

# ALGEMENE VOORWAARDEN INTERNATIONALE ZIEKTEKOSTEN- VERZEKERING

KV2000

Zorg en Zekerheid

Assurantiebemiddeling B.V.

Postbus 400  
2300 AK Leiden

Telefoon 071 - 5 825 353  
Telefax 071 - 5 825 011

## ARTIKEL 1. Begripsomschrijvingen

### Maatschappij

OOM Global Care N.V.

### Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan en als zodanig op het polisblad vermeld staat.

### Verzekerde

Ieder als zodanig op de polis vermelde persoon.

### Medische noodzaak

De noodzakelijkheid die berust op algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.

### Ziekenhuis

Een inrichting voor het verplegen, behandelen en onderzoeken van zieken, die als ziekenhuis door de bevoegde instanties is erkend.

Onder deze omschrijving valt ook de inrichting speciaal bedoeld voor revalidatie en een sanatorium, maar niet rusthuizen, herstellingsoorden en verpleeghuizen.

### Ziekenvervoer

Medisch noodzakelijk vervoer over de weg per ambulance, taxi of eigen auto van een patiënt, die op medische gronden niet in staat kan worden geacht zelfstandig te reizen, naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of plaats van behandeling, waarvan de kosten onder deze verzekering gedekt zijn.

### Opname

Verpleging van langer dan 24 uur in een ziekenhuis.

### Verpleegkosten

Het bedrag verschuldigd wegens verpleging van tenminste 24 uur in een ziekenhuis, uitgezonderd de bijkomende kosten en de kosten van specialistische behandeling.

### Specialist

Een arts, die door de bevoegde instanties als specialist is erkend.

### Specialistische behandeling

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

### Bijkomende kosten

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

### Huisarts

Een arts, die door de bevoegde instanties als huisarts is erkend.

### Geneesmiddelen

Middelen die als geneesmiddel verhandeld mogen worden en die uitsluitