing zijnde eigen risico.

**6.2** Ingeval de herziening de aanspraken voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst beperkt en/of de premie en/of het eigen risico wordt verhoogd, dan heeft verzekeringnemer met inacht-

neming van het gestelde in lid 6.3 en 6.4- het recht de verzekeringsovereenkomst schriftelijk te beëindigen. Indien voornoemde beperking van de aanspraken en/of premieverhoging en/of eigen risicoverhoging alleen betrekking heeft op een of meer aanvullende verzekeringen, dan kunnen alleen deze aanvullende verzekeringen schriftelijk worden beëindigd en niet de hoofdverzekering.

**6.3** Indien de Maatschappij vóór de 31ste dag na de datum van de mededeling over de voorgenomen beperking van de aanspraken, premieverhoging en/of eigen risicoverhoging geen schriftelijk bericht van de verzekeringnemer heeft ontvangen dat deze niet akkoord is met de herziening, wordt de verzekering voortgezet volgens de nieuwe verzekeringsvoorwaarden, premie en/of eigen risico.

**6.4** De bevoegdheid tot beëindiging van de verzekeringsovereenkomst bestaat niet in de navolgende gevallen:

- a. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of het eigen risico voortvloeiende uit wettelijke regelingen, wettelijke bepalingen en/of overheidsmaatregelen, waaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
- b. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of eigen risico betrekking hebbende op het bereiken van een bepaalde leeftijdsgrens door een verzekerde;
- c. een premiewijziging betrekking hebbende op een wijziging van de wettelijke bijdrage/wettelijke eigen risico en/of invoering c.q. wijziging van de nominale AWBZ-premie.

## **ARTIKEL 7 Strekking van de verzekering**

Voor elk op de polis of in een aanhangsel genoemde verzekerde wordt vergoeding verleend van kosten voor de verstrekkingen, zoals deze staan omschreven in de "Omvang van de Dekking". Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het CTG. De Maatschappij is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is (conform artikel 251 Wetboek van Koophandel) bevoegd met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekeringsvoorwaarden in te roepen, indien de mededelingen in het aanmeldingsformulier, dan wel de afzonderlijke gegevens, in strijd met de waarheid waren of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn dat de verzekering niet of niet onder dezelfde verzekeringsvoorwaarden zou zijn gesloten, indien de Maatschappij hiervan kennis had gedragen.

## **ARTIKEL 8 Indiening en vergoeding van de nota's en verval vorderingsrecht**

**8.1** Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, dient de verzekeringnemer er zorg voor te dragen dat de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de Maatschappij in te dienen. Bepalend voor het recht op uitkering is de behandeldatum en datum van leverantie, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

**8.2** Alle originele nota's dienen op een zodanige wijze gespecificeerd te zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij is gehouden. Kopie-nota's worden door de Maatschappij niet in behandeling genomen. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn. De uitkering op de originele nota kan nooit meer bedragen dan de werkelijk gemaakte kosten.

**8.3** Het indienen van de nota('s) dient vergezeld te gaan van het polisnummer en de aantekening of de nota wel of niet is betaald en deze te zenden naar het centrale correspondentieadres van de Maatschappij: Postbus 11072 – 9700 CB Groningen.

8.4 Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het CTG.

## **ARTIKEL 9 Dekkingsgebied**

De dekking van deze aanvullende verzekering is uitsluitend geldig binnen Nederland, met uitzondering van artikel 5 van de "Omvang van de dekking".

## **ARTIKEL 10 Samenloop**

Indien, zo deze verzekeringsovereenkomst niet bestond, door verzekeringnemer of verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidie-regeling dan wel een andere (verzekerings)overeenkomst, ongeacht het tijdstip waarop deze van kracht is geworden c.q. is aangegaan, aanspraak op vergoeding van verzekerde kosten of op verstrekkingen kan worden gemaakt, dan is onderhavige overeenkomst eerst in de laatste plaats geldig.

## **ARTIKEL 11 Verhaal tegenover derden**

11.1 Bij mogelijke aanspraak jegens derden is de verzekerde verplicht de Maatschappij daarvan ten spoedigste in kennis te stellen.

11.2 De verzekerde is in dit geval gehouden de door de Maatschappij wenselijk geachte medewerking te verlenen om haar in staat te stellen de kosten op aansprakelijke derden te verhalen. Bij het in gebreke blijven hiervan vervalt het recht op vergoeding en heeft de Maatschappij het recht de uitgekeerde bedragen terug te vorderen.

11.3 De verzekerde is niet gerechtigd enigerlei toezeggingen te doen of kwijting te verlenen, zonder vooraf toestemming van de Maatschappij te hebben ontvangen.

## **ARTIKEL 12 Aanspraak op toezeggingen**

Uitsluitend wanneer de Maatschappij telefonische of mondelinge toezeggingen schriftelijk heeft bevestigd, kan door verzekerde aanspraak worden gemaakt op de betreffende verstrekking(en).

## **ARTIKEL 13 Opschorting dekking/vervallen rechten**

13.1 Bij niet betaling van de premie binnen 30 dagen na de premievervaldatum, vervalt het recht op uitkering, terwijl de verplichting tot premiebetaling blijft bestaan. Ingebrekestelling door de Maatschappij is hiervoor niet noodzakelijk.

13.2 Vanaf de eerste dag waarover de achterstallige premie verschuldigd is, tot aan de dag volgend op de dag waarop de achterstallige premie alsnog is voldaan, vervalt het recht op vergoeding; dat wil zeggen dat na het opnieuw van kracht worden van de dekking er geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoedingen van kosten gemaakt of waartoe de noodzaak of de verwachting om deze te maken zich geopenbaard heeft in de periode van opschorting van de dekking, ondanks eventueel eerder afgegeven garantieverklaringen en/of schriftelijke toezeggingen.

13.3 De dekking wordt onder eventueel nader te stellen voorwaarden weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten van invordering door de Maatschappij zijn ontvangen, tenzij de verzekering door de Maatschappij is c.q. wordt beëindigd wegens wanbetaling.

**13.4** Indien de Maatschappij maatregelen treft tot incasso van haar vordering, komen alle kosten invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk voor rekening van de verzekeringnemer.

**13.5** Geen rechten aan deze verzekering kunnen worden ontleend in geval dat verzekerde zich ten tijde van het ontstaan van de kosten buiten Nederland heeft gevestigd c.q. zijn/haar vaste woon- of verblijfplaats in het buitenland heeft.

#### **ARTIKEL 14 Gezins- en adreswijziging**

**14.1** De verzekeringnemer dient aan de Maatschappij schriftelijk mededeling te doen van alle wijzigingen zoals: verandering van adres, verandering van gezinssamenstelling en overlijden en wel binnen één maand nadat de wijziging heeft plaatsgevonden.

**14.2** Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bij de Maatschappij bekend adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

#### **ARTIKEL 15 Duur en beëindiging van de verzekering**

**15.1** Bij toetreding op 1 januari wordt de verzekering aangegaan voor de duur van het kalenderjaar en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd.

**15.2** Ingeval de verzekering in de loop van een kalenderjaar aanvangt, wordt de overeenkomst voor het lopende kalenderjaar aangegaan én het daarop volgend kalenderjaar, met dien verstande dat de verzekering daarna stilzwijgend van jaar tot jaar wordt verlengd.

**15.3** Opzegging van de verzekering dient uiterlijk vóór 1 oktober van enig jaar bij aangetekend schrijven in het bezit te zijn van de Maatschappij.

**15.4** Tussentijdse beëindiging kan alleen plaatsvinden:

- a. door overlijden van een verzekerde;
- b. door vestiging in het buitenland;
- c. indien niet meer wordt voldaan aan het bepaalde in artikel 3.2.

#### **ARTIKEL 16 Opzegging van de verzekering door de Maatschappij**

**16.1** De Maatschappij is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de verzekeringnemer niet aan de betalingsverplichtingen jegens de Maatschappij binnen de gestelde termijn heeft voldaan, terwijl de verplichting tot betaling met betrekking tot de vordering blijft bestaan.

**16.2** Tevens kan de Maatschappij de verzekering beëindigen, ingeval:

- a. de verzekerde in strijd met de reglementen of besluiten van de Maatschappij handelt;
- b. de verzekerde de Maatschappij op onredelijke wijze benadeelt;
- c. verzekeringnemer of verzekerde zich jegens de Maatschappij schuldig maakt aan bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededelingen of andere ernstige misdrijven;
- d. de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is.

#### **Artikel 17 Uitsluitingen**

**17.1** Geen aanspraak kan worden gemaakt op de vergoeding van kosten van medische behandeling die een zorgverlener aan zichzelf of zijn/haar gezinsleden in rekening brengt.

## **Artikel 18 Geschillen**

Indien verzekerde zich niet met een beslissing van de Maatschappij kan verenigen dient hij de volgende regels in acht te nemen. Binnen zes weken nadat die beslissing aan hem is meegedeeld zal hij het geschil voorleggen aan de Maatschappij, ter attentie van de afdeling KBB, Postbus 11072, 9700 CB te Groningen. De Maatschappij dient binnen zes weken nadat zij door verzekerde van het geschil op de hoogte is gesteld, daaromtrent te beslissen. Bij gebreke van een beslissing binnen de gestelde termijn wordt de oorspronkelijke beslissing geacht door de Maatschappij te zijn bevestigd. Het vorenstaande is eveneens van toepassing indien verzekerde klachten heeft over de totstandkoming en/of de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst door de Maatschappij.

Verzekerde kan, nadat door de Maatschappij haar definitieve standpunt kenbaar is gemaakt of ingeval binnen een periode van zes weken na ontvangst van het geschil of de klacht de Maatschappij niet heeft gereageerd, het geschil of de klacht ter bemiddeling voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Verzekerde kan het geschil of de klacht ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter.

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

## **ARTIKEL 19 Persoonsgegevens**

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door de Maatschappij gebruikt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en de wettelijke regelingen. Tevens worden persoonsgegevens gebruikt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie of om te informeren over relevante producten en diensten.

## **Artikel 20 Niet voorziene gevallen**

In alle gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de Maatschappij.

## **Artikel 21 Slotbepaling**

Deze verzekeringsvoorwaarden treden in werking op 1 januari 2004. Alle voorgaande verzekeringsvoorwaarden komen hiermee te vervallen.

## **Artikel 22 Clausuleblad Terrorismedekking**

bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Op de verzekering is het clausuleblad van toepassing ten aanzien van het terrorisme-risico zoals vastgesteld door de NHT.

# Omvang van de Dekking

## ARTIKEL 1 Alternatieve geneeswijzen

Terzake van alternatieve geneeswijzen wordt, mits de hulp in Nederland wordt verleend, maximaal voor alle behandelingen tezamen € 340,- per verzekerde per kalenderjaar vergoed.

1.1 De homeopathische geneesmiddelen, mits deze zijn voorgeschreven door een in Nederland gevestigd arts en zijn afgeleverd door een in Nederland gevestigd apotheek, worden tot een maximum van € 227,- per verzekerde per kalenderjaar vergoed. Onder homeopathische geneesmiddelen wordt verstaan de geneesmiddelen zoals wettelijk gedefinieerd in het Koninklijk Besluit Homeopathische Farmaceutische Produkten, welke dienen te voldoen aan de Europese richtlijnen en officieel geregistreerd en erkend zijn.

1.2 Uitsluitend de behandelingen verricht door de navolgende artsen komen voor vergoeding in aanmerking:

- een arts die prakticeert als natuurarts en lid is van de Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuur Geneeswijzen (ABNG);
- een in Nederland gevestigde arts, die prakticeert als homeopathisch arts en aangesloten is bij de Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN);
- een antroposofisch arts die lid is van de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
- een arts-fleboloog als zodanig werkzaam in de groepspraktijk van flebologen te Terwolde, of een arts die zich van daaruit als fleboloog heeft gevestigd;
- een arts die prakticeert als enzymtherapeut en die zich vanuit het Biomedisch Centrum 'De Koningshof' te Haarzuilens, of het Medisch Centrum 'De Hoge Donken' te 's-Hertogenbosch als zelfstandig enzymtherapeut heeft gevestigd;
- een arts die patiënten behandelt volgens de Moerman-therapie; een arts-acupuncturist die in het bezit is van het C-diploma van de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging of Stichting (NAAV/NAAS), of van het Internationaal College of Oriental Medicine.

## ARTIKEL 2 Paramedische hulp (fysiotherapie, manuele therapie door een fysiotherapeut, chiropractie)

### 2.1 Fysiotherapie

Fysiotherapie in aanvulling op de vergoedingsregeling fysiotherapie en oefentherapie krachtens de Standaard Pakket Polis, worden door de Maatschappij, indien daartoe medisch geïndiceerd, vervolghandelingen fysiotherapie of oefentherapie Mensendieck/oefentherapie César volledig vergoed met dien verstande dat eerst vooraf toestemming bij de Maatschappij dient te worden aangevraagd middels een behandelplanformulier fysiotherapie.

Dit behandelplanformulier behoort verzekerde zelf bij de Maatschappij aan te vragen.

### 2.2 Manuele therapie door een fysiotherapeut

Uitsluitend na verwijzing door de behandelend arts worden de kosten van manuele therapie vergoed, indien de fysiotherapeut staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT). Op de nota dienen de behandelingsdata en het registratienummer van de therapeut in het register (NVMT) te worden vermeld. De verwijfsbrief of een kopie daarvan dient met de nota van de manueel therapeut te worden meegezonden naar de Maatschappij.



