

Beknopt dekkingsoverzicht

Hieronder vindt u een beknopt dekkingsoverzicht. Dit overzicht geeft beperkt de dekking weer van uw ziektekostenpolis.

Voor de exacte vergoedingsregeling, voorwaarden en eventuele beperkingen verwijzen wij u naar het betreffende artikel verderop in de polisvoorwaarden.

Voor de met een cijfer (1,2, 3 of 4) gemerkte dekkingsonderdelen bestaat de mogelijkheid deze uit te sluiten (te 'strippen') van uw polisdekking. Het niet opnemen van de gemerkte dekkingsonderdelen heeft een procentuele premiekorting tot gevolg. De in de polisvoorwaarden vermelde vergoedingsregeling is niet van toepassing op de door u niet meeverzekerde dekkingsonderdelen.

Op uw polisblad en clauseleblad staan vermeld welke onderdelen u niet hebt meeverzekerd.

Dekkingsonderdeel	Omvang dekking	Artikel
Rubriek A,B,C		
alarteringsapparatuur thuiszorg	100%	artikel 3.14
Astmacentrum Davos	100% onder bepaalde voorwaarden	artikel 3.1.2
audiologische hulp	100%	artikel 3.9
bevalling in ziekenhuis of kraaminrichting op medische indicatie (3)	100%	artikel 3.6.3
bevalling in ziekenhuis of kraaminrichting zonder medische indicatie (3)	EUR 150,- per dag; maximaal 8 dagen	artikel 3.6.4
bevalling poliklinisch (3)	100%	artikel 3.6.2
bevalling thuis (3)	100%	artikel 3.6.1
bewakingsapparatuur wiegendood	100%	artikel 3.4.4
borstvoeding bij ziekenhuisopname moeder	100% zolang verpleegkosten moeder verschuldigd zijn	artikel 3.6.5
brillenglazen/contactlenzen	EUR 37,50 per glas/lens bij 4,25 dioptrieën of meer, maximaal 1 keer per 36 maanden	artikel 3.4.2
chronisch intermitterende beademing	100%	artikel 3.15
dagverpleging	100%	artikel 3.1.3
dieetpreparaten	100%	artikel 3.3.2
erfelijksheidsonderzoek	100% onder bepaalde voorwaarden	artikel 3.10
ergotherapie	100%	artikel 3.5.3
farmaceutische hulp (1)	100%	artikel 3.3.1
foniatrie	100%	artikel 3.5.2
fysiotherapie en oefentherapie (4)	100%, max. EUR 25,- per behandeling	artikel 3.5.1
hulpmiddelen	100% De Goudse regeling incl. aanpassingen en aanvullingen + EUR 250,- boven maximum	artikel 3.4.1
kaakchirurgische behandeling	100%	artikel 3.7.4
kaakorthopedische behandeling	100%	artikel 3.8.1
kinderfysiotherapie (4)	100%, max. EUR 35,- per behandeling	artikel 3.5.1
kraamzorg(3)	50 uur	artikel 3.6.6
kraampakket	zie service-elementen	
kraamzorg vervangend (3)	EUR 1.200,-	artikel 3.6.7
logopedie	100%	artikel 3.5.2
nierdialyse		artikel 3.12
nierdialyse thuis	100%	artikel 3.12.2
nierdialyse in ziekenhuis	100%	artikel 3.12.1
niet-klinische medisch specialistische behandeling	100%	artikel 3.1.4
opname	100%	artikel 3.1.1
orthodontie voor verzekerden t/m 20 jaar (3)	100%	artikel 3.8.2

poliklinische medisch specialistische behandeling	100%	artikel 3.1.4
psychologische hulp	75% tot maximaal EUR 1.000,-	artikel 3.11
preventieve geneeskunde	100%	artikel 7.6
privé-kliniek	maximaal ziekenhuiskosten	artikel 3.13
revalidatie	100%	artikel 3.1.5
steunzolen	EUR 75,- per jaar, eenmaal per 2 jaar	artikel 3.4.3
tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden tot en met 20 jaar (3)	100% tot maximaal EUR 375,-	artikel 3.7.1
tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden tot en met 20 jaar met geestelijke en/of lichamelijke handicap (3)	maximaal EUR 70,- per behandelingsuur	artikel 3.7.2
tandheelkundige implantaten	onder bepaalde voorwaarden	artikel 3.7.3
tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen	onder bepaalde voorwaarden	artikel 3.7.5
thuisbevalling (3)	100%	artikel 3.6.1
verbandmiddelen (2)	onder bepaalde voorwaarden	artikel 3.3.3
ziekenhuis	100%	artikel 3.1
ziekenvervoer	100% (eigen auto EUR 0,25 per kilometer)	artikel 3.2
Rubriek D		
huisarts (2)	100%	artikel 4.1
Rubriek E		
alternatieve behandeling / consult (4)	max. EUR 35,-; na 24 behandelingen overleg	artikel 5.1.1
homeopathische en antroposofische geneesmiddelen (4)	100%	artikel 5.1.2
Bijzondere rechten en aanspraken		
acné-behandeling	vergoeding peeling/dermabrosie	artikel 6.12
astmatisch jongerenkamp	EUR 7,50,- per dag, maximaal 4 dagen	artikel 6.15
bezoek aan in een ziekenhuis verblijvend kind buitenland	EUR 0,25 per km., maximaal EUR 1.250,-	artikel 6.14
dieet- en voedingsadviezen	100%, maximaal EUR 250,-	artikel 6.21
Eurotransplant	100%	artikel 6.2
fertiliteitbevorderende behandeling	100%, onder bepaalde voorwaarden	artikel 6.5
gezinsverzorging	max. EUR 15,- per dag gedurende 100 dagen	artikel 6.9
herstellingsoord	EUR 25,- per dag, maximaal 42 dagen	artikel 6.17
kinderen met leukemie	kosten van stichting SNWLK	artikel 6.3
kuurreizen	na voorafgaande toestemming	artikel 6.19
opneming in lagere verpleegklasse	EUR 25,- per dag	artikel 6.8
orgaantransplantatie	100%	artikel 6.1
plastische chirurgie (afstaande oren, borstverkleining, buikwand-, littekencorrectie)	100%	artikel 6.23
plawekker	100%	artikel 6.22
premievrijstelling bij overlijden	onder bepaalde voorwaarden	artikel 6.24
premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid	onder bepaalde voorwaarden	artikel 6.25
medisch noodzakelijke repatriëring	100% tot EUR 5.000,-	artikel 6.27.1
stoffelijk overschot	100% tot EUR 5.000,-	artikel 6.27.2
Ronald McDonaldhuis, of aan ziekenhuis verbonden logeer- of familiehuis	100 %	artikel 6.13
second opinion	100%	artikel 6.7
sterilisatie/abortus	100%	artikel 6.4
stottertherapie		
Del Ferro	maximaal EUR 1.000,-	artikel 6.11
BOMA	maximaal EUR 1.000,-	artikel 6.11
Doetinchemse methode	100%	artikel 6.11

therapeutische vakantie Ca-patiënten	100% verblijfkosten	artikel 6.20
thuisbehandeling psoriasis met lichttherapie	100%	artikel 6.18
thuiszorg	AWBZ-dekking	artikel 6.10
vakantie en handicap	100% vergoeding thuiszorg via STG	artikel 6.16

- (1) stripoptie 1: geneesmiddelen (boven EUR 450,- per verzekerde per jaar wordt wel vergoed)
- (2) stripoptie 2: huisarts
- (3) stripoptie 3: bevalling, kraamzorg, orthodontie, tandheelkundige hulp voor kinderen
- (4) stripoptie 4: paramedische hulp en alternatieve geneeswijzen

Polisvoorwaarden

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1.1 De maatschappij

Maatschappij Voor Zorgverzekering Gouda N.V.

