

Voorwaarden en vergoedingen aanvullende verzekeringen Select & Go 2015

Ingangsdatum 1 januari 2015

Inhoudsopgave

	pag.		pag.
Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen	3	Vergoedingen aanvullende verzekeringen	6
Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?	3	Artikel 1 Fysiotherapie en oefentherapie	6
Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?	3	Artikel 2 Buitenland	6
Artikel 3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?	4	Artikel 3 Tandheeskundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	7
Artikel 4 Wat betaalt u?	4		
Artikel 5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?	4	Aanvullende verzekering Tandartskosten	9
Artikel 6 Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in? En hoe wijzigt u deze?	4		
Artikel 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?	5	Service	10
Artikel 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?	5	Artikel 1 Inleiding	10
Artikel 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?	5	Artikel 2 Service	10
Artikel 10 Begripsbepalingen	5		

Belangrijke telefoonnummers en adressen:

Servicedesk: 0900 – 369 77 77

De Servicedesk van Select & Go heeft gespecialiseerde medewerkers paraat staan om uw vragen goed te beantwoorden. Wij zijn elke werkdag bereikbaar van 8.30 tot 17.30 uur.

Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders:

Wilt u weten met welke zorgaanbieders de verzekeraar een contract heeft gesloten? U kunt deze informatie vinden op www.selectengo.nl of hiervoor bellen met onze Servicedesk.

Zorgadvies en bemiddeling:

Wilt u zorgadvies of bemiddeling? U kunt hiervoor bellen met onze Servicedesk.

Alarmcentrale:

Het telefoonnummer van de alarmcentrale staat op de achterkant van uw zorgpas.

Insturen nota's :

Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u deze digitaal indienen via www.selectengo.nl.

U kunt ook een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota sturen naar:

Select & Go

Postbus 2868

6401 DJ Heerlen

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzondering hierop is:

artikel 1.1 lid a-c (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op);

Dit artikel uit de algemene voorwaarden van het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen. Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 DE AANVULLENDE VERZEKERING AANVRAGEN

Iedereen die recht heeft op het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1 van deze algemene voorwaarden.

1.2 SOMS KUNNEN WIJ U NIET AANVULLEND VERZEKEREN

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag, als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de algemene voorwaarden Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief;
- uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen.

1.3 KINDEREN DEZELFDE AANVULLENDE VERZEKERING ALS DE OUDER

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten. De aanvullende verzekering is voor kinderen jonger dan 18 jaar gratis. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op! Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert.

Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 WAT WIJ VERGOEDEN

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

2.2 VERGOEDING ZORG BIJ VERBLIJF IN HET BUITENLAND

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de Vergoedingen aanvullende verzekeringen. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de algemene voorwaarden van het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief van toepassing bij zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 2 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 WAT WIJ NIET VERGOEDEN (SAMENLOOP VAN KOSTEN)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- a kosten die met het eigen risico van het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief zijn verrekend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht of vrijwillig gekozen eigen risico vergoedt;
- b wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekeringen indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekeringen niet zou hebben bestaan.

2.4 KOSTEN DIE VOORTVLOEIEN UIT TERRORISME

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekeringen maximaal de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorismeverzekerder.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

2.5 VERGOEDINGSVOLGORDE BIJ MEERDERE VERZEKERINGEN

Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden we de nota's die u bij ons indient achtereenvolgens vanuit:

- het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief;
- de aanvullende verzekering Tandartskosten (S&G Tand)
- de aanvullende verzekering (S&G Europa, S&G Wereld, S&G Europa en Tand, S&G Wereld en Tand, S&G Europa, Tand en Fysio, S&G Wereld, Tand en Fysio).

Artikel 3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?

Uw verplicht eigen risico en uw eventuele vrijwillig gekozen eigen risico zijn alleen van toepassing op het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief. Voor de aanvullende verzekeringen geldt dus geen eigen risico voor de vergoedingen.

Artikel 4 Wat betaalt u?

4.1 HOOGTE VAN UW PREMIE

Hoeveel premie u betaalt, hangt af van uw leeftijd. Stijgt uw premie doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt? Dan wijzigt de premie op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin u die leeftijd bereikt.

Heeft één van de ouders bij ons het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief en een aanvullende verzekering afgesloten? Dan is de persoon jonger dan 18 jaar die is meeverzekerd, geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering.

4.2 ALS U DE PREMIE NIET OP TIJD BETAALT

Betaalt u (verzekeringnemer) uw premie niet op tijd? Dan gebeurt in aanvulling op artikel 9 en 10 van de algemene voorwaarden van het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief het volgende. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en), als u (verzekeringnemer) uw premie niet betaalt binnen de gestelde betalingstermijn in onze tweede schriftelijke aanmaning. Uw recht op vergoeding vervalt dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand nadat de genoemde betalingstermijn is verstreken. De betalingsplicht blijft bestaan.

