

Individueel

Amicon zorgverzekeraar

Pakketvoorwaarden

Budget - Polis

Gesand door
POLISBANK

2002

Algemene bepalingen

• Leeftijdsgrens

Het aangaan van een verzekering in deze verzekeringsvorm is voor personen ouder dan 64 jaar niet mogelijk.

Ingaande de eerste dag van de maand waarin een verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt, wordt de verzekering gewijzigd in een verzekering voor de Standaard-Pakket-Polis.

• Leeftijdsgroep

De indeling naar leeftijdsgroep vindt maandelijks plaats op grond van de leeftijd van de verzekerde in de betreffende kalendermaand.

• Wijziging van pakket

Zonder voorwaarden kan de verzekering telkens per 1 januari worden gewijzigd van een lager naar een hoger eigen risico. Naast deze verzekering kan geen aanvullende verzekering van welke aard dan ook worden afgesloten. Bij tussentijdse wijzigingen vinden geen verrekeringen van het eigen risico plaats.

Op andere wijzigingen is artikel 7 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen van toepassing. De meldingen c.q. aanvragen dienen voor aanvang van het kalenderjaar te worden ingediend.

• Jaarbetaling

Op de premie wordt een korting van 2% gegeven, wanneer de premie over een vol kalenderjaar vóór 15 januari van dat jaar door de verzekeraar is ontvangen. Deze korting geldt niet voor de wettelijke bijdragen.

Kinderpremie

De kinderpremie geldt voor kinderen genoemd in artikel 1 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen.

Van het aantal verzekerde kinderen beneden 18 jaar is slechts voor 2 kinderen premie verschuldigd.

Wettelijke bijdragen MOOZ* en Omslagregeling WTZ**

De bijdragen, die aan verzekerden op grond van de MOOZ en de Omslagregeling WTZ samen met de premie in rekening worden gebracht, worden geacht onderdeel te zijn van die premie.

Toestemming

Daar waar in het Overzicht vergoedingen sprake is van vereiste toestemming, verleent de verzekeraar, gehoord zijn medisch adviseur, vooraf toestemming voor vergoeding van de kosten op basis van een medische aanvraag door huisarts, specialist of tandarts, met inachtneming van de medische noodzaak.

* MOOZ = Medefinanciering Oververtegenwoordiging
Oudere Ziekenfondsverzekerden

** WTZ = Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen

Overzicht van de verzekering

De aanspraak op vergoeding van de kosten is hierna in het Overzicht vergoedingen omschreven. Indien van toepassing wordt na vaststelling van de vergoedingen het uit te keren bedrag verminderd met het voor de verzekering geldende eigen risico.

Bijzondere voorwaarden betreffende het eigen risico

Indien het eerste verzekeringsjaar niet gelijk is aan een kalenderjaar, wordt het eigen risico voor het resterende deel van dat jaar verminderd met een twaalfde gedeelte voor iedere voor de ingangsdatum verstrekte volle maand van dat kalenderjaar. Het eigen risico bedraagt echter tenminste 25% van het eigen risico, zoals dat over een volledig verzekeringsjaar zou gelden.

Voor de bepaling van de hoogte van het eigen risico is de gezinssituatie bij aanvang van de verzekering of de gezinssituatie per 1 januari van enig jaar bepalend.

Alle wijzigingen in de loop van een jaar hebben geen invloed op de hoogte van het reeds vastgestelde eigen risico van 1 januari van dat jaar. Bij tussentijdse beëindiging vindt geen verrekening van het eigen risico plaats.

Bij een opname in een ziekenhuis zullen voor de berekening van het te dragen eigen risico de kosten worden geacht te behoren tot het kalenderjaar waarin de opname plaatsvond.

Ten behoeve van vaststelling van een eventueel nog te verrekenen eigen risico, dienen alle originele nota's bij de verzekeraar te worden aangeboden. De verrekening van het eigen risico blijkt uit de door de verzekeraar afgegeven uitkeringsspecificatie. De vergoedingen worden in principe uitbetaald aan de verzekerde, door middel van overschrijving van het bedrag op het bank- of girorekeningnummer dat door verzekerde aan verzekeraar is opgegeven. Verzekerde dient ervoor zorg te dragen dat de nota's naar behoren zijn gespecificeerd, zodat de vergoeding zonder navraag kan worden vastgesteld.

Om voor vergoeding van de kosten, zoals aangegeven in het Overzicht vergoedingen in deze pakketvoorwaarden, in aanmerking te komen is, behoudens in spoedeisende gevallen, een verwijzing door de huisarts vereist.

Overname vergoedingen

Met inachtneming van het bepaalde in de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen en het bepaalde ten aanzien van de omvang van de verzekering in deze pakketvoorwaarden wordt voor de hiernavolgende onderdelen de volgende vergoeding gegeven.

Opname in een ziekenhuis

Volledige vergoeding van de kosten van verpleging op basis van de 3e klasse. De kosten voor de specialistische zorg gedurende de opname en verdere bijkomende kosten worden eveneens volledig vergoed. Alle kosten dienen verband te houden met de opname in het ziekenhuis.

Dagbehandeling in een ziekenhuis

Volledige vergoeding.

Revalidatie

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar worden de kosten van revalidatie volledig vergoed.

Niet-klinische specialistische behandeling

Volledige vergoeding.

Uitzondering: kosten van behandeling door een psychiater, alsmede het honorarium en de bijkomende kosten van behandeling door een kaakchirurg.

SNWLK

Volledige vergoeding van de kosten van de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK) voor de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

Orgaantransplantaties

De kosten van de volgende transplantaties zijn in de verzekering opgenomen: huid-, hoornvlies-, beenmerg-, bot-, nier-, hart-, hartlong-, nierpancreastransplantaties en transplantaties van de lever, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger (orthotope transplantatie).

