



Deel B Omvang Dekking AEGON Zorgverzekering Top 2010

Indien aanspraken bestaan op grond van de AEGON Basis Zorgverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de AEGON Zorgverzekering Top een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de AEGON Basis Zorgverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde kosten volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg

Voor vrouwelijke verzekerden geldt naast de vergoeding uit hoofde van de AEGON Basis Zorgverzekering de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- lid 1 Bij bevalling in een ziekenhuis, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis: een uitkering van € 455,-. Deze uitkering kan onder meer worden gebruikt om:
- de eigen bijdrage voor kraamzorg te bekostigen die van toepassing is in de AEGON Basis Zorgverzekering (dan wel een elders lopende zorgverzekering);
 - uitgestelde en/of aanvullende kraamzorg te bekostigen;
 - de couveuse nazorg te bekostigen;
 - de eigen bijdrage te bekostigen die geldt bij een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak op grond van de AEGON Basis Zorgverzekering (dan wel een elders lopende zorgverzekering);
 - de adoptiekraamzorg te bekostigen.
- lid 2 Kraampakket
De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket. Het kraampakket kan bij de AEGON Kraamzorg Service worden aangevraagd (zie Deel C Zorgdiensten AEGON Zorgverzekering Top).
- lid 3 Lactatiekundige
Vergoed worden de kosten van een lactatiekundige.
- lid 4 Bewakingsapparatuur wiegendood
Vergoed worden de kosten van huur van bewakingsapparatuur, mits op verwijzing van de behandelend arts en uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Voor meer informatie kan de verzekerde contact opnemen met de AEGON ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten AEGON Zorgverzekering Top).
- lid 5 Sensormatje
Vergoed worden de aanschafkosten van een sensormatje voor bewegings- en ademhalingsregistratie bij een pasgeborene, maximaal één per pasgeborene.
- lid 6 TENS
Vergoed worden de kosten van huur van een TENS (Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie), een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling, voor een periode van maximaal 6 weken. Een aanvraag kan worden ingediend bij de AEGON ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten AEGON Zorgverzekering Top).

Artikel 2 Paramedische zorg en bewegzorg

Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

- lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie
Vergoed worden de kosten van zorg verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar.
- lid 2 De kosten van de onderstaande behandelingen worden vergoed tot een gezamenlijk maximum van € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar, mits voorgeschreven door de behandelend huisarts of specialist:
- Chiropractie
De zorg verleend door een chiropractor.
 - Manuele therapie E.S. ®
De zorg verleend door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT)
 - Osteopathie
De zorg verleend door een osteopaat.
 - Orthoptische zorg
De zorg verleend door een orthoptist.
 - Sportarts
De behandelingen verricht door een sportarts.

Artikel 3 Psychologische zorg

Vergoed worden de kosten van eerstelijns psychologische zorg vanaf de negende zitting door een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van de eerstelijnspsychologische zorg komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als sprake is van voortzetting van eerstelijnspsychologische zorg, waarvan de eerste acht zittingen op grond van de AEGON Basis Zorgverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) zijn vergoed. De eigen bijdragen op grond van de AEGON Basis Zorgverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor de verstrekking van eerstelijns psychologische zorg komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 4 Farmaceutische zorg

- lid 1 De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed tot een maximum van € 4.540,- per verzekerde per kalenderjaar:
- zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
 - de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
 - de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
 - de kosten van verbandmiddelen, die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden en die niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende zorg.

- lid 2 Er bestaat echter geen aanspraak op vergoeding van kosten van:
- de middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel;
 - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 5 lid 3;
 - vaccinaties en profylactische middelen. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 6.

Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen

- lid 1 Vergoed worden de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder arts acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult / behandeling, maximaal één consult / behandeling per dag met een maximum van € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 2 Vergoed worden de kosten van een consult bij, of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult / behandeling, maximaal één consult / behandeling per dag met een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 3 Vergoed worden de kosten van homeopathische of antroposofische geneesmiddelen tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar, mits door de behandelend arts of behandelaar voorgeschreven en door een apotheek of apotheekhoudende huisarts geleverd.

Artikel 6 Vaccinaties

Vergoed worden de kosten van vaccinaties en van profylactische middelen ter voorkoming van malaria wegens verblijf in het buitenland.

Artikel 7 Eigen bijdragen hulpmiddelen

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde verschuldigd is op basis van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.aegonziektekosten.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 8 Overige hulpmiddelen

- lid 1 Brillenglazen/Contactlenzen/Ooglaseren
Vergoed worden de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen, versterkende/corrigerende contactlenzen of ooglaserbehandeling tot een maximum van € 300,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 2 Rolstoelen/Invalidenwagens
Vergoed worden de kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens.
- lid 3 Steunzolen
Vergoed worden de kosten van aanschaf van steunzolen. Levering dient te geschieden door een orthopedisch schoentechnicus.
- lid 4 Verpleegartikelen
Vergoed worden de kosten van huur van verpleegartikelen.
- lid 5 Wekapparaten
Vergoed worden de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief bandages).

Artikel 9 Ziekenvervoer

De kosten van ziekenvervoer binnen Nederland worden vergoed voor zover het ziekenvervoer plaatsvindt ten behoeve van een behandeling waarop aanspraak bestaat op grond van de AEGON Basis Zorgverzekering (of een elders lopende zorgverzekering).

De volgende kosten worden vergoed:

1. de eigen bijdrage voor de verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de AEGON Basis Zorgverzekering (of een elders lopende zorgverzekering);
2. tot maximaal € 0,25 per gereden kilometer bij gebruik van de auto volgens de kortst gebruikelijke route;
3. taxivervoer (zie Deel C Zorgdiensten AEGON Zorgverzekering Top).

Artikel 10 Reiskosten ziekenbezoek

Vanaf de 8^e opnamedag vergoedt de verzekeraar de reiskosten van bezoek door een verzekerde aan een opgenomen gezinslid in een ziekenhuis in Nederland, tot maximaal € 0,25 per kilometer vanaf het woonadres van de verzekerde in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats volgens de kortst gebruikelijke route. Zowel de verzekerde als het gezinslid dienen verzekerd te zijn bij AEGON.

Artikel 11 Mondzorg

- lid 1 Vergoed worden de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder worden de kosten van behandeling vergoed tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 2 Vergoed worden de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen kan de zorg ook worden verleend door een tandprotheticus).
- lid 3 De kosten van het bleken van elementen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 12 Bijzondere behandelingen/therapieën

- lid 1 Acnébehandeling
Vergoed worden de kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e) voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend dermatoloog.
- lid 2 Beweegprogramma's
Vergoed worden de kosten van:
- een door KNGF erkend beweegprogramma gericht op genezing en herstel, ter voorkoming van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte, mits voorgeschreven door de behandelend arts;
 - het revalidatieprogramma Herstel & Balans, gericht op het verminderen van en het leren omgaan met (rest)klachten voor mensen met kanker, mits uitgevoerd door een instelling met een licentie van de stichting Herstel & Balans en mits voorgeschreven door de behandelend arts;
 - een beweegprogramma volgens de methode van CytoFys, OncoMove of Sportplan Tegenkracht tijdens een chemotherapie behandeling, onder begeleiding van een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum, mits voorgeschreven door de behandelend arts;
 - een beweegprogramma dat onderdeel uitmaakt van de gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan de overige componenten, dieetadvisering en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk uit hoofde van de AEGON Basis Zorgverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) worden vergoed. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag, verantwoord bewegen en het ontwikkelen van een actieve en gezonde levensstijl en wordt gegeven door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck of een thuiszorgorganisatie.

- deelname aan Senioren Fitzzwemmen of 50-Fit zwemmen tot maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar. De cursus of training is gericht op senioren en bedoeld als ondersteuning van gezondheid en conditie, lenigheid, spierkracht en coördinatie.
- lid 3 Camouflagetherapie
Vergoed worden de kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten.
- lid 4 Diëtist(e)
Vergoed worden de kosten van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist.
- lid 5 Elektrische epilatie of laserbehandeling
Vergoed worden de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat tot maximaal € 1.500,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend dermatoloog.
- lid 6 Ergotherapie
Vergoed worden de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.
- lid 7 In vitro fertilisatie (IVF)
Vergoed worden de kosten van in vitro fertilisatiebehandelingen in een ziekenhuis.
- lid 8 Lymfedrainage
Vergoed worden de kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem.
- lid 9 Overgangsconsulent(e)
Vergoed worden de kosten van voorlichting, advies en zorg gedurende de menopauze gegeven door een overgangsconsulent(e) aangesloten bij Care for Women of bij de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VVOC).
- lid 10 Pedicure
Vergoed worden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met diabetes mellitus of reumatoïde artritis.
- lid 11 Plastische chirurgie
- Vergoed worden de kosten van het corrigeren van standsafwijkingen van de oren voor kinderen tot 18 jaar.
- Vergoed worden de kosten van plastische en reconstructieve chirurgie worden vergoed indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- lid 12 Podotherapie
Vergoed worden de kosten van behandeling door een podotherapeut of podoloog. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthonyxie.
- lid 13 Psoriasisdagbehandeling
Vergoed worden de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum.
- lid 14 Sterilisatie/Refertilisatie
Vergoed worden de kosten verbonden aan sterilisatie en de kosten verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie.
- lid 15 Stottertherapie
Vergoed worden de kosten van stottertherapie, inclusief maaltijdkosten en verblijfkosten.

Artikel 13 Verblijfkosten

- lid 1 Verblijf Ronald McDonald- of familiehuus
Vergoed wordt de verschuldigde eigen bijdrage voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuus, in geval van een behandeling van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.
- lid 2 Verblijf gezinslid
De verzekeraar vergoedt de kosten van verblijf van een gezinslid van de verzekerde van 18 jaar of ouder in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuus gedurende de periode van opname van deze verzekerde in het ziekenhuis vanwege een behandeling.
- lid 3 Verblijf verzekerde
Vergoed worden de kosten van verblijf van de verzekerde en een begeleider in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuus aansluitend op een transplantatie of een oncologische behandeling.
- lid 4 Verblijf in een hospice
Vergoed wordt de eigen bijdrage tot maximaal € 25,- per dag, gedurende maximaal 3 maanden van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis. Het verblijf moet geïndiceerd zijn door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist.
- lid 5 Therapeutisch kamp voor jongeren
Vergoed wordt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening.
- lid 6 Herstellingsoord
De kosten van verblijf in een herstellingsoord dat is aangesloten bij de Stichting Nederlandse Herstellingsoorden (SNH) voor herstel na een lichamelijke ziekte en/of een daaraan verbonden medische behandeling worden vergoed. Het verblijf moet plaatsvinden op verwijzing van de behandelend arts.
- lid 7 Kuuroord
De kosten van verblijf in een kuuroord voor verzekerden met reumatoïde artritis of psoriasis, worden vergoed tot een maximum van € 500,- per verzekerde per jaar.

Artikel 14 Huishoudelijke hulp in natura

De huishoudelijke hulp is een voorziening uit hoofde van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de WMO geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

Bij ontslag uit een ziekenhuis na een opnameduur van minimaal 5 dagen bestaat voor een verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp tot een maximum van € 450,-. De hulp wordt geleverd door een door de verzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie, onder voorbehoud van beschikbaarheid en moet direct aansluiten op de ziekenhuisopname. Om in aanmerking te komen voor de huishoudelijke hulp moet zo spoedig mogelijk, uiterlijk op de dag van ontslag, een aanvraag worden gedaan bij de AEGON ZorgConsulent.

De eigen bijdragen die gelden op grond van de WMO komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Nadere informatie over huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis wordt omschreven in Deel C Zorgdiensten AEGON Zorgverzekering Top.

Artikel 15 Vervangende mantelzorg

Vergoed worden de kosten van vervangende mantelzorg bij afwezigheid van de mantelzorger(s) van een gehandicapte of chronisch zieke verzekerde, om medische reden of vakantie, gedurende maximaal 16 dagen per verzekerde per kalenderjaar. Deze zorg moet worden geleverd door Stichting Mantelzorgvervanging Nederland "Handen-in-Huis" en vooraf worden bemiddeld door de AEGON ZorgConsulent.

Artikel 16 Kinderopvang

Bij opname in een ziekenhuis van de verzekerde ouder bestaat recht op vergoeding van de kosten van kinderopvang onder de volgende voorwaarden:

- de kinderopvang wordt verleend door een door de bevoegde gemeentelijke instantie erkende instelling;
- de vergoedingsregeling vangt aan met ingang van de vierde dag van een aaneengesloten ziekenhuisopname;
- de vergoeding bedraagt per meeverzekerd kind tot een leeftijd van 12 jaar maximaal € 25,- per werkdag met een maximum van 60 aaneengesloten werkdagen;

In plaats van de hier omschreven vergoeding kan onder bepaalde voorwaarden worden gekozen voor kinderopvang in natura (zie daarvoor Deel C Zorgdiensten AEGON Zorgverzekering Top).

Voor meer informatie over kinderopvang kan de verzekerde contact opnemen met de AEGON ZorgConsulent.

Artikel 17 Preventieve zorg

- lid 1 Griepvaccinatie
Vergoed worden de kosten van één griepvaccinatie per verzekerde per kalenderjaar voor zover de verzekerde niet tot één van de risicogroepen behoort die via het Nationaal Programma Grieppreventie in aanmerking komt voor een griepvaccinatie.
- lid 2 Preventiecurssussen
Vergoed worden de kosten van maximaal twee, door de verzekeraar erkende preventiecurssussen tot een gezamenlijk maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. De door de verzekeraar erkende preventiecurssussen zijn op te vragen bij de AEGON ZorgConsulent.
- lid 3 Programma's voor stoppen met roken
Vergoed worden de kosten van de hierna genoemde programma's voor stoppen met roken aanvullend op de zorg die geheel of gedeeltelijk uit hoofde van de AEGON Basis Zorgverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) worden vergoed:
- Lasertherapie;
 - Allen Carr-training;
 - De Opluchting-training.
- lid 4 Preventief medisch onderzoek
De kosten van preventief medisch onderzoek worden vergoed tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Uitgesloten zijn echter de kosten van een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever. Voor meer informatie over preventief medisch onderzoek kan de verzekerde contact opnemen met de AEGON ZorgConsulent (zie Deel C Zorgdiensten AEGON Zorgverzekering Top).
- lid 5 Lidmaatschap patiëntenvereniging
Vergoed worden de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) of Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad). Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.

Artikel 18 Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige zorg vergoed:

- lid 1 Onvoorziene behandelingen
Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:
- die op grond van de AEGON Basis Zorgverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedrag; de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;
 - die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed tot maximaal de in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.
- lid 2 Voorziene behandelingen
- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen voor medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de AEGON Basis Zorgverzekering, volledig voor behandelingen ondergaan in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding uit hoofde van een (bij zorgverzekeraar of elders lopende) zorgverzekering maakt hier onderdeel van uit. De lijst met deze erkende ziekenhuizen is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.aegonziektekosten.nl/polisvoorwaarden.
 - De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.
- lid 3 Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.

Artikel 19 AEGON Zorgassistance

- lid 1 Bij acute ziekte of ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland dient in geval van een ziekenhuisopname contact te worden opgenomen met AEGON Zorgassistance. Deze organisatie geeft advies over geneeskundige zorg voor rekening van de verzekeraar. AEGON Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer 0031 (0)88 668 97 73.
- lid 2 Meldingsplicht
De verzekerde is verplicht, indien hulp van AEGON Zorgassistance moet worden ingeroepen, zich zonder uitstel met haar in verbinding te stellen. Hij moet daarbij het cliëntnummer / burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.
- lid 3 Medische gegevens
De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van AEGON Zorgassistance om de van belang zijnde gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond in geval van ziekenhuisopname en/of repatriëring te verschaffen aan de medisch adviseur van de verzekeraar.

- lid 4 Extra dienstverlening bij tijdelijk verblijf buiten Nederland, van een verzekerde met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland, door of door bemiddeling van AEGON Zorgassistance:
- a. bij acute ziekte/ongeval van de verzekerde:
 - verstrekking van een garantie op een rechtstreekse betaling van de verpleeg- en/of behandelkosten aan de zorginstelling waarin de verzekerde is opgenomen;
 - noodzakelijke voorschotbetalingen;
 - toezending van noodzakelijke medicijnen als deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn;
 - repatriëring: in geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding;
 - vergoeding van de noodzakelijke extra verblijfkosten van de verzekerde als repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan;
 - vergoeding van de reiskosten van een eenmalig bezoek van een gezinslid bij opname van de verzekerde en indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan.
 - b. bij overlijden van de verzekerde vergoeding van de kosten van:
 - vervoer van het stoffelijk overschot; óf
 - begrafenis of crematie in het buitenland en de kosten van overkomst van gezinsleden tot maximaal het bedrag dat gepaard zou zijn gegaan met repatriëring van het stoffelijk overschot.
 - c. vergoeding van de kosten van opsporing en/of redding van de verzekerde tot een maximumbedrag van € 11.345,-. Dat geldt indien de verzekerde tijdens het verblijf in het buitenland in een noodsituatie belandt waardoor kosten moeten worden gemaakt vanwege opsporing en/of redding die voor rekening van de verzekerde komen.
 - d. vergoeding van de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar AEGON Zorgassistance.

