

Rubriek **C-4**

Bijzondere Voorwaarden Geneeskundige Kosten (DR)

Inhoud

Artikel 1 Waarvoor bent u verzekerd?

- 1.1 Welke kosten vergoeden wij? 2
- 1.2 Welke tandheelkundige kosten
vergoeden wij? 2
- 1.3 In Nederland gemaakte kosten ter
(na)behandeling na een ongeval in het buitenland 2

Artikel 2 Wanneer vergoeden wij gemaakte geneeskundige kosten niet? 2

Artikel 3 Wat zijn uw verplichtingen ? 2

Deze voorwaarden vormen één geheel met de Algemene Voorwaarden Combipolis Particulieren en de Voorwaarden van de geldende polismantel Doorlopende Reisverzekering. Deze voorwaarden zijn van kracht tenzij in de Algemene Voorwaarden Combipolis Particulieren en/of de Voorwaarden van de geldende polismantel Doorlopende Reisverzekering wordt afgeweken.

Artikel 1 Waarvoor bent u verzekerd?

Als u of een andere verzekerde tijdens een vakantie reis in het buitenland naar een dokter en/of een tandarts moet, vergoeden wij de door verzekerde gemaakte kosten zoals hieronder omschreven.

Deze verzekering is een **aanvulling** op een door verzekerde in Nederland afgesloten Zorgverzekering

1.1 Welke kosten vergoeden wij?

Wij vergoeden de volgende kosten uitsluitend als er voor een verzekerde een basis zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar van kracht is en na ontvangst van de afrekening van deze zorgverzekeraar voor zover deze kosten niet door de zorgverzekeraar zijn voldaan:

- de kosten van de eerste hulp;
- de kosten/het loon van artsen;
- de kosten van verpleging in een algemeen ziekenhuis;
- de kosten van door een arts voorgeschreven behandelingen en/of onderzoeken;
- de kosten van door een arts voorgeschreven medicijnen, hulpen/of verbandmiddelen;
- de redelijke kosten van vervoer vanaf de plaats van uw vakantiebestemming naar de plaats/plek waar u behandeld werd, en de redelijke vervoerskosten terug;
- de kosten van ambulancevervoer naar het algemeen ziekenhuis waar u behandeld wordt indien vervoer per ambulance noodzakelijk is.

1.2 Welke tandheelkundige kosten vergoeden wij?

Wij vergoeden tot maximaal € 500,- per schadegebeurtenis uitsluitend als er in Nederland voor verzekerde een aanvullende tandartsverzekering bij een Nederlandse Zorgverzekeraar van kracht is en na ontvangst van de afrekening van deze zorgverzekeraar voor zover deze kosten niet door de zorgverzekeraar zijn voldaan:

- de kosten /het loon van een tandarts;
- de kosten van door een tandarts voorgeschreven behandelingen en/of onderzoeken;
- de kosten van door een tandarts voorgeschreven medicijnen, hulp- en/of verbandmiddelen;
- de redelijke kosten van vervoer vanaf de plaats van uw vakantiebestemming naar de plaats/plek waar u door de tandarts werd behandeld, en de redelijke vervoerskosten terug.

1.3 In Nederland gemaakte kosten ter (na)behandeling na een ongeval in het buitenland

Wij vergoeden tot maximaal € 1.000,- de kosten van geneeskundige (na)behandeling zoals omschreven in 1.1 die in Nederland moeten worden gemaakt en die het gevolg zijn van een ongeval in het buitenland, tot maximaal één jaar na de dag waarop het ongeval heeft plaatsgevonden.

Wij vergoeden tot maximaal € 500,- de kosten van tandheelkundige (na)behandeling zoals omschreven in 1.2 die in Nederland worden gemaakt en die het gevolg zijn van een ongeval in het buitenland, tot maximaal één jaar na de dag waarop het ongeval heeft plaatsgevonden.

Artikel 2 Wanneer vergoeden wij gemaakte geneeskundige kosten niet?

Wij vergoeden geen kosten

- van behandeling of verpleging in een privé-kliniek als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd aan de Nh1816 Hulpdienst;
- als de (tand)arts niet als zodanig erkend is door de bevoegde instanties;
- die het gevolg zijn van een schadegebeurtenis bij het uitoefenen van een winter- of onderwatersport als de aanvullende dekking winter- en onderwatersport niet is afgesloten;
- als de verzekering is afgesloten of ingegaan terwijl verzekerde al in het buitenland onder (para)medische behandeling was en deze kosten verband houden met deze (para)medische behandeling of met de ziekte of aandoening waarvoor verzekerde reeds onder behandeling was;
- als verzekerde op reis is gegaan uitsluitend of mede met de bedoeling om een (para)medische behandeling te ondergaan en deze kosten verband houden met deze (para)medische behandeling of met de betrokken ziekte of aandoening;
- als bij vertrek al vaststond dat die kosten tijdens de vakantie reis gemaakt zouden moeten worden;
- als die kosten verband houden met een ziekte, kwaal of aandoening die op of voor de ingangsdatum van deze verzekering al bestond of klachten veroorzaakte(n) en u deze kosten kon voorzien toen u op reis ging;
- als die worden gemaakt door een ziekenhuisopname die langer dan 24 uur duurt en de behandeling had kunnen worden uitgesteld tot ná de vakantie reis.

Artikel 3 Wat zijn uw verplichtingen

Als u of een andere verzekerde tijdens een vakantie reis in een ziekenhuis wordt opgenomen, dan moet er direct contact opgenomen worden met de zorgverzekeraar of de alarmcentrale van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar of diens alarmcentrale zal indien nodig contact opnemen met de Nh1816 Hulpdienst. De zorgverzekeraar of diens alarmcentrale kan in overleg met verzekerde, de Nh1816 Hulpdienst en/of de behandelend arts de maatregelen treffen die op dat moment zijn vereist. Als deze verplichting niet wordt nagekomen dan kan dit betekenen dat er geen recht op een vergoeding is.