### **2.3 Chiropractie**

Onder een chiropractor wordt verstaan een in Nederland gevestigde chiropractor die aangesloten en geregistreerd is bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA) of International Chiropractors Association (ICA).

### **2.4 Vergoedingen**

Voor de behandelingen genoemd in artikel 2.1, 2.2 en 2.3 geldt een maximale vergoeding van totaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar, overeenkomstig het door het CTG vastgestelde tarief voor een zitting fysiotherapie.

### **2.5 Geen vergoeding wordt verleend voor:**

- a. fysiotherapie op haptonomische basis, lasertherapie en acupunctuur;
- b. vervoer, verband houdende met fysiotherapie/manuele therapie, tenzij met de Maatschappij anders is overeengekomen;
- c. bandages, tapes, hot- of coldpacks;
- d. afnemen van testen;
- e. individuele behandeling danwel groepsbehandeling, die er slechts toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen;
- f. trainings- en/of therapieprogramma's (waaronder o.a. Medplan).

### **ARTIKEL 3 Second opinion**

Vergoed worden de kosten voor het raadplegen van een andere specialist, indien de behandelend specialist een operatieve ingreep heeft voorgesteld.

### **ARTIKEL 4 Preventieve geneeskunde/buitenlandpreventiepakket**

**4.1** Vergoed worden de kosten van onderzoek of behandeling door de huisarts of specialist voor:

- onderzoek van hart- en bloedvaten, maximaal 1 maal per twee jaar;
- baarmoederhals- (uitstrijkje) en borstkankeronderzoek;
- anti-griepvirus injectie.

**4.2** Bij tijdelijk verblijf van een verzekerde in het buitenland wordt voor risicovolle landen een buitenlandpreventiepakket verstrekt. Dit pakket bevat onder meer een bloedtransfusieset, steriele spuit, naalden en handschoenen.

De aanvraag voor verstrekking dient vooraf te geschieden, waarbij door de Maatschappij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

### **4.3 Vaccinaties**

Vergoed worden de kosten van preventieve geneesmiddelen ten behoeve van een tijdelijk verblijf in het buitenland tot een maximum van € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

### **ARTIKEL 5 Bijzondere aanspraken buitenland**

Mits medische redenen hieraan ten grondslag liggen en/of de noodzaak kan worden aangetoond kan verzekerde rechten doen laten gelden op:

#### **5.1 Medische bijstand en repatriëring van verzekerden**

Bij ernstige ziekte of ongeval in het buitenland belt of laat de verzekerde bellen naar de alarmcentrale in Nederland – Alarmcentrale, Tel.: 050 – 523 47 90.

Indien de artsen het medisch vervoer van de verzekerde naar een beter of meer gespecialiseerd ziekenhuis, respectievelijk het repatriëren voorstellen, dan zal de alarmcentrale zich hiermee belasten. Uitsluitend medische redenen worden in aanmerking genomen bij de keuze van het vervoermiddel. In elk geval zal de goedkeuring van het medisch team van de alarmcentrale vooraf gaan aan het transport. De alarmcentrale belast zich met de repatriëring van de verzekerde kinderen beneden de 16 jaar, wanneer degenen die er in het buitenland zorg voor dragen, hiertoe ten gevolge van ziekte of ongeval niet in staat zijn.

## **5.2 Hulpverlening in het buitenland**

Voorschot van geneeskundige kosten

Bij ziekenhuisopname van de verzekerde in het buitenland zal de alarmcentrale stappen ondernemen, teneinde directe betaling van de geneeskundige kosten te waarborgen. In noodgevallen zal de alarmcentrale deze kosten voorschieten, mits garantiestelling dan wel een deposito door de Maatschappij wordt afgegeven. De alarmcentrale zal onderzoek verrichten naar de medische noodzaak en de duur van de ziekenhuisopname in het buitenland en zal tevens nagaan of de declaraties van de geneeskundige kosten correct zijn.

## **5.3 Repatriëring na overlijden**

Bij overlijden van een verzekerde belast de alarmcentrale zich met alle formaliteiten ter plaatse en met transport tot in Nederland. Wordt hiervan geen gebruik gemaakt, dan bestaat recht op vergoeding van de begrafeniskosten ter plaatse en van de kosten van vervoer van de familieleden in de eerste en tweede graad c.q. duurzaam samenlevend persoon, tot ten hoogste het bedrag dat zou zijn uitgespaard bij het niet-vervoeren van het stoffelijk overschot naar de woonplaats en met een maximum van € 5672,-.

## **5.4 Reisbiljet ten behoeve van een familielid**

Bij verblijf in een ziekenhuis langer dan 5 dagen, zal de alarmcentrale zich met het vervoer van een familielid c.q. duurzaam samenwonend persoon belasten om de in het ziekenhuis opgenomen verzekerde te kunnen bezoeken. Verblijfkosten worden vergoed tot maximaal € 68,- per dag, met een maximum van drie dagen.

## **5.5 Terugroeping naar Nederland**

De alarmcentrale stelt een reisbiljet ter beschikking van verzekerde indien:

- a. een familielid in de eerste of tweede graad c.q. duurzaam samenlevend persoon, is overleden of in ernstige toestand in een ziekenhuis is opgenomen, mits dit gezien de gezondheidstoestand redelijkerwijs niet te voorzien was;
- b. een belangrijke zaakschade aan zijn eigendommen door brand, inbraak, explosie, blikseminslag, storm of overstroming terugroeping vereist.

## **5.6 Kosten door oponthoud door natuurgeweld en staking**

Indien door natuurgeweld, zoals lawines, bergstorting of abnormale sneeuwval alsmede (tijdens de terugreis) door werkstaking bij vervoersondernemingen oponthoud ontstaat, zijn de daardoor veroorzaakte extra kosten van een langer verblijf gedekt tot een bedrag van € 45,- per verzekerde per dag, met een maximum van twee dagen.

## **5.7 Toezending van medicijnen**

De alarmcentrale belast zich met het verzenden van medisch noodzakelijke medicijnen, die niet ter plaatse verkrijgbaar zijn.

De kosten van de medicijnen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

## **5.8 Doorgeven van boodschappen**

De alarmcentrale belast zich met het doorgeven van dringende boodschappen, vallende onder de omschreven hulpverlening.

## **5.9 Bemiddeling inzake geld**

De alarmcentrale neemt voor haar rekening de bemiddelingskosten (inclusief kosten van overmaking) van het in noodgevallen benodigde geld. Voorschotten of garanties worden niet verstrekt.

## **5.10 Assistentie (inclusief tolken) bij verlies paspoort e.d.**

Indien problemen ontstaan met betrekking tot verlies van documenten, paspoort, visa, vliegticket, etc., zal de alarmcentrale ter plaatse assistentie verlenen en de verzekerde met raad en daad bijstaan bij ambassades, consulaten en andere officiële instanties.

## **5.11 Telefoon-, telegram- en telefaxkosten**

Indien recht op vergoeding van schade, recht op uitkering of hulpverlening bestaat, worden de noodzakelijk gemaakte telefoon-, telegram- en telefaxkosten om de alarmcentrale te bereiken, vergoed.

## **5.12 Geldigheidsgebied bijzondere aanspraken**

- a. In Nederland wonende verzekerden. De uitkeringen en diensten zoals bij de bijzondere aanspraken zijn vermeld, zullen worden toegekend aan verzekerden wanneer zij reizen in de gehele wereld met uitzondering van Nederland;
- b. Buiten Nederland wonende verzekerden. De uitkeringen en diensten zoals bij de bijzondere aanspraken zijn vermeld, zullen worden toegekend aan verzekerden wanneer zij reizen in de gehele wereld met uitzondering van het land waarin hun woonplaats is gelegen;
- c. Vergoeding van de in het buitenland gemaakte kosten geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel tegen de wisselkoers die bij de Nederlandse Bank gold op de dag waarop de behandeling in het buitenland plaatsvond.

## **5.13 Hulpverlening door een andere alarmcentrale**

De kosten voor de hulpverlening via een andere alarmcentrale dan de door de Maatschappij aangewezen alarmcentrale, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

## **ARTIKEL 6 Vergoeding eigen risico**

Terzake van het eigen risico zoals vermeld in artikel 5.3 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden van de hoofdverzekering, verleent de Maatschappij een vergoeding van € 106,- per gezin per kalenderjaar.

Voor alleenstaanden geldt een vergoeding van € 53,- per kalenderjaar.

## **ARTIKEL 7 Eigen bijdrage hulpmiddelen**

Indien de aanschafprijs van een verstrekking en/of voorziening onder aftrek van de eigen bijdrage(n) uit hoofde van de regelingen of Bepaling Hulpmiddelen hoger is dan de maximale vergoeding, wordt het verschil – met uitzondering van pruiken – op basis van 50% met een maximum van € 340,- per verzekerde per kalenderjaar vergoed.