De kosten van verpleging en behandeling van de donor worden vergoed tot ten hoogste het tarief waarvoor de donor verzekerd is. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor voor de transplantatie werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de betreffende transplantatie.

Weefseltypering

Volledige vergoeding van de kosten van weefseltypering door de Stichting Eurotransplant.

Dialyse

Volledige vergoeding van de met dialyse verband houdende kosten. De dialyse kan zowel in een ziekenhuis, een erkend dialysecentrum als bij de verzekerde thuis plaatsvinden. Bij thuisdialyse kan ook vergoeding plaatsvinden van bepaalde niet-medische kosten na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.

Bevalling en kraamzorg

Bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak.

Volledige vergoeding van verpleeg- en bijkomende kosten.

Bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, kraaminrichting, polikliniek of thuis.

Vergoed worden:

- verpleeg- en bijkomende kosten in het ziekenhuis of de kraaminrichting tot maximaal € 165,- per dag;
- het honorarium van de verloskundige hulpverlener;
- de kosten van gebruik van de polikliniek;
- de kosten van inschrijving, intake en partusassistentie maximaal eenmaal per zwangerschap.

Kraamzorg

Per bevalling vindt er een uitkering ineens van € 1.200,- plaats ten behoeve van betaling van de kraamzorg. De verzekerde regelt de kraamzorg zelf. In combinatie met verblijf in het ziekenhuis of kraaminrichting (poliklinisch of klinisch) wordt voor iedere dag van verblijf € 150,- in mindering gebracht op deze uitkering.

Ziekenvervoer

Vergoed wordt medisch noodzakelijk ziekenvervoer bij opname in en ontslag uit een ziekenhuis of kraaminrichting en bij consulten/behandelingen door een medisch specialist.

Hulpmiddelen

Op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon heeft de verzekerde recht op vergoeding van de aanschaf of verstrekking in bruikleen van de daarin met name genoemde hulpmiddelen, indien daartoe geïndiceerd. Voor bepaalde (groepen) hulpmiddelen is er sprake van een eigen bijdrage voor de verzekerde. De Regeling Hulpmiddelen Amicon maakt deel uit van deze verzekering en is op aanvraag verkrijgbaar.

Farmaceutische zorg

Wettelijke geneesmiddelen, vermeld in de Regeling Farmaceutische Zorg Zorgverzekeraars Nederland, komen voor vergoeding in aanmerking. Op deze geneesmiddelen is het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) van toepassing.

Verbandmiddelen, vermeld in de Regeling Farmaceutische Zorg Zorgverzekeraars Nederland, komen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening, waarbij een langdurig gebruik van deze verbandmiddelen noodzakelijk is.

Voorwaarde is dat de genees- of verbandmiddelen geleverd worden door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Buitenland

Voor het organiseren van spoedeisende medische zorg in het buitenland, contacten met de behandelend arts, repatriëring, garantiestellingen en andere met de verzekering verband houdende ondersteunende diensten bestaat recht op hulp door de Alarmcentrale SOS International te Amsterdam, telefoonnummer: 020 - 651 51 51. De verzekerde heeft, op vertoon van de polis, eveneens recht op hulpverlening door Euro-Centers.

Vergoeding van de gemaakte kosten van spoedeisende medische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland als vermeld bij het betreffende verzekerde onderdeel. Er wordt geen vergoeding verleend als de betreffende behandeling kan worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland.

Volledige vergoeding van de kosten van ziekenvervoer met een spoedeisend karakter van de verblijfplaats in het buitenland naar de woonplaats in Nederland. Vergoeding wordt alleen verleend indien de organisatie van dit vervoer plaatsvindt door Alarmcentrale SOS International te Amsterdam.

Vergoeding van de kosten van zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie bedraagt ten hoogste 100 % van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van de polis zou zijn vergoed. De kosten van ziekenvervoer komen niet voor vergoeding in aanmerking. Verzekerde wordt aanbevolen in een voorkomend geval vooraf met de verzekeraar contact op te nemen, opdat duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

In geval van overlijden vindt een vergoeding van ten hoogste € 3.700,- plaats voor de kosten die verband houden met het vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

1. Verzekering

| | Algemene verzekerings- voorwaarden (artikel) | Overzicht vergoedingen (punt) |
|--|---|--|
| Aansprakelijkheid van derden | 34 | — |
| Bevalling | 18 | 9 |
| Beëindiging | 37 | — |
| Buitenland | 30 | 13 |
| Dagbehandeling | 1, 11 | 2 |
| Dialyse | 11 | 8 |
| Farmaceutische zorg | 1, 21 | 12 |
| Geneesmiddelen | 21 | 12 |
| Geschillen | 38 | — |
| Hulpmiddelen | 1, 22 | 11 |
| Kraamzorg | 18 | 9 |
| Niet-klinische specialistische behandeling | 12 | 4 |
| Opname in een ziekenhuis | 10 | 1 |
| Orgaantransplantaties | 10 | 6 |
| Regeling van vergoedingen | 35 | — |
| Revalidatie | 1, 14 | 3 |
| SNWLK | — | 5 |
| Specialist | 1 | — |
| Uitsluitingen | 33 | — |
| Verbandmiddelen | 21 | 12 |
| Verloskundige | 1 | — |

| | | |
|-------------------|----|----|
| • Weefseltypering | — | 7 |
| Ziekenhuis | 1 | — |
| Ziekenhuisopname | 10 | 1 |
| Ziekenvervoer | 17 | 10 |

**De Ruyterlaan 25
Postbus 75000
7500 KC Enschede**