Is uw premieachterstand voldaan? Dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar opnieuw een aanvullende verzekering afsluiten. Hier kan wel een medische beoordeling aan voorafgaan.

Artikel 5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

5.1 WIJ KUNNEN UW PREMIE EN/OF VOORWAARDEN WIJZIGEN

Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc of groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging voeren wij door op een datum die wij vaststellen. Deze wijzigingen gelden voor uw verzekering(en), ook als u al verzekerd was.

5.2 ALS U NIET AKKOORD GAAT MET DE WIJZIGINGEN

Gaat u niet akkoord met de hogere premie of de beperking van de voorwaarden? Stuur ons dan een brief of e-mail binnen 30 dagen nadat wij de wijziging bekend hebben gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de premie en/of voorwaarden wijzigen.

5.3 SOMS IS OPZEGGEN NA WIJZIGINGEN NIET MOGELIJK

In een aantal gevallen kunt u niet tussentijds opzeggen, als wij de premie en/of voorwaarden aanpassen. Namelijk als:

- de premieverhoging en/of de beperkingen van de voorwaarden en/of vergoeding het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
- uw premie stijgt, doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt.

In deze gevallen geldt voor beëindigen de procedure zoals omschreven in artikel 7 van deze algemene voorwaarden.

Artikel 6 Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in? En hoe wijzigt u deze?

6.1 UW AANVULLENDE VERZEKERING GAAT IN OP 1 JANUARI

U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief uitbreiden met een aanvullende verzekering. Dit kan tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. U sluit deze aanvullende verzekering dan, met terugwerkende kracht, af per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan.

6.2 UW AANVULLENDE VERZEKERING WIJZIGEN

Wilt u (verzekeringnemer) een al bij ons lopende aanvullende verzekering wijzigen? Dan kan dat tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. Wij wijzigen uw verzekering dan, met terugwerkende kracht, per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan.

Heeft u (verzekeringnemer) een lopende aanvullende verzekering gewijzigd? Dan tellen de door u ontvangen vergoedingen mee voor uw nieuwe aanvullende verzekering. Dit geldt voor zowel de termijnen van de zorgaanspraken als het bepalen van de (maximum) vergoeding.

Artikel 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw aanvullende verzekering beëindigen:

- a Door een brief of e-mail te sturen waarin u uw aanvullende verzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De aanvullende verzekering eindigt dan op 1 januari van het volgende jaar. Heeft u opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- b Door gebruik te maken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een aanvullende verzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering op. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat aangeven op het aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

Artikel 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering op een door ons te bepalen tijdstip. Dit is zowel de aanvullende verzekering van uzelf als die van de verzekerden die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd. Dit doen we als u (verzekeringnemer) de verschuldigde bedragen niet heeft betaald binnen de betalingstermijn die wij hiervoor in onze tweede schriftelijke aanmaning hebben gesteld.

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering op een door ons te bepalen tijdstip als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen besluiten de aanvullende verzekering niet langer te voeren.

Daarnaast beëindigen wij uw aanvullende verzekering met onmiddellijke ingang in de volgende gevallen:

- a als u niet op tijd voldoet aan een verzoek om inlichtingen (eventueel schriftelijk), terwijl die inlichtingen nodig zijn om de aanvullende verzekering goed uit te voeren.
- b als achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld. Of als blijkt dat u omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang zijn.
- c als u fraude pleegt en dit is aangetoond. Wat wij onder fraude verstaan, staat in artikel 20 van de algemene voorwaarden van het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief.

Let op! Op het moment dat uw deelname aan een collectiviteit wordt beëindigd, vervallen, naast de collectiviteitskorting, ook de overige voordelen.

Artikel 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?

Wij onderzoeken de rechtmatigheid en doelmatigheid van ingediende declaraties. Bij rechtmatigheid controleren we of de zorgverlener de prestatie ook daadwerkelijk heeft geleverd. Bij doelmatigheid controleren we of de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie is gezien uw gezondheidstoestand. In dit onderzoek houden we ons aan dat wat hierover voor het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 10 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze voorwaarden voor de aanvullende verzekeringen staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Aanvullende verzekering

De aanvullende verzekeringen die u heeft afgesloten als aanvulling op uw Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief.

