

Expatriates Pakket Polis Ziektekosten

Bijzondere Voorwaarden

BELANGRIJKE AANWIJZINGEN EN TIPS

Ingeval een verzekerde in het ziekenhuis wordt opgenomen, dan dient dit binnen 48 uur na opname aan de alarmcentrale gemeld te worden. Indien verzekerde aanspraak wil maken op vergoeding voor reis- en verblijfkosten in verband met ernstige ziekte of het overlijden van een familielid in eerste of tweede graad (t/m 75 jaar) in Nederland, moet verzekerde voor vertrek naar Nederland contact met de alarmcentrale opnemen. De alarmcentrale zal boeking van de reis verzorgen. U kunt met de alarmcentrale contact opnemen op telefoonnummer +44 208 762 8008.

Hierbij dient u op te geven:

- uw naam en uw polisnummer en, indien van toepassing, de naam van de verzekerde(n) voor wie hulp wordt gevraagd;
- plaats en telefoonnummer waar u bereikbaar bent;
- een korte samenvatting van het probleem en de hulp die verlangd wordt;
- indien van toepassing, naam, adres en telefoonnummer van het ziekenhuis waar de verzekerde is opgenomen;
- naam, adres en telefoonnummer van de behandelend arts en indien noodzakelijk van de eigen huisarts.

ARTIKEL 1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1 Bijkomende kosten

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

1.2 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 medisch specialist.

1.3 Fysiotherapie

Behandeling door een praktizerend fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.4 Geneesmiddelen en dieetpreparaten

- Middelen die krachtens de ter plaatse geldende bepalingen als geneesmiddel verhandeld mogen worden en die op voorschrift van een arts, tandarts of een verloskundige zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts. Onder geneesmiddelen worden ook verstaan middelen ter voorkoming van zwangerschap.
- Polymere, obliomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

1.5 Hartrevalidatie

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

1.6 Huisarts

Een in de woonplaats of in de verblijfplaats van de verzekerde(n) of in de naaste omgeving daarvan gevestigde arts, die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp zowel ten huize van de verzekerde(n) als op het spreekuur van de arts.

1.7 Hulpmiddelen

De middelen die in de regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

1.8 Kaakchirurg

Een tandarts, die door de bevoegde instantie als specialist voor mondziekten en kaakchirurgie is erkend.

1.9 Kaakchirurgische behandeling

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

1.10 Klinische revalidatie

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

1.11 Kosten van specialistische behandeling

1.11.1 Klinische specialistische behandeling

- Het honorarium van een medisch specialist wegens door hem verrichte behandeling tijdens de opname in een ziekenhuis.
- Bijkomende kosten als omschreven in artikel 1.4 voorzover behorend tot de klinische behandeling.

1.11.2 Niet-klinische specialistische behandeling

- Het honorarium van een op advies van de huisarts of de tandarts geraadpleegde medisch specialist wegens een door hem verrichte behandeling, niet gepaard gaande met opname in een ziekenhuis.
- Bijkomende kosten als omschreven in artikel 1.4 voorzover 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, voorzover die kosten in rekening worden gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

1.12 Kraaminrichting

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende inrichting.

1.13 Medische noodzaak

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

1.14 Medisch-specialistische behandeling

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

1.15 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 regelmatige behandeling door een medisch specialist noodzakelijk moet zijn.

1.16 Orthodontist

Een in het land van tijdelijk verblijf gevestigde tandarts die bevoegd is tot het uitoefenen van dentomaxillaire orthopedie.

1.17 Specialist

Een praktizerend arts, die ter plaatse van de behandeling bevoegd is als specialist werkzaam te zijn, overeenkomstig de aldaar geldende normen.

1.18 Tandarts

Een arts, die door de bevoegde instantie als tandarts is erkend.

1.19 Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.20 Verpleegkosten

De kosten van verpleging welke vergelijkbaar zijn met de laagste klas verpleging in Nederland of die gebruikelijk is binnen de sociale verzekering in het land van tijdelijk verblijf en door een ziekenhuis volgens de door de bevoegde overheidsinstanties goedgekeurde tarieven in rekening worden gebracht.

1.21 Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek of behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is erkend.

1.22 Kosten van ziekenvervoer

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance-auto, zowel naar als van een ziekenhuis. De kosten dienen verband te houden met medische behandeling, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van De Goudse komen. Recht op vergoeding van de kosten van herhaald ziekenvervoer bestaat uitsluitend indien De Goudse op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven.

1.23 Ziektegeval

Elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekte-oorzaak of ziekte-oorzaken c.q. hetzelfde ongeval.

ARTIKEL 2. OMSCHRIJVING VAN DE DEKKING

De vergoeding van kosten die De Goudse verleent voor medische zorg en diensten gemaakt tijdens het verblijf in het buitenland is afhankelijk van de gekozen dekking (Basis, Optimaal, of Excellent).

De vermelding **BAS**, **OPT** en/of **EXC** achter een artikel of subartikel geeft aan of de betreffende behandeling of dienst vergoed wordt onder respectievelijk de Basis-, Optimaal- en/of Excellentdekking.

2.1 Ziekenhuis

BAS OPT EXC

2.1.1 Opname

Bij een ziekenhuisopname in de met Nederland vergelijkbare klasse 3 van een ziekenhuis, vindt nadat u contact heeft gehad met International SOS vergoeding plaats van:

- de verpleegkosten;
- de kosten van medisch-specialistische behandeling;
- de bijkomende kosten.

Voor de verpleging en behandeling zal de vergoeding van de verzekerde kosten zich uitstrekken over ten hoogste 365 dagen per ziektegeval.

Vereiste

U dient International SOS of De Goudse zo spoedig mogelijk in kennis te stellen van de opname. Deze kennisgeving kan schriftelijk of telefonisch geschieden.

2.1.2 Dagverpleging

Bij dagverpleging komen de volgende kosten voor vergoeding in aanmerking:

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

2.1.3 Niet klinische/poliklinische medisch specialistische behandeling

Vergoeding van de verschuldigde kosten omschreven in artikel 1.11.2 en 1.1.

BAS OPT EXC

2.2 Ziekenvervoer

De kosten van ziekenvervoer worden conform artikel 1.22 tot een maximumbedrag per keer vergoed conform premie- en dekkingsoverzicht.

2.3 Bevalling

OPT EXC

2.3.1 Bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting op medische indicatie

Vergoeding van:

- De verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen;
- Het honorarium van verloskundige hulp.

2.3.2 Bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting zonder medische indicatie

Vergoeding van:

- De verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind gedurende ten hoogste 10 dagen, gerekend van de dag van de bevalling, tot een maximumbedrag per dag conform premie- en dekkingsoverzicht;
- Het honorarium van verloskundige hulp.

In landen waar thuisbevalling niet mogelijk is, bestaat recht op 100% vergoeding van de verpleeg- en bijkomende kosten tot ten hoogste 10 dagen, gerekend vanaf de dag van de bevalling.

2.3.3 Poliklinische bevalling dan wel thuisbevalling

Vergoeding van:

- Het honorarium van verloskundige hulp;
- De kosten van gebruik polikliniek.

2.3.4 Kraamzorg

Het maximaal uit te keren bedrag is vastgelegd in het premie- en dekkingsoverzicht. Indien de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis of kraaminrichting (anders dan poliklinische bevalling) wordt voor elke opnamedag een in het premie- en dekkingsoverzicht vastgesteld bedrag in mindering gebracht.

2.3.5 Wachterperiode zwangerschap

Kosten overeenkomstig het bepaalde in artikel 2.3.1 t/m 2.3.4 komen alleen voor vergoeding in aanmerking, nadat de aanstaande moeder een ononderbroken periode van 12 maanden verzekerd is geweest. In tegenstelling tot het voorgaande komen de kosten van **medisch noodzakelijke** behandeling van moeder en/of kind(eren) tot vier dagen na de geboorte voor vergoeding in aanmerking, indien deze verband houden met zwangerschapscomplicaties ten gevolge van een ongeval of een ziekte, welke zich tijdens de zwangerschap en na de ingangsdatum van deze verzekering voor de moeder geopenbaard hebben.

2.4 Kaakchirurgische behandeling

BAS OPT EXC

a. Bij ziekenhuisopname vindt, vergoeding plaats van:

- de verpleegkosten;
- de kosten van kaakchirurgische behandeling;
- de bijkomende kosten.

Voor de verpleging en behandeling zal de vergoeding van de verzekerde kosten zich uitstrekken over ten hoogste 365 dagen per ziektegeval.

U dient International SOS of De Goudse vooraf of zo spoedig mogelijk in kennis te stellen van de opname. Dit kan schriftelijk of telefonisch.

b. Bij niet-klinische behandeling vergoeding van kosten overeenkomstig het bepaalde onder artikel 2.1.3.

Uitsluiting

Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor behandelingen verband houdend met kaakorthopedische behandeling door een kaakchirurg.

2.5 Geneesmiddelen en dieetpreparaten

BAS OPT EXC

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

Vereisten

Er moet sprake zijn van een ernstige:

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

Uitsluitingen geneesmiddelen

Niet voor vergoeding komen in aanmerking:

- versterkende- en voedingsmiddelen (anders dan dieetpreparaten als bedoeld in artikel 2.5);
- vermageringsmiddelen;
- tonica, medicinale wijnen, traanproducten;

- vitamine preparaten;
- laxemiddelen;
- cosmetische middelen;
- middelen ter voorkoming van tropische ziekten;
- middelen welke ook zonder recept verkrijgbaar zijn bijvoorbeeld neusdruppels.

2.6 Hartrevalidatie

OPT EXC

Vergoeding van de kosten van revalidatiebehandeling volgens het door de cardioloog opgestelde behandelingsplan na vooraf verleende toestemming door De Goudse. Hartrevalidatie kan plaatsvinden in een klinische situatie (opname) en in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

2.7 Klinische revalidatie

EXC

Vergoeding van kosten van klinische revalidatie (opname) volgens het door de medisch specialist opgestelde behandelingsplan na vooraf verleende toestemming door De Goudse.

2.8 Hulpmiddelen

OPT EXC

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

Vereisten

- Het hulpmiddel is voorgeschreven door de arts of specialist.
- De Goudse 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.

2.9 Fysiotherapie

OPT EXC

Vergoed worden de kosten van behandeling gegeven door een fysiotherapeut. Per verzekerde komen 20 behandelingen per verzekeringsjaar voor vergoeding in aanmerking. Het recht op vergoeding na 20 behandelingen bestaat uitsluitend indien De Goudse, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming heeft verleend, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

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 kraamvrouwen-gymnastiek, 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 voor het fysiotherapeuten tarief.

2.10 Tandheelkundige hulp voor verzekerden tot 21 jaar

OPT EXC

100% vergoeding van de kosten voor tandheelkundige behandeling door een tandarts of een dienst voor jeugd tandverzorging tot een maximum bedrag per verzekerde per verzekeringsjaar conform premie- en dekkingsoverzicht.

2.11 Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 21 jaar

EXC

75% vergoeding van de kosten voor tandheelkundige behandeling door een tandarts tot een maximum bedrag per verzekerde per verzekeringsjaar conform premie- en dekkingsoverzicht.

2.12 Kosten van behandeling door de huisarts

BAS OPT EXC

Het honorarium verschuldigd aan de huisarts voor consulten en visites wegens geneeskundige behandeling, de kosten van laboratorium- en röntgenonderzoeken, electrocardiogram en kleine chirurgische ingrepen voor zover deze niet reeds zijn begrepen in het consulttarief.

2.13 Nierdialyse in ziekenhuis

OPT EXC

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

2.14 Logopedie en foniatry

EXC

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.

ARTIKEL 3. BIJZONDERE RECHTEN EN AANSPRAKEN

3.1 Kosten gemaakt tijdens verblijf in Nederland

BAS OPT EXC

Kosten van medisch noodzakelijke behandelingen gemaakt tijdens verblijf in Nederland worden als hierna omschreven vergoed:

- de kosten van de verrichtingen waar een bedrag in Euro's is vermeld, worden maximaal tot dit bedrag vergoed;
 - verpleeg- en bijkomende kosten worden tot maximaal 365 dagen per ziektegeval vergoed.
- Bovenstaande met inachtneming van het gestelde in artikel 3.3 van de Algemene Voorwaarden.

3.2 Buitenland

BAS OPT EXC

Indien tijdens een verblijf van de verzekerde buiten de Europese Unie, niet zijnde het land van tijdelijk verblijf, geneeskundige behandeling in verband met een acute ziekte of ongeval medisch noodzakelijk is, zal vergoeding van de verzekerde kosten plaatsvinden, onder voorwaarde 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;
- de kosten van ziekenvervoer uitsluitend vergoed zullen worden voor zover dit vervoer (per ambulance-auto) plaatsvindt naar het dichtst bijzijnde ziekenhuis;
- vergoeding wordt verleend zolang de behandeling in het buitenland medisch noodzakelijk is tot het moment waarop voortzetting in de Europese Unie of het land van tijdelijk verblijf kan plaatsvinden.

Uitsluitingen

De kosten verband houdende met een opname en/of geneeskundige behandeling die uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3.3 Kinderen

BAS OPT EXC

Voor kinderen geboren tijdens de duur van de verzekering gelden, mits zij binnen een maand na hun geboorte aan De Goudse ter verzekering zijn voorgedragen en mits alle daarvoor in aanmerking komende gezinsleden onder deze dekking verzekerd zijn, de volgende bepalingen:

- De dekking is van de geboorte af van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen; het in artikel 4.1 in de eerste zin bepaalde is dan niet van toepassing;
- Indien deze kinderen voor borstvoeding met de moeder in het ziekenhuis verblijf moeten houden, zullen de daaraan verbonden kosten worden vergoed zolang De Goudse voor de moeder vergoeding van de verpleegkosten verschuldigd is.

3.4 Orgaantransplantatie

BAS OPT EXC

De kosten van orgaantransplantaties worden vergoed voor zover deze een direct gevolg zijn van een ongeval en mits de behandeling plaatsvindt in een door de bevoegde overheidsinstantie hiertoe erkende instelling voor deze verrichtingen en mits hiervoor officieel goedgekeurde tarieven zijn afgegeven.

3.5 Orgaantransplantatie (donor)

BAS OPT EXC

De kosten van verpleging en behandeling van de donor worden volledig vergoed op basis van de verzekerde klasse waarvoor hij elders is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op vergoeding van kosten van medische behandeling gedurende ten hoogste 3 maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met die opname. Bovenstaande is alleen van toepassing als de orgaantransplantatie naar aanleiding van een ongeval moet worden uitgevoerd.

3.6 Eurotransplant Nederland

BAS OPT EXC

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

3.7 Second opinion

BAS OPT EXC

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.

3.8 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

OPT EXC

Voor degene die komend vanuit het buitenland in Nederland is gaan wonen en als gevolg daarvan verzekerd is in de zin van de AWBZ, geldt in bepaalde situaties een wachttijd voor AWBZ-verstrekingen. Gedurende deze wachttijd zullen bedoelde AWBZ-verstrekingen onder de Optimaal- en Excellentdekking door De Goudse worden vergoed tot respectievelijk maximaal 6 maanden en 1 jaar na vestiging in Nederland.