1.2 Verzekerde

Ieder van de als zodanig op het polisblad vermelde personen.

1.3 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan.

1.4 Alternatieve geneeswijzen

De alternatieve geneeskunst die wordt uitgeoefend door in Nederland gevestigde artsen of therapeuten. De maatschappij behoudt zich ten aanzien van genoemde artsen en therapeuten het recht voor vergoeding van kosten te verbinden aan door haar te stellen voorwaarden, waaronder erkende opleiding en lidmaatschap van een Nederlandse beroepsvereniging. Onder alternatieve geneeswijzen worden onder andere verstaan behandeling door een acupuncturist, natuurarts, fleboloog, homeopaat, Moerman therapeut en manueel therapeut (die niet tevens fysiotherapeut is).

1.5 Arts

Een in Nederland gevestigd arts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.6 Audiologische hulp

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale hulp, indien noodzakelijk, in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

1.7 Bijkomende kosten

De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens een specialistische behandeling (zoals röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek).

1.8 Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning van de overheid heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

1.9 Centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkend universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

1.10 Dagverpleging

Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis (zogenaamde poliklinische hulp) waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

1.11 Farmaceutische hulp

Hieronder wordt verstaan de volgende bij ministeriële regeling aangewezen farmaceutische hulp:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd; - andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie;
- polymere, obligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

1.12 Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.13 Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Geneesmiddelen op homeopathische of antroposofische grondslag bereid welke worden geleverd door een in Nederland gevestigde apotheker, op voorschrift van de in artikel 1.4 genoemde artsen en therapeuten.

1.14 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 Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche 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 huisartshulp zowel thuis bij de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

1.15 Hulpmiddelen

De middelen die in de regeling Hulpmiddelen Goudse Verzekeringen zijn opgenomen.

1.16 Kaakchirurg

Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

1.17 Kaakchirurgische behandeling

Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

1.18 Kaakorthopedie

Dit is een onderdeel van de kaakchirurgie. Het heeft betrekking op de operatieve correctie (osteotomie van de kaak) van een gestoorde relatie tussen onder- en bovenkaak. Doel is een verbeterde occlusie en een verbeterd spraak- of kauwvermogen.

1.19 Kraaminrichting

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling alsmede een door de maatschappij erkende kraaminrichting.

1.20 Kosten van specialistische behandeling

1.20.1 Klinische specialistische behandeling

- Het honorarium van een specialist wegens door hem verrichte behandeling tijdens de opname in een ziekenhuis.
- Bijkomende kosten als omschreven in artikel 1.7 voor zover behorend tot de klinische behandeling.

1.20.2 Niet-klinisch specialistische behandeling

- Het honorarium van een op advies van de huisarts of de tandarts geraadpleegde specialist wegens door hem verrichte behandeling, niet gepaard gaande met opname in een ziekenhuis.
- Bijkomende kosten als omschreven in artikel 1.7 voor zover behorend tot de niet-klinische behandeling.
- Bovendien wordt onder de kosten van niet-klinische specialistische hulp verstaan de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, voor zover die kosten in rekening worden gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

1.21 Logopedist

Een in Nederland gevestigde logopedist, die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Logopedisten Besluit.

1.22 Medische noodzaak

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

1.23 Medisch-specialistische behandeling

Behandeling of onderzoek volgens medische normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

1.24 Oefentherapeut Cesar / oefentherapeut Mensendieck

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar / oefentherapeut Mensendieck die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.25 Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl regelmatig behandeling door een medisch specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

1.26 Orthodontist

Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

1.27 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze hulp wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

1.28 Specialist

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.29 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.30 Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.31 Verpleegkosten

Kosten van verpleging die door een ziekenhuis volgens de door de bevoegde overheidsinstanties goedgekeurde tarieven in rekening worden gebracht.

1.32 Ziekenhuis

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

1.33 Ziektegeval

Elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of ziekteoorzaken c.q. hetzelfde ongeval.

1.32 EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (uitsluitend Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Artikel 2 Dekking van de ziektekostenpolis

2.1 Omvang van de dekking

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de maatschappij de kosten van de hierna in artikel 3 t/m 6 genoemde in Nederland ondergane medische behandelingen, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, op basis van het door of namens de maatschappij met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de maatschappij genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief. Indien en voor zover de maatschappij meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan de maatschappij een volmacht tot incasso op naam van de maatschappij te hebben verleend, van het door verzekerde aan de

zorgaanbieder teveel betaalde.

2.2 Stripopties

Deze ziektekostenpolis biedt u de mogelijkheid bepaalde dekkingsonderdelen uit uw verzekering te 'strippen'. Dit wil zeggen dat u de mogelijkheid heeft om één of meerdere dekkingsonderdelen niet in de polis op te nemen (te strippen). Kiest u ervoor één of meerdere dekkingsonderdelen niet in de polis op te nemen dan heeft dit tot gevolg dat de in de polisvoorwaarden omschreven dekking niet van toepassing is. Op uw polisblad en clausuleblad staat vermeld welke dekkingsonderdelen u niet heeft meeverzekerd. Ingeval u de stripoptie geneesmiddelen niet heeft meeverzekerd houdt dit in dat u voor geneesmiddelen een eigen bijdrage heeft van EUR 450,- per verzekerde per kalenderjaar. Hoge kosten (boven de EUR 450,- per verzekerde per kalenderjaar) worden echter gewoon vergoed. Indien u ervoor kiest een bepaald dekkingselement niet in de polis op te nemen (te strippen) dan biedt dit u een procentuele premiekorting. Hieronder vindt u een overzicht van de drie stripopties. Tevens vindt u hierin aangegeven welke artikelen in de polisvoorwaarden in dit geval niet van toepassing zijn en welk percentage premiekorting het niet opnemen van het dekkingsonderdeel u biedt. Indien u een dekkingsonderdeel gestript heeft van de polisdekking is dit van toepassing op alle verzekerden op de polis.

stripoptie	omvang-dekking	kortingspercentage
(1) geneesmiddelen	artikel 3.3	6%
(2) huisarts	artikel 4.1	5%
(3) bevalling, kraamzorg, orthodontie en tandheelkundige hulp voor kinderen	artikel 3.6; 3.7.1; 3.7.2; 3.8.2	6%
(4) paramedische hulp (fysiotherapie en oefentherapie) en alternatieve geneeswijzen	artikel 3.5.1; 5.1	4%

Artikel 3 Rubriek A, B en C

3.1 Ziekenhuis

3.1.1 Opname

Bij een ziekenhuisopname in de verzekerde klasse voor onbepaalde tijdsduur vindt vergoeding plaats van:

- de verpleegkosten;
- de kosten van medisch-specialistische of kaakchirurgische hulp;
- de bijkomende kosten.

3.1.2 Astmacentrum Davos

De kosten van behandeling in het Nederlands Astmacentrum in Davos worden alleen, na voorafgaande toestemming van de maatschappij, vergoed indien naar oordeel van de medisch adviseur van de maatschappij:

- optimale behandeling in Nederland heeft plaats gehad of de verwijzing in overleg met voornoemd centrum tot stand is gekomen en;
- de behandeling in Davos een zodanig diagnostische of therapeutische meerwaarde heeft dat de behandeling daar doelmatig wordt geacht.

3.1.3 Dagverpleging

Bij dagverpleging komen de volgende kosten voor vergoeding in aanmerking:

- de kosten van de bedverpleging;
- de bijkomende kosten;
- het honorarium van de specialist.

3.1.4 Niet klinische / poliklinische medisch specialistische behandeling

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- het honorarium van een specialist voor een niet-klinische behandeling (poliklinisch of bij de specialist thuis);
- de bijkomende kosten.

3.1.5 Revalidatie

Vergoeding van de kosten van revalidatiebehandeling volgens het door de specialist opgestelde behandelingsplan na vooraf verleende machtiging door de maatschappij.