- De aanvullende verzekering Tandartskosten (S&G Tand);
- De aanvullende verzekering (S&G Europa, S&G Wereld, S&G Europa en Tand, S&G Wereld en Tand, S&G Europa, Tand en Fysio, S&G Wereld, Tand en Fysio).

Aevitae

De gevolmachtigde agent aan wie door de zorgverzekeraar een volmacht als bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake van uitvoering van zorgverzekeringen.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijke letsel is veroorzaakt.

Wij/ons

Aevitae, aan wie door Achmea Zorgverzekeringen N.V. volmacht als bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake uitvoering van zorgverzekeringen.

Zorgverzekeraar

Achmea Zorgverzekeringen N.V. geregistreerd bij de Kamer van Koophandel (KvK) onder nummer 28080300 en bij de AFM onder nummer 12000647, namens wie en voor wiens risico Aevitae als gevolmachtigde agent zoals bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) deze aanvullende verzekering aanbiedt en / of uitvoert.

Vergoedingen aanvullende verzekeringen

U kunt bij ons verschillende aanvullende verzekeringen afsluiten. Op uw polisblad ziet u welke verzekeringen u heeft afgesloten. Hieronder vindt u de zorg die in de verschillende aanvullende verzekeringen is opgenomen. Bij iedere vorm van zorg is aangegeven welk deel van de zorg verzekerd is en hoe hoog de vergoeding is. Ook leest u hieronder welke voorwaarden gelden voor de vergoeding.

Artikel 1 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Heeft u vanuit de basisverzekering aanspraak op fysiotherapie of oefentherapie? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten heeft de verzekeraar namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de Zorgzoeker op www.selectengo.nl vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie en oefentherapeuten die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Bij DTF of DTO geldt de screening als 1 behandeling. De intake en het onderzoek na deze screening geldt ook als 1 behandeling. Maar bij DTF door een PlusPraktijk gelden de screening, de intake en het onderzoek na deze screening slechts als 1 behandeling.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt;

Maximale vergoedingen

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket. Hieronder leest u de vergoedingen voor de verschillende pakketten.

■ S&G Europa	geen dekking
■ S&G Wereld	geen dekking
■ S&G Europa en Tand	geen dekking
■ S&G Wereld en Tand	geen dekking
■ S&G Europa, Tand en Fysio	maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
■ S&G Wereld, Tand en Fysio	maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 2 Buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Het gaat daarbij om spoedeisende zorg in het buitenland (2.1) en vervoer van verzekerde en vervoer stoffelijk overschot vanuit het buitenland (2.2). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

Binnen de verschillende aanvullende verzekeringen wordt onderscheid gemaakt tussen werelddekking en dekking binnen Europa. In het kader van deze verzekering vallen onder Europa behalve Nederland de landen die vallen binnen de Europese Unie en de Europese Economische Ruimte. Dit zijn: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Liechtenstein, Litouwen, Luxemburg, Malta, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar), IJsland, Zweden en Zwitserland.

2.1 SPOEDEISENDE ZORG IN HET BUITENLAND

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die u bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor:

- a behandelingen door een huisarts of medisch specialist;
- b ziekenhuisopname en operatie;
- c behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;
- d medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- e tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Let op! Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een aanvullende tandartsverzekering of dekking voor tandartskosten binnen uw aanvullende verzekering heeft. Die kosten vallen onder deze verzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit het Select of Keuze Zorg Plan zouden vergoeden.
- 2 U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Alarmcentrale.

Maximale vergoedingen

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket. Hieronder leest u de vergoedingen voor de verschillende pakketten.

■ S&G Europa	Wij vergoeden de kosten aanvullend tot kostprijs, bij een verblijf in een van de landen van Europa van maximaal 365 dagen
■ S&G Wereld	Wij vergoeden de kosten aanvullend tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
■ S&G Europa en Tand	Wij vergoeden de kosten aanvullend tot kostprijs, bij een verblijf in een van de landen van Europa van maximaal 365 dagen
■ S&G Wereld en Tand	Wij vergoeden de kosten aanvullend tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
■ S&G Europa, Tand en Fysio	Wij vergoeden de kosten aanvullend tot kostprijs, bij een verblijf in een van de landen van Europa van maximaal 365 dagen
■ S&G Wereld, Tand en Fysio	Wij vergoeden de kosten aanvullend tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

2.2 VERVOER VERZEKERDE EN VERVOER STOFFELIJK OVERSCHOT NAAR NEDERLAND (REPATRIËRING)

Wij vergoeden de kosten van:

- a medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar een zorginstelling in Nederland;
- b vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Het ziekenvervoer moet voortvloeien uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- 2 De Alarmcentrale moet vooraf toestemming hebben gegeven.

Maximale vergoedingen

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket. Hieronder leest u de vergoedingen voor de verschillende pakketten.

■ S&G Europa	100% bij repatriëring vanuit een van de landen van Europa
■ S&G Wereld	100%
■ S&G Europa en Tand	100% bij repatriëring vanuit een van de landen van Europa
■ S&G Wereld en Tand	100%
■ S&G Europa, Tand en Fysio	100% bij repatriëring vanuit een van de landen van Europa
■ S&G Wereld, Tand en Fysio	100%

Artikel 3 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een aanvullende verzekering Tandartskosten afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus.

Let op! Wij vergoeden alleen de kosten als de maximale vergoeding van de door u gekozen verzekering nog niet is bereikt.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen (C70, C75 en C76)
- b een afspraak die u niet bent nagekomen (C90);
- c uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98 en E00);
- d mandibulair repositieapparaat (MRA: een prothese tegen snurken) en de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- e orthodontie;
- f abonnementen;
- g volledige narcose;
- h gecompliceerde extractie door de kaakchirurg, deze wordt vanuit de basisverzekering vergoed.

Maximale vergoedingen

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket. Hieronder leest u de vergoedingen voor de verschillende pakketten.

■ S&G Europa	geen dekking
■ S&G Wereld	geen dekking
■ S&G Europa en Tand	100% vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandelingen tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar
■ S&G Wereld en Tand	100% vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandelingen tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar
■ S&G Europa, Tand en Fysio	100% vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandelingen tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar
■ S&G Wereld, Tand en Fysio	100% vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandelingen tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar

Service

Artikel 1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de overige service en aanspraken vanuit de verzekeringsovereenkomst beschreven.

Artikel 2 Service

A Alarmcentrale

Als u tijdens uw tijdelijk verblijf in het buitenland onverwachts ziek wordt en spoedeisende hulp nodig heeft, neem dan contact op met de Alarmcentrale. Bij een ziekenhuisopname is dit verplicht.

De hulpverleners van de Alarmcentrale staan dag en nacht klaar om te helpen als u een arts wil bezoeken, opgenomen moet worden in een ziekenhuis of als u advies nodig heeft over een medisch probleem. U bereikt de helpdesk 24 uur per dag. Zie voor het telefoonnummer de achterkant van uw zorgpas.

U kunt rekenen op de volgende service:

- 24 uur per dag, 365 dagen per jaar bereikbaarheid voor advies en hulp
- Wereldwijde kennis van de lokale gezondheidszorg en de kwaliteit ziekenhuizen
- Regelmatig contact met uw behandelend arts in het buitenland door het medisch team van de Alarmcentrale tijdens opname
- Begeleiding tot en met uw herstel in het buitenland
- Het organiseren van een medische repatriëring indien noodzakelijk (in geval u een basisverzekering met aanvullende dekking heeft).

Vergoed worden:

- de kosten van het organiseren van de hulpverlening door de Alarmcentrale
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de helpdesk van de Alarmcentrale.

In geval van nood kunt u zich in verbinding stellen met de Alarmcentrale. Zie voor het telefoonnummer de achterkant van uw zorgpas.

B Zorgbemiddeling

In verband met wachttijden voor sommige behandelingen in de Nederlandse ziekenhuizen kunt u een beroep doen op zorgbemiddeling.

Een team van gespecialiseerde en gekwalificeerde medewerkers gaat op uw verzoek actief op zoek naar een andere zorginstelling met een kortere wachttijd. Of dat lukt en hoeveel tijd dat scheelt, hangt van de situatie af. Maar in verreweg de meeste gevallen zijn wij er tot nu toe in geslaagd met een sneller alternatief te komen.

C Reisarts

Stel, u bent met uw gezin op vakantie en één van uw kinderen heeft al 2 dagen last van buikpijn. Gaat u dan naar de plaatselijke arts? Of besluit u toch nog maar even te wachten? Voor deze twijfelgevallen is er de Reisarts.

Vanaf uw vakantieadres kunt u voor gratis advies bij niet-spoedeisende medische hulp bellen naar de Aevitae Reisarts op telefoonnummer +31 (0)20 592 91 33. U krijgt dan een Nederlands sprekende deskundige hulpverlener aan de lijn.

D Inentingsadvies

Als u op reis gaat naar het buitenland kunt u advies inzake uw inentingen krijgen. Daarnaast kunt u worden doorverwezen naar instanties waar de benodigde inentingen tegen gunstige tarieven verkregen kunnen worden (rekening houdend met een maximale reisafstand). Voor nadere informatie over het Aevitae Inentingsadvies kunt u contact opnemen met 020 – 592 91 32.