3.9 Erfelijkheidsonderzoek

EXC

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;
- chromosomenonderzoek;
- biochemische diagnostiek;
- DNA-onderzoek;
- erfelijkheidsadvisering;
- de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding.

Vereiste

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

3.10 Preventieve geneeskunde

EXC

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

- onderzoek van hart- en bloedvaten;
- baarmoederhals- en borstkankeronderzoek.

Hiervoor geldt een beperking van 1 maal per verzekerde per verzekeringsjaar en men dient vooraf toestemming te vragen aan De Goudse.

3.11 Sterilisatie/abortus

EXC

De hieraan verbonden medische kosten worden vergoed, mits de behandeling door een specialist plaatsvindt in een ziekenhuis. Bij sterilisatie van de man wordt vergoeding van kosten verleend tot ten hoogste het bedrag dat verschuldigd zou zijn geweest bij een poliklinische behandeling, na toestemming vooraf door De Goudse, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Uitsluiting

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat voor het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie.

3.12 Thuisverpleging

EXC

Vergoeding wordt verleend:

- voor aanvullende thuisverpleging door een verpleegkundige of ziekenverzorgende thuis bij de verzekerde ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis;
- van ten hoogste 8 uur per dag, tot een maximum van 100 dagen per verzekerde per verzekeringsjaar, na toestemming vooraf door De Goudse, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

3.13 Bevalling in Nederland

EXC

Indien de verzekerde vrouw ervoor kiest om in Nederland te bevallen, bestaat er voor haar recht op vergoeding van 50% van de reiskosten (heen en terug) op basis van het economy tarief (vliegtuig, trein of bus). Dit geldt tevens voor de onder deze dekking verzekerde kinderen tot 4 jaar. Tot maximaal de zevende maand van de zwangerschap kan hiervan gebruik worden gemaakt. Verdere vergoeding van de kosten vindt plaats volgens artikel 2.3.

3.14 Overvliegen van bloed

EXC

Het overvliegen van bloed in verband met een noodzakelijke bloedtransfusie wordt volledig vergoed.

3.15 Vaccinaties bij kinderen tot en met 9 jaar

EXC

Vergoeding wordt verleend:

- voor vaccinatie bij kinderen tot en met 9 jaar door een huisarts en/of kinderarts;
- geleverd via een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- conform het in Nederland geldende vaccinatieschema en/of het voor het land van verblijf geldende advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR).

3.16 Orthodontie

EXC

3.16.1 Kaakorthopedische behandeling door een orthodontist

Volledige vergoeding van de kosten van kaakorthopedische behandeling (orthodontie) door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts in geval van een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo-, en/of gnato-, palatoschisis).

Uitsluiting

Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor behandelingen, verband houdend met kaakorthopedische behandeling door een kaakchirurg.

3.16.2 Orthodontie voor verzekerden tot en met 20 jaar

75% vergoeding van de kosten tot een maximum bedrag per verzekerde per verzekeringsduur zoals vastgesteld in het premie- en dekkingsoverzicht, voor zover niet begrepen onder artikel 3.16.1 en wel als volgt:

- door een orthodontist overeenkomstig het in het land van tijdelijk verblijf gedeponeerde specialistentarief gedeclareerde bedrag of;
- door een tandarts overeenkomstig het in het land van tijdelijk verblijf goedgekeurde tarief gedeclareerde bedrag.

ARTIKEL 4. UITSLUITINGEN

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 onderzond.

Bij uitbreiding van de dekking of bij verhoging van de verzekerde verpleegklasse komen de kosten van behandeling onder deze uitsluiting niet voor vergoeding in aanmerking indien medische informatie geheim wordt gehouden. Het bovenstaande is niet van toepassing indien de verzekeringnemer De Goudse van de bewuste ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en De Goudse daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld.

2. 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.

3. Voor de verschuldigde eigen bijdragen/eigen betalingen van bevolkingsonderzoek.

4. Voor de kosten van celtherapie, vaccinaties en/of keuringen, het afgeven van attesten en preventief onderzoek, tenzij in artikel 3.10 en/of 3.15 anders vermeld.