Revalidatie kan plaatsvinden in een klinische situatie (opname) en in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

3.2 Ziekenvervoer

Vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer (per ambulanceauto, helikopter, taxi, huurauto, eigen auto) in Nederland zowel naar als van een ziekenhuis, sanatorium of kraaminrichting, alsmede naar en van de plaats waar de behandelend specialist praktijk uitoefent, voor zover dit verband houdt met verpleging, onderzoek of behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de maatschappij komen. De vergoeding voor het gebruik van eigen auto is vastgesteld op EUR 0,25 per kilometer.

Vereisten

- Het ziekenvervoer moet medisch noodzakelijk zijn, dit moet blijken uit een verklaring van de arts of specialist.
- Medisch noodzakelijk wil zeggen dat gebruik van het openbaar vervoer om medische redenen niet

mogelijk is.

- Recht op herhaald ziekenvervoer bestaat uitsluitend indien de maatschappij, op een daartoe strekkend verzoek, tevoren toestemming heeft verleend.

3.3 Geneesmiddelen

3.3.1 Farmaceutische hulp

Vergoeding van de kosten van farmaceutische hulp, - overeenkomstig de regeling Farmaceutische hulp zoals door Zorgverzekeraars Nederland vastgesteld - mits de farmaceutische hulp is afgeleverd op voorschrift van een arts, tandarts of verloskundige door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts, tenzij de maatschappij anders bepaalt.

Indien voor een geneesmiddel dat tot de aanspraken behoort geen vergoedingslimiet op basis van het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem is vastgesteld, dan is de maatschappij gerechtigd een eigen vergoedingslimiet vast te stellen. De hoogte van de door de maatschappij vast te stellen limiet zal altijd zodanig zijn dat er binnen een groep geneesmiddelen met een zelfde werking tenminste één geneesmiddel zonder bijbetaling beschikbaar is.

3.3.2 Dieetpreparaten

De kosten van dieetpreparaten worden vergoed conform de Uniforme regeling Dieetpreparaten van Zorgverzekeraars Nederland na toestemming vooraf door de maatschappij.

Vereisten

Er moet sprake zijn van een ernstige:

- resorptiestoornis;
- voedselallergie;
- passagestoornis;
- stofwisselingsstoornis;
- slikstoornis.

3.3.3 Verbandmiddelen

Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Uitsluitingen geneesmiddelen

Niet voor vergoeding komen in aanmerking:

- versterkende- en voedingsmiddelen (anders dan dieetpreparaten als bedoeld in artikel 3.3.2).
- vermageringsmiddelen;
- tonica, medicinale wijnen, traanproducten;
- vitamine preparaten;
- laxemiddelen;
- cosmetische middelen.

3.4 Hulpmiddelen, brillenglazen / contactlenzen, steunzolen, bewakingsapparatuur wiegendood

3.4.1 Hulpmiddelen

De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) worden, overeenkomstig de regeling Hulpmiddelen zoals deze door Goudse Verzekeringen is vastgesteld, vergoed.

Daarnaast vindt vergoeding plaats van de eventuele meerkosten van deze hulpmiddelen tot een maximum van EUR 250,- per kalenderjaar per verzekerde.

Vereisten

- Het hulpmiddel is voorgeschreven door de arts of specialist;
- De maatschappij heeft, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming gegeven. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

3.4.2 Brillenglazen / contactlenzen

Vergoeding van brillenglazen / contactlenzen vindt tot ten hoogste eenmaal per 36 maanden plaats tot een maximum van EUR 37,50 per brillenglas of contactlens van 4,25 dioptrieën of meer.

3.4.3 Steunzolen

De kosten van steunzolen komen eenmaal per 2 jaar tot ten hoogste EUR 75,- per paar voor vergoeding in aanmerking.

Vereiste

De steunzolen dienen voorgeschreven te zijn door een arts of specialist.

3.4.4 Bewakingsapparatuur wiegendood

De huurkosten voor bewakingsapparatuur wiegendood worden volledig vergoed.

Vereiste

De apparatuur is voorgeschreven door de specialist.

3.5 Paramedische hulp

3.5.1 Fysiotherapie en oefentherapie (stripoptie)

Vergoed worden de kosten van behandelingen gegeven door een:

- fysiotherapeut;
- oefentherapeut Cesar;
- oefentherapeut Mensendieck.

De kosten voor kinderfysiotherapie worden tot

maximaal EUR 35,- per behandeling vergoed, alle overige vormen van fysio- en oefentherapie worden tot maximaal EUR 25,- per behandeling vergoed.

Vereiste

De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van huisarts of medisch specialist.

Uitsluitingen

- Onder de kosten van fysiotherapie en oefentherapie worden niet verstaan die van zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Onder de kosten van fysiotherapie en oefentherapie worden ook niet verstaan die van manuele therapie, tenzij de manuele therapie gegeven wordt door een manueel therapeut die tevens fysiotherapeut is. In dit laatste geval worden de kosten vergoed tot maximaal EUR 35,- per behandeling.

3.5.2 Logopedie en foniatry

De kosten van behandeling op voorschrift van de huisarts of medisch specialist door een logopedist komen voor vergoeding in aanmerking.

Uitsluitingen

Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van:

- dialect;
- anderstaligheid.

3.5.3 Ergotherapie

De kosten voor enkelvoudige ergotherapie worden volledig vergoed. Enkelvoudige ergotherapeutische hulp omvat de hulp door een ergotherapeut, verbonden aan een revalidatiecentrum, verpleeghuis, ziekenhuis of thuiszorgorganisatie, bij de verzekerde thuis of in de behandelruimte van genoemde instellingen.

Vereiste

De behandeling moet plaatsvinden op verwijzing van huisarts of specialist.

3.6 Bevalling en kraamzorg (stripoptie)

De hierna volgende regeling met betrekking tot bevalling en kraamzorg is van toepassing op de vrouwelijke verzekerden. Kosten van het pasgeboren kind komen ten laste van de verzekeringsmaatschappij waar het kind verzekerd is.

3.6.1 Thuisbevalling

Bij een thuisbevalling wordt het honorarium voor de verloskundige hulp vergoed.

3.6.2 Poliklinische bevalling

Bij een poliklinische bevalling worden de volgende kosten vergoed:

- het honorarium voor de verloskundige hulp;
- de kosten van gebruik polikliniek.

3.6.3 Bevalling in ziekenhuis of kraaminrichting op medische indicatie

Bij een bevalling in ziekenhuis of kraaminrichting op medische indicatie worden de volgende kosten vergoed:

- de verpleeg- en bijkomende kosten in de verzekerde klasse;
- het honorarium voor de verloskundige hulp.

3.6.4 Bevalling in ziekenhuis of kraaminrichting zonder medische indicatie

Bij een bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting zonder medische indicatie worden de volgende kosten vergoed:

- de verpleeg- en bijkomende kosten in de verzekerde klasse gedurende maximaal 8 dagen, gerekend met ingang van de dag van bevalling, tot maximaal EUR 150,- per dag;
- het honorarium van de verloskundige hulp.

3.6.5 Borstvoeding bij ziekenhuisopname moeder

Indien verzekerde kinderen voor borstvoeding samen met de moeder in het ziekenhuis verblijf moeten houden zullen de daaraan verbonden kosten overeenkomstig het tarief voor gezonde zuigelingen worden vergoed zolang de maatschappij voor de moeder vergoeding van de verpleegkosten verschuldigd is.

3.6.6 Kraamzorg in natura

Bij kraamzorg in natura kan aanspraak gemaakt worden op het Natura-Kraamzorgpakket. Dit pakket bestaat uit 50 uur kraamzorg verdeeld over maximaal 10 dagen met een minimum van 4 zorguren per dag. Indien de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis of kraaminrichting (anders dan poliklinische bevalling) of er een opname plaatsvindt na de bevalling, wordt voor elke opnamedag 5 zorguren in mindering gebracht.

De kraamzorg wordt via een landelijk werkende organisatie op het gebied van kraamzorg door gediplomeerde kraamverzorgenden verleend en wordt door De Goudse ingeschakeld.

Bij thuisbevalling met partus assistentie wordt 4 uur extra kraamzorg verleend.

Vereiste

De kraamzorg dient tenminste vijf maanden voor de uitgerkende bevallingsdatum bij de maatschappij te worden aangevraagd. Voor nadere informatie kunt u contact opnemen met de Zorg AdviesLijn:

telefoon (0182) 544 920.

3.6.7 Vervangende kraamzorg

In plaats van de onder 3.6.6 genoemde kraamzorg kan gekozen worden voor een geldelijke uitkering. Deze uitkering bedraagt maximaal EUR 1.200,- ongeacht of de werkelijke kosten hoger of lager zijn. In de volgende gevallen wordt voor elke opnamedag een bedrag van EUR 120,- in mindering gebracht:

- de bevalling vindt plaats in een ziekenhuis of kraaminrichting (anders dan poliklinische bevalling);
- opname vindt plaats na de bevalling.

3.7 Tandheelkundige hulp

3.7.1 Tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden tot en met 20 jaar (stripoptie)

Tandheelkundige behandelingen door een tandarts of een dienst voor jeugdtandverzorging voor verzekerden tot en met 20 jaar worden volledig vergoed tot maximaal EUR 375,- per verzekerde per kalenderjaar.

3.7.2 Tandheelkundige hulp voor verzekerden tot en met 20 jaar met een geestelijke en/of lichamelijke handicap (stripoptie)

Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is bovengenoemde vergoeding (artikel 3.7.1) niet van toepassing.

De kosten voor tandheelkundige hulp worden vergoed op basis van EUR 70,- per behandelingsuur.

Vereisten

- Deze regeling is van toepassing op kinderen met een lichamelijke en/of geestelijke handicap;
- Voor deze kinderen kan geen aanspraak gemaakt worden op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- De maatschappij heeft op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelplan, tevoren toestemming verleend.

3.7.3 Tandheelkundige implantaten

De kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak worden vergoed als aan de volgende eisen wordt voldaan.

Vereisten

- De implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak.
- De implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese.
- De implantaten worden door de kaakchirurg ingebracht.
- De maatschappij heeft op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelplan, tevoren toestemming verleend.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De vergoeding beperkt zich tot het honorarium van de kaakchirurg (en van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de mesostructuur op implantaten.

De mesostructuur is het gedeelte van de suprastructuur dat door de tandarts op de implantaten wordt bevestigd en door de patiënt niet zelf uit de mond kan worden genomen.

3.7.4 Kaakchirurgische behandeling

Vergoed worden:

- het honorarium van een op advies van de huisarts of tandarts geraadpleegde kaakchirurg voor chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard die niet gepaard gaat met een opname;
- de bijkomende kosten.

3.7.5 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

De kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel worden vergoed.

De kosten worden overeenkomstig de regeling Tandheelkundige Hulp in Bijzondere Gevallen, vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland, vergoed.

De regeling Tandheelkundige Hulp in Bijzondere Gevallen is op aanvraag verkrijgbaar.

Vereisten

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt in een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum;
- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist;
- de maatschappij op een daartoe strekkend

verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelplan, vooraf toestemming heeft verleend.

3.8 Orthodontie

3.8.1 Kaakorthopedische behandeling

De kosten van kaakorthopedische behandeling komen voor vergoeding in aanmerking in geval van:

- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lipspleet (cheiloschisis);
- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een kaakspleet (gnatoschisis);
- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een verhemeltespleet (palatoschisis);
- osteotomie van de kaak.

Vereisten

- De behandeling moet plaatsvinden op verwijzing van de huisarts of tandarts.
- De behandeling moet door een orthodontist (bij lip-, kaak-, en verhemeltespleet) of door een kaakchirurg (bij osteotomie) worden uitgevoerd.

3.8.2 Overige orthodontie voor verzekerden tot en met 20 jaar (stripoptie)

De kosten van gebitsregulatie voor verzekerden tot en met 20 jaar worden volledig vergoed.

Vereiste

De behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts of orthodontist.

3.9 Audiologische hulp

De kosten van hulp in een audiologisch centrum komen voor vergoeding in aanmerking.

Vereisten

- De hulp moet worden verleend op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts;
- De behandeling moet plaatsvinden door een door de overheid erkend audiologisch centrum.

3.10 Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek worden vergoed.

De hulp omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
- chromosoomonderzoek;
- biochemische diagnostiek;
- DNA-onderzoek;
- erfelijkheidsadviesing;
- de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding.

Vereiste

Het erfelijkheidsonderzoek moet plaatsvinden op voorschrift van de huisarts of specialist.

Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van andere personen dan verzekerde komen voor rekening van de verzekeringsmaatschappij(en) van de onderzochte andere personen.

3.11 Psychologische hulp

Kosten van psychologische hulp worden voor 75% vergoed tot maximaal EUR 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Vereisten

- Behandeling vindt plaats op voorschrift van huisarts of specialist.
- De hulp wordt verleend door een psycholoog die als zodanig staat geregistreerd bij het Nederlands Instituut voor Psychologen.

3.12 Nierdialyse

3.12.1 Nierdialyse in ziekenhuis

De kosten van nierdialyse in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) worden vergoed.

3.12.2 Thuisdialyse

De kosten van thuisdialyse komen eveneens voor vergoeding in aanmerking. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

Vereiste

Om voor vergoeding van de niet-medische kosten in aanmerking te komen dient de maatschappij, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben gegeven.

3.13 Privé-kliniek

De kosten van een verzekerde behandeling in een privé-kliniek die verbonden is aan een ziekenhuis komen voor vergoeding in aanmerking. Kosten worden vergoed tot ten hoogste de reguliere tarieven die zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg.

Vereisten

- De maatschappij dient op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming te hebben verleend.
- De aanvraag dient een medische indicatie te bevatten.
- Een kostenbegroting dient tevens deel uit te

maken van de aanvraag.

3.14 Alarmeringsapparatuur thuiszorg

De kosten voor aanschaf van alarmeringsapparatuur thuiszorg komen voor vergoeding in aanmerking.

Vereisten

- Verzekerde moet langdurig aangewezen zijn op thuiszorg.
- Professionele hulp kan niet 24 uur per dag aanwezig zijn.
- De maatschappij dient op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming te hebben verleend.

3.15 Chronisch intermitterende beademing

De kosten verband houdend met mechanische beademing op voorschrift van een specialist in een daartoe toegelaten beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur thuis bij de verzekerde, worden vergoed.

Artikel 4 Rubriek D

4.1 Huisarts (stripoptie)

Vergoed worden:

- het honorarium van de huisarts;
- de kosten van laboratoriumonderzoek, op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

Artikel 5 Rubriek E

5.1 Alternatieve geneeswijzen (stripoptie)

5.1.1 Alternatieve behandeling / consult

Consulten en behandelingen uitgevoerd door een alternatief arts of alternatief therapeut worden vergoed tot maximaal EUR 35,- per consult.

Per kalenderjaar komen per verzekerde maximaal 24 behandelingen / consulten voor vergoeding in aanmerking. Ten einde aanspraak te kunnen maken op vergoeding na 24 behandelingen / consulten dient vooraf toestemming te worden verleend door de maatschappij.

Vereisten

- De alternatief arts / therapeut moet een adequate opleiding hebben gevolgd.
- De alternatief arts / therapeut moet lid zijn van een erkende beroepsvereniging.

5.1.2 Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Vergoed worden homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Vereisten

- Bovengenoemde middelen moeten geleverd worden door een in Nederland gevestigde apotheek.
- De middelen zijn voorgeschreven door een alternatief arts of een alternatieve therapeut.

Niet voor vergoeding in aanmerking komen:

- versterkende- en voedingsmiddelen;
- genotsmiddelen en medicinale wijnen;
- cosmetische middelen;
- vitamine preparaten;
- mineraalpreparaten;
- laxemiddelen;
- vermageringsmiddelen.
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes).

Artikel 6 Bijzondere rechten en aanspraken

6.1 Orgaantransplantatie (donor)

Volledige vergoeding vindt plaats van de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij elders is verzekerd.

6.2 Eurotransplant

Vergoed worden de kosten van weefseltyperingen in verband met transplantaties gedeclareerd door Eurotransplant.

6.3 Kinderen met leukemie

Vergoed worden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van gezonde bloed- en beenmergproducten die gedeclareerd worden door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.

6.4 Sterilisatie / abortus

De aan sterilisatie en abortus verbonden medische kosten komen voor vergoeding in aanmerking.

Vereisten

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een specialist.
- De behandeling moet plaatsvinden in het ziekenhuis.

6.5 Fertiliteitbevorderende behandelingen

Vergoed worden de kosten van de volgende fertiliteitbevorderende behandelingen:

- operatieve ingrepen;
- hormoonbehandeling;
- maximaal drie pogingen kunstmatige inseminatie;
- maximaal drie pogingen in-vitrofertilisatie (IVF) per vrouwelijke verzekerde.

Vereisten

- De behandeling dient plaats te vinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Er moet sprake zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie.
- Voor de vrouw geldt dat de behandeling wordt vergoed tot en met de leeftijd van 39 jaar
- Ingeval van in-vitrofertilisatie dient de maatschappij tevoren toestemming te hebben verleend. Bij de toestemming vooraf kan de maatschappij nadere voorwaarden stellen.

6.6 Preventieve geneeskunde

Vergoed worden de kosten van onderzoek of behandeling door huisarts of specialist in geval van:

- onderzoek van hart- en bloedvaten;
- baarmoederhals- en borstkankeronderzoek;
- vaccinaties tegen griep, tetanus, rode hond en hondsdolheid;
- inentingen van pasgeborenen tegen hepatitis B indien de moeder drager is van dit virus.

6.7 Second opinion

In geval van ziekte heeft de verzekerde het recht een tweede diagnose door een specialist te laten stellen. De kosten van deze second opinion worden vergoed.

6.8 Opneming in een lagere verpleegklasse

Bij opneming in een lagere verpleegklasse dan de verzekerde verpleegklasse kan de verzekerde aanspraak maken op een extra vergoeding van EUR 25,- voor elke dag die de verzekerde in de lagere verpleegklasse doorbrengt.

Vereiste

Om voor deze vergoeding in aanmerking te komen moet de verzekerde hiertoe, binnen één jaar na opname, een verzoek bij de maatschappij indienen.

6.9 Gezinsverzorging

Indien in een gezin met kinderen één van de verzekerde ouders in een ziekenhuis is opgenomen bestaat er recht op een tegemoetkoming in de kosten van gezinsverzorging. De kosten van gezinsverzorging zullen worden vergoed tot maximaal EUR 15,- per dag gedurende ten hoogste 100 dagen.

Vereiste

De hulp moet worden verleend door een erkende instelling voor gezinsverzorging.

6.10 Thuiszorg

Vergoeding van thuiszorg valt onder de AWBZ-regeling.

6.11 Stottertherapie

De volgende behandelmethoden komen voor vergoeding in aanmerking:

- Doetinchemse methode;
- BOMA methode. De kosten worden vergoed tot maximaal EUR 1.000,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering;
- Del Ferro methode. De kosten worden vergoed tot maximaal EUR 1.000,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.

Vereiste

De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

6.12 Acné-behandeling

Behandeling van ernstige vormen van acné met behulp van peeling of dermabrosie door een plastisch chirurg wordt volledig vergoed.

Vereiste

De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

6.13 Ronald McDonaldhuis

De eigen bijdrage voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis wordt, bij opname van een meeverzekerd kind, volledig vergoed.

6.14 Bezoek aan in een ziekenhuis verblijvend kind

Kosten van vervoer van de ouders in geval van opname van een meeverzekerd kind worden vergoed voor zover het vervoer langs de kortst mogelijke route wordt afgelegd en voor zover de afstand tussen het woonadres en het ziekenhuis groter is dan 40 kilometer. De vergoeding is gesteld op EUR 0,25 per kilometer voor de totale reisafstand verminderd met 40 kilometer. De maximale vergoeding bedraagt EUR 1.250,- per jaar.

6.15 Astmatische jongeren

Kosten voor verblijf van astmatische jongeren in een therapeutisch kamp worden tot EUR 7,50 per dag vergoed. In totaal komen maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde voor vergoeding in aanmerking.

6.16 Vakantie en handicap

In geval de reguliere verzorgers van een meeverzekerd thuiswonend gehandicapt kind door vakantie afwezig zijn komen de kosten voor thuiszorg, geregeld via de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten, ten behoeve van dit gehandicapte kind voor vergoeding in aanmerking.

Vereiste

De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

6.17 Herstellingsoord

Vergoeding van de kosten van verblijf in een herstellingsoord in verband met een behandeling voor somatische klachten, gedurende ten hoogste 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar tot ten hoogste EUR 25,- per dag.

Vereisten

- Het verblijf geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.
- De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

6.18 Thuisbehandeling van psoriasis met lichttherapie

Vergoed worden de kosten van thuisbehandeling psoriasis door middel van lichttherapie.

Vereiste

De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

6.19 Kuurreizen

Voor kuurreizen vindt een tegemoetkoming in de kosten plaats.

Vereisten

- De kuurreis moet georganiseerd zijn door de Stichting Interkuur.
- Sprake moet zijn van zeer ernstige reumatische aandoeningen of een zeer ernstige graad van psoriasis.
- De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

6.20 Therapeutische vakantie voor Ca-patiënten

De verblijfkosten van een therapeutische vakantie voor patiënten met kanker worden vergoed.

Vereiste

De therapeutische reis is georganiseerd door Stichting Les Vaux.

6.21 Dieet- en voedingsadviezen

Kosten voor dieet- en voedingsadviezen door een diëtist komen tot ten hoogste EUR 250,- per verzekerde per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking.

Vereiste

Behandeling vindt plaats op verwijzing door een huisarts of specialist.

6.22 Plaswekker

De kosten van een plaswekker en de kosten van de hiervoor benodigde bandages worden volledig vergoed.

6.23 Plastische chirurgie

In afwijking van het in artikel 7.9 gestelde komen de kosten voor de volgende plastisch chirurgische ingrepen voor vergoeding in aanmerking:

- afstaande (flap)oren;
- borstverkleiningen (voor vrouwelijke verzekerden);
- buikwandcorrectie;
- littekencorrectie.

Vereiste

De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

6.24 Recht op premievrijstelling bij overlijden

Indien gedurende de looptijd van de verzekering de verzekeringnemer komt te overlijden zal, vanaf de eerstkomende premievervaldag voor de personen die op het moment van overlijden van de verzekeringnemer zijn meeverzekerd, gedurende drie jaar geen premie verschuldigd zijn.

Vereiste

De premievrijstelling wordt verleend op voorwaarde dat er op de hoofdpremie vervaldag tenminste één kind jonger dan 16 jaar verzekerd is.

6.25 Recht op premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid

Indien de verzekeringnemer op de hoofdpremie vervaldag gedurende een aaneengesloten periode van tenminste 365 dagen volledig (80% of meer) arbeidsongeschikt is, zal t.a.v. de op de datum van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid verzekerde personen voor het daaropvolgend verzekeringsjaar geen premie verschuldigd zijn. Gedurende de gehele looptijd van de verzekering zal maximaal over 3 jaar premievrijstelling worden verleend.

De premievrijstelling wordt verleend op voorwaarde dat op de hoofdpremie vervaldag tenminste één kind jonger dan 16 jaar verzekerd is.

Een verzoek tot premievrijstelling dient uiterlijk één maand voor de hoofdpremie vervaldag aan de maatschappij te worden gedaan.

De arbeidsongeschiktheid zal worden vastgesteld door de maatschappij aan de hand van de gegevens van de door de maatschappij aan te wijzen medische en andere deskundige.

Begrip arbeidsongeschiktheid

Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de betreffende verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ongeval en/of ziekte volledig (80% of meer) ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden verbonden aan het beroep dat ten tijde van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid werd uitgeoefend, zoals dat voor deze beroepsbezigheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd.

6.26 Buitenland

6.26.1 Niet -spoedeisende zorg in een andere staat van de EU/EER.

De vergoeding van de kosten van zorg in een andere EU/EER-staat bedraagt ten hoogste 100% van de kosten, die voor vergoeding in aanmerking zouden komen indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van de polis zou zijn vergoed. De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto worden in dat geval vergoed tot het bedrag dat gelijk is aan de kosten van vervoer tussen woonplaats van verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend, indien deze in Nederland zou zijn geboden.

Ter toelichting: om vooraf duidelijk te krijgen over de exacte hoogte van de vergoeding voor een bepaalde behandeling in het buitenland dient contact opgenomen te worden met de maatschappij.

6.26.2 Spoedeisende zorg tijdens tijdelijke verblijf in een ander land.

Indien tijdens een verblijf van de verzekerde buiten Nederland geneeskundige behandeling in verband met een acute ziekte of ongeval medisch noodzakelijk is en uitstel tot na terugkeer in Nederland niet verantwoord is, zal vergoeding van de verzekerde kosten plaatsvinden, met dien verstande dat:

- de kosten van opname in een ter plaatse erkend algemeen ziekenhuis en de overige medische kosten zullen worden vergoed tot maximaal 365 dagen per ziektegeval. Binnen Europa wordt de kostprijs vergoed, buiten Europa vindt vergoeding plaats tot ten hoogste 2X het bedrag van de kosten van een overeenkomstige verpleging en behandeling in de verzekerde klasse in het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam;
- de kosten van ziekenvervoer uitsluitend vergoed zullen worden voor zover dit vervoer (per ambulanceauto / helikopter) plaatsvindt naar het dichtst bijzijnde ziekenhuis;

-
- vergoeding wordt verleend zolang de behandeling in het buitenland medisch noodzakelijk is tot het moment waarop voortzetting in Nederland kan plaatsvinden.

Uitsluitingen

- Alternatieve geneeswijzen zijn in het buitenland niet gedekt.

6.26.3 Betaling

De vergoeding van de verzekerde kosten, bedoeld in artikel 6.26.1 en 6.26.2, geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de verrekeningskoers op de dag van het vaststellen van de uitkering.

6.27 Repatriëring

6.27.1 Medisch noodzakelijke repatriëring

De kosten van medisch noodzakelijke repatriëring vanuit het buitenland naar een ziekenhuis of de woonplaats van de verzekerde in Nederland worden vergoed tot ten hoogste EUR 5.000,-. De vergoeding vindt plaats onder aftrek van besparingen.

Vereisten

- Het vervoermiddel voor de repatriëring wordt in overleg met de maatschappij bepaald.
- De maatschappij dient op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming te hebben verleend.

6.27.2 Repatriëring van het stoffelijk overschot

De kosten van overbrenging van het stoffelijk overschot van verzekerde vanuit het buitenland naar de woonplaats in Nederland vallen onder de dekking van deze verzekering.

De kosten worden tot ten hoogste EUR 5.000,- vergoed.

Vereiste

De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

Artikel 7 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

7.1

Voor ziekten of afwijkingen welke reeds bestonden voor het aanvragen van de verzekering, indien de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan toen reeds kennis droeg of klachten ondervond. Het voorgaande inzake het geheim houden van medische informatie is eveneens van toepassing bij een uitbreiding van de dekking respectievelijk verhoging van de verzekerde verpleegklasse.

Bij verhoging van de verzekerde verpleegklasse komen de kosten van deze hogere klasse niet voor vergoeding in aanmerking indien medische informatie geheim wordt gehouden.

Het bovenstaande is niet van toepassing indien de verzekeringnemer de maatschappij van de bewuste ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de maatschappij daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld.

7.2

Voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponneerd.

7.3

Indien blijkt, dat de door deze verzekering gedekte kosten, schade(n) of verstrekkingen eveneens op (een) andere polis(sen) al dan niet van oudere datum is / zijn gedekt, indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan, dan wel op grond van een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of een andere overeenkomst aanspraak zou kunnen worden gemaakt (of bij gebreke van onderhavige verzekering aanspraak zou kunnen worden gemaakt) op vergoeding.

Deze uitsluiting blijft onverminderd van kracht als er onder enige andere verzekering of (wettelijke) voorziening aanspraak op vergoeding is, maar deze niet gehonoreerd wordt omdat een voorgeschreven procedure niet is gevolgd of enige andere verplichting niet is nagekomen.

7.4

Voor de verschuldigde eigen bijdragen / eigen betalingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en die van bevolkingsonderzoek.

7.5

Voor de kosten van celtherapie, vaccinaties (behoudens vaccinaties als bedoeld in artikel 6.6), keuringen en het afgeven van attesten.

7.6

Voor de declaraties van een psychotherapeut en voor de declaraties met betrekking tot psychoanalyse.

7.7

Voor de behandeling van aandoeningen ontstaan door, dan wel verband houdend met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, anders dan bij een op verzekerde toegepaste medische behandeling.

7.8

Voor tandheeskundige implantaten en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak anders dan genoemd in artikel 3.7.3.

7.9

Voor vormverbeterende operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

7.10

Voor het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie.

7.11

Voor de kosten van fertiliteitbevorderende behandelingen anders dan in artikel 6.5 genoemd.

Algemene polisvoorwaarden

Artikel 8 Algemeen

8.1 Grondslag van de verzekering

Het aanvraagformulier met de daarin door verzekeringnemer of verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven, mededelingen alsmede eventuele schriftelijke gegevens, daarbij afzonderlijk door verzekeringnemer of verzekerde verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht met de polis één geheel uit te maken. De maatschappij is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel 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 voorwaarden zou zijn gesloten, indien de maatschappij daarvan kennis had gedragen.

8.2 Strekking van de verzekering

Voor elke in de polis of in een aanhangsel genoemde verzekerde wordt vergoeding verleend van kosten verbonden aan medische behandeling, mits en zolang deze behandeling medisch noodzakelijk is en voor zover verzekerd en omschreven in artikel 3 t/m 6 van deze polisvoorwaarden.

Met inachtneming van hetgeen elders in de polisvoorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).

8.3 Kinderen

Voor kinderen geboren tijdens de duur van deze verzekering en binnen een maand na hun geboorte ter verzekering aangemeld, geldt dat de verzekering van de geboorte af van kracht is, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen. Voorwaarde voor het bovenstaande is dat alle oudere kinderen bij de maatschappij zijn meeverzekerd.

8.4 Vrije keuze

Verzekerde is vrij in de keuze van een hulpverlener en/of hulpverlenende instantie binnen Nederland, tenzij de maatschappij anders heeft bepaald.

8.5 Opneming in een hogere klasse

Bij opneming in een hogere verpleegklasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de verzekerde klasse.

Wordt een klasse 2B-verzekerde opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse, dan vindt vergoeding plaats volgens de tarieven van die ene tweede klasse.