5. Voor psychiatrische, psychologische en/of psychotherapeutische behandeling.

6. Voor tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak.

7. 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.

8. Voor alternatieve geneeswijzen.

9. Voor alle kosten van en verband houdend met fertiliteitsbevorderende behandelingen (bijvoorbeeld I.V.F.).

10. Voor audiologische hulp door een audiciën.

ARTIKEL 5. VERPLICHTINGEN

De verzekerde is verplicht ervoor te zorgen:

1. dat van een opname in een ziekenhuis zo spoedig mogelijk kennis wordt gegeven aan International SOS of De Goudse;
 2. dat bij niet-klinische specialistische behandeling een verwijzing van de huisarts of tandarts wordt overgelegd, indien hierom door De Goudse wordt gevraagd;
 3. dat alle nota's op zodanige wijze gespecificeerd zijn dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding De Goudse is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn;
 4. dat desgevraagd aan De Goudse, haar geneeskundig adviseur of hen, die met de controle zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen;
 5. dat alle nota's betreffende het verstreken kalenderjaar voor 31 december van het daarop volgende jaar zijn ingediend.
- Bij het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

ARTIKEL 6. PREMIE/EIGEN RISICO

1. De premie is gekoppeld aan de leeftijd van de oudste verzekerde.
2. Van de verzekerde kosten is het bedrag van het eigen risico als in de polis vermeld per gezin per verzekeringsjaar voor rekening van de verzekeringnemer.
3. Indien voor een onderdeel van de ziektekostenverzekering 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.
4. Indien een opname in een ziekenhuis niet eindigt in het verzekeringsjaar waarin deze begon, zal voor die opneming slechts eenmaal het eigen risico in mindering worden gebracht zoals dit op het moment van de opneming van toepassing was.
5. Indien voor een onderdeel van de ziektekostenverzekering een speciaal eigen risico geldt zal bij de berekening van de uitkering eerst dit speciale eigen risico en daarna het in de polis vermelde eigen risico in mindering worden gebracht.
6. Bij schorsing of beëindiging van de dekking zal geen vermindering van het reeds ingehouden eigen risico plaatsvinden.

ARTIKEL 7. WIJZIGING VAN HET LAND VAN VERBLIJF

1. Wijziging van het land van verblijf van een verzekerde dient binnen 30 dagen na de wijziging schriftelijk aan De Goudse te worden gemeld.
2. Indien de wijziging van het land van verblijf naar het oordeel van De Goudse geen risicowijziging tot gevolg heeft, blijft deze dekking ongewijzigd van kracht.
3. Ingeval de wijziging van het land van verblijf naar het oordeel van De Goudse een risicowijziging tot gevolg heeft, wordt de premie aan het nieuwe risico aangepast. Hierbij kunnen ook andere voorwaarden worden gesteld, indien de risicowijziging naar het oordeel van De Goudse een risicoverzwaren is. De verzekeringnemer heeft het recht binnen 30 dagen tegen die aanpassing bezwaar aan te tekenen, in welk geval deze dekking wordt beëindigd aan het einde van genoemde termijn.

ARTIKEL 8. CONTINUERING NA TERUGKEER IN NEDERLAND

Bij definitieve terugkeer in Nederland kan de verzekering direct aansluitend op individuele basis worden voortgezet tegen door De Goudse vast te stellen voorwaarden en premies. Bij voortzetting heeft de Goudse in alle gevallen het recht een Standaardpakketpolis aan te bieden tegen een door De Goudse vast te stellen premie. Deze polis dient middels een aanvraagformulier schriftelijk binnen één maand na de datum van definitieve terugkeer in Nederland te worden aangevraagd en een bewijs van uitschrijving uit Nederland en een bewijs van uitschrijving uit het land van verblijf dient te worden overlegd.