8.6 Begin en einde van het recht op vergoeding

De verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten voor zover gemaakt tijdens de duur van verzekering. Bepalend hierbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

8.7 Stripopties

Bij aanvang van de verzekering heeft de verzekeringnemer gekozen voor een volledige polisdekking of een dekking waarbij bepaalde dekkingsonderdelen zijn uitgesloten (zogenaamde stripopties). Het is mogelijk om tijdens de duur van de verzekering de polisdekking te wijzigen, er bestaan drie mogelijkheden:

- het opnemen van een stripoptie, dit wil zeggen dat de dekking wordt uitgebreid;
- het uitsluiten van een stripoptie, dit wil zeggen dat de dekking wordt beperkt;
- het wisselen van een stripoptie, dit wil zeggen dat u een uitgesloten dekkingsonderdeel wisselt met een niet uitgesloten stripoptie / dekkingsonderdeel.

Voorwaarden voor het wisselen, opnemen en uitsluiten van stripopties in een lopende ziektekostenverzekering zijn:

- wisselen, opnemen of uitsluiten is alleen mogelijk per 1 januari. Verzekeringnemer dient de gewenste dekking voor 1 oktober hieraan voorafgaand door te geven;
- een wisseling, opname of uitsluiting geldt voor alle op de polis verzekerde personen;
- het opnemen van een stripoptie is binnen een periode van 2 jaar na aanvang van de verzekering zonder medische voorwaarden mogelijk. Na de periode van 2 jaar geschiedt het opnemen van een stripoptie op basis van medische selectie;
- het uitsluiten van een stripoptie is gedurende 5 jaar na aanvang van de verzekering mogelijk

Artikel 9 Verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat:

9.1

Van een opneming in een ziekenhuis en bij bevalling en kraamzorg de maatschappij zo spoedig mogelijk in kennis wordt gesteld. Bij een bevalling moet de kennisgeving geschieden zodra bekend is dat

opneming zal moeten plaatsvinden.

9.2

Bij niet-klinische specialistische behandeling een verwijzing van de huisarts of tandarts wordt overlegd indien hierom door de maatschappij wordt gevraagd.

9.3

Alle nota's betreffende het verstreken kalenderjaar voor 31 december van het daarop volgende jaar zijn ingediend.

9.4

Alle nota's zodanig gespecificeerd zijn dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn. Buitenlandse nota's dienen voorzien te zijn van een specificatie waaruit blijkt dat er sprake is van medische noodzaak van de behandeling.

9.5

De nota's voor tandheelkundige hulp vergezeld zijn van een specificatieformulier volgens het model dat hiervoor is vastgesteld door de organisaties van tandartsen en verzekeraars.

9.6

Desgevraagd aan de maatschappij, haar geneeskundig adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen.

Bij het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

Artikel 10 Premie en Eigen Risico

10.1

De premie is gekoppeld aan de leeftijd van de oudste verzekerde. Indien uit het polisblad blijkt dat voor deze verzekering een opbouwpremie verschuldigd is wordt de premie jaarlijks na het bereiken van een hogere leeftijd per eerstkomende premieervaldatum volgens het dan van kracht zijnde premietarief aangepast. Deze premieaanpassingen vinden plaats tot en met de 55-jarige leeftijd.

10.2

Van de verzekerde kosten met uitzondering van de kosten van geneesmiddelen (artikel 3.3), hulpmiddelen (artikel 3.4.1), is het bedrag van het eigen risico als in het polisblad vermeld per gezin per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer. De kosten van geneesmiddelen en hulpmiddelen vallen dus niet onder het eigen

risico.

10.3

Onder gezin wordt verstaan de ouders met de tot het gezin behorende en op de polis verzekerde ongehuwde kinderen.

10.4

Indien voor een onderdeel van het verzekerde pakket een maximum bedrag is vermeld, dan blijft dit maximum, zowel voor de toepassing van het eigen risico, als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht.

10.5

Indien een opneming in een ziekenhuis niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begon, zal voor de opneming slechts éénmaal het eigen risico in mindering worden gebracht, zoals dit op het moment van de opneming van toepassing was.

10.6

Indien voor een onderdeel van het verzekerde pakket een speciaal eigen risico geldt zal bij de berekening van de uitkering eerst dit speciale eigen risico en daarna het in het polisblad vermelde eigen risico in mindering worden gebracht.

10.7

Indien de eerste verzekeringsperiode niet gelijk is aan een kalenderjaar wordt het in het polisblad vermelde eigen risico voor die periode verminderd met 1/12 voor iedere voor de ingangsdatum reeds verstreken maand van dat kalenderjaar, met dien verstande, dat het bedrag van het eigen risico voor die periode niet lager wordt gesteld dan op 1/4 van het voor deze verzekering geldende eigen risico.

10.8

Bij schorsing of beëindiging zal geen restitutie of vermindering van het ingehouden eigen risico plaatsvinden.

Artikel 11 Schorsing en premierestitutie

11.1 Schorsing

Niet-betaling van de premie, de kosten en eventuele wettelijke bijdragen binnen 30 dagen nadat deze verschuldigd zijn, heeft, zonder dat enige ingebrekestelling is vereist en onverminderd de verplichting tot verdere betaling, schorsing van de verzekering tengevolge, welke schorsing alsdan wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak, waarover de achterstallige premie, de kosten en eventuele wettelijk bijdragen zijn voldaan en door de maatschappij aangenomen. Voor de kosten waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat

de verzekering is of was geschorst, is geen vergoeding verschuldigd.

11.2 Premierestitutie

Indien de verzekering wordt beëindigd wegens verplichte verzekering of vestiging in het buitenland heeft de verzekeringnemer recht op restitutie vanaf de dag waarop de gewijzigde situatie van toepassing is, dan wel vanaf de dag van kennisgeving indien de maatschappij hiervan later wordt geïnformeerd; bij opzegging overeenkomstig artikel 12 vanaf de wijzigingsdatum.

Artikel 12 Herzieningen

12.1

Een algemene herziening van premie, eigen risico en/of voorwaarden zal en bloc dan wel groepsgewijze geschieden op een door de maatschappij vast te stellen datum. Een wijziging van de premie - ingeval uit het polisblad blijkt dat een opbouwpremie is overeengekomen - welke voortvloeit uit het bereiken van een hogere leeftijd door de verzekerde aan wiens leeftijd de premie gekoppeld is wordt niet onder de strekking van dit artikel begrepen.

12.2

Houdt de herziening een premieverhoging en/of voorwaardenbepaling in, welke niet voortvloeit uit wettelijke bepalingen of regelingen (daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat) of het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde aan wiens leeftijd de premie gekoppeld is, dan heeft de verzekeringnemer het recht niet akkoord te gaan.

12.3

Indien de verzekeringnemer overeenkomstig het bepaalde onder artikel 12.2 niet akkoord gaat kan de verzekering per herzieningsdatum beëindigd worden, mits verzekeringnemer dit binnen 30 dagen na de herzieningsmededeling van de maatschappij schriftelijk aan de maatschappij heeft meegedeeld.

12.4

Heeft de maatschappij geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd tegen de nieuwe premie, het nieuwe eigen risico en/of op de nieuwe voorwaarden.

Artikel 13 Duur en beëindiging van de verzekering

13.1

De verzekering is aangegaan voor de periode als in

de polis omschreven en wordt daarna telkens stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd, tenzij de verzekeringnemer tenminste 3 maanden voor het verstrijken van zodanige periode de verzekering schriftelijk aan de maatschappij heeft opgezegd.

13.2

De maatschappij heeft niet het recht de verzekering te beëindigen tenzij er sprake is van verzwijging of bedrog door verzekeringnemer (artikel 8.1) of ingeval van schorsing als bedoeld in artikel 11.1.

13.3

De verzekering eindigt voor elke verzekerde:

- op het tijdstip waarop deze ophoudt Nederlands ingezetene te zijn;
- op de datum dat de maatschappij een kopie van het officiële inschrijvingsbewijs van het ziekenfonds of een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering van de verzekerde ontvangt;
- per de eerste dag van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt.

13.4

Voor kinderen die tijdens de duur van de verzekering de 21-jarige leeftijd bereiken is de verzekering niet meer van kracht. Aansluitend worden zij zonder selectie zelfstandig verzekerd op een afzonderlijke polis tegen de bij hun leeftijd behorende premie. Het vorenstaande is niet van toepassing voor zolang de verzekeringnemer aantoonbaar dat het verzekerde kind, na het bereiken van de 21-jarige leeftijd, recht heeft op uitkering uit hoofde van de Wet op de studiefinanciering.

Dit recht dient verzekeringnemer desgevraagd aan te tonen. De verzekering is echter uiterlijk tot het bereiken van de 27-jarige leeftijd voor het verzekerde kind van toepassing.

Artikel 14 Vrijwaring van aansprakelijkheid

De maatschappij is jegens de verzekeringnemer / verzekerde niet aansprakelijk voor schade door hem / haar geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling, niet zijnde de maatschappij, tot wie of welke de verzekeringnemer of de verzekerde zich heeft gewend om zijn / haar aanspraak op vergoeding in het kader van de Polisvoorwaarden geldend te maken.

Artikel 15 Terrorisme

De dekking van deze verzekering is onderworpen aan de bijgevoegde terrorismeclausule van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor

Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Artikel 16 Verhuizingen en adres

Zodra een verzekerde van woonplaats verandert, dient verzekeringnemer hiervan binnen 30 dagen aan de maatschappij kennis te geven.

Is in de nieuwe woonplaats volgens het tarief van de maatschappij, een hogere dan wel een lagere premie verschuldigd, dan zal de premie dienovereenkomstig worden gewijzigd.

Kennisgevingen door de maatschappij aan verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan het laatst bij de maatschappij bekende adres.

Artikel 17 Toepasselijk recht en klachtenregeling

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing. Klachten of geschillen verband houdend met de verzekering kunnen, onverminderd het beroep op de burgerlijke rechter, worden voorgelegd aan:

Klachtencommissie De Goudse
Postbus 9
2800 MA Gouda

en/of

Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 291
3700 AG Zeist.

Artikel 18 Privacy-reglement

De door u verstrekte en nog te verstrekken persoonsgegevens worden door De Goudse verwerkt ten behoeve van het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van toepassing. Een consumentenbrochure van deze gedragscode kunt u opvragen bij de Goudse.

De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. U kunt de gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338500).

Terrorismeclausule

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In dit clausuleblad en de daarop berustende bepalingen wordt - voor zover niet anders blijkt - verstaan onder:

1.1 Terrorisme

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaan dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te doen verwezenlijken.

1.2 Kwaadwillende besmetting

Het buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij de mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.3 Preventieve maatregelen

Van overheidswege en/of door verzekerde en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.

1.4 Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V. (NHT)

Een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekerings- overeenkomsten,

die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

1.5 Verzekeringsovereenkomsten

- a) Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 lid 1 sub o van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
- b) Overeenkomstig van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- c) Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.6 In Nederland toegelaten verzekeraars

- Schade-, levens- en zorgverzekeraars zoals bedoeld in artikel 12 van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993, en;
- natura-uitvaartverzekeraars zoals bedoeld in Artikel 7 van de Wet Toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf, die bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

Artikel 2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

2.1

Indien en voor zover, met inachtneming van de artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen;
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,

hierna gezamenlijk aan te duiden als het terrorismerisico, geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar ter zake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering,

is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in ieder geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering

2.2

De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard Euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.

2.3

In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:

- schade aan onroerend zaken en/of de inhoud daarvan;
- gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan,

dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen Euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen. Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn waarvan er tenminste een op het risicoadres is gelegen.

Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(en) is (zijn) afgesloten.

Artikel 3 Uitkeringsprotocol NHT

3.1

Op de herverzekering van de verzekeraars bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol).

Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.

3.2

De NHT is, met inachtneming van het gestelde bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

3.3

Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

3.4

De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van een terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.

Service-elementen

Met de Zorg Advies Polis heeft u gekozen voor optimale zekerheid bij ziekte. Deze zekerheid omvat meer dan alleen vergoeding van uw ziektekosten. Als verzekerde kunt u namelijk ook rekenen op de service en het gemak van De Goudse Zorg AdviesLijn. De medewerkers van deze zorgcentrale regelen, adviseren en bemiddelen in uw zorgbehoefte en zijn tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer (0182) 544 920. U kunt de Zorg AdviesLijn bellen voor de volgende zaken:

Wachttijlbemiddeling

Op verzoek van verzekerde en indien medisch geïndiceerd stelt De Goudse alles in het werk om de wachttijd te bekorten door te proberen of u (elders) eerder geholpen kunt worden. Het resultaat van deze bemiddeling is onder meer afhankelijk van polisvoorwaarden, wensen en indicatie.

Kraamzorg in natura

Voor informatie over kraamzorg, zoals beschreven in artikel 3.6.6 van de polisvoorwaarden, kan de verzekerde contact opnemen met de Zorg AdviesLijn van De Goudse.

Kraamzorg kan tot 5 maanden voor de uitgerekende bevallingsdatum worden aangevraagd bij De Goudse. De kraamzorg wordt verleend door gediplomeerde kraamverzorgenden via een landelijk werkende en door De Goudse gecontracteerde organisatie op het gebied van de kraamzorg.

Verstrekking kraampakket inclusief kraamcadeau

Indien u gekozen heeft voor erkende kraamzorg heeft u recht op een kraampakket. Dit kraampakket is inclusief een kraamcadeau. U kunt kiezen uit:

- een kraamtas;
- een trappelzak;
- een speelkleed;
- een speelgoedbox.
- een verzorgslijn van 6 producten voor de kraamvrouw.

Advies

De wet- en regelgeving op zorggebied wordt steeds ingewikkelder. Bij inhoudelijke vragen over bijvoorbeeld psychiatrische hulp, kruiswerk en voorzieningen voor gehandicapten kunnen de medewerkers van de Zorg AdviesLijn u de weg wijzen.

Hulpmiddelen

Via de Zorg AdviesLijn kunt u diverse hulpmiddelen regelen zoals verpleegbedden, zuurstofvernevelaars en aangepaste stoelen. Deze hulpmiddelen kunnen, indien nodig, met spoed geleverd worden. Zij worden dan dezelfde dag nog bij u thuis bezorgd.

Hulp in het buitenland

Voor informatie en assistentie bij medische hulp tijdens verblijf in het buitenland (bijvoorbeeld ziekenhuisopname tijdens vakantie) kunt u contact opnemen met de Alarmcentrale Travel Care; telefoonnummer: + 31 70 3147575.

Vereiste

Vornoemde service-elementen zijn van toepassing voor zover u verzekerd bent. Vergoeding van de kosten van deze zorg vindt plaats overeenkomstig uw polisdekking.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vergoedt onder meer de kosten van thuiszorg en psychiatrische hulp. Uitvoeringsorgaan van de AWBZ-voorzieningen zijn de regiokantoren. Voor meer informatie kunt u terecht bij De Goudse Zorg AdviesLijn, telefoon (0182) 544 920.

Belangrijke telefoonnummers

Om uw vragen optimaal te kunnen beantwoorden kunt u op onderstaande telefoonnummers terecht met betrekking tot vragen over:

- Polisdekking en uitkeringen (0182) 544 895;
- Acceptatie en premie (0182) 544 892;
- Goudse Zorg AdviesLijn (0182) 544 920;
- Ziekenhuisopname (0182) 544 895;
- Hulpmiddelen (0182) 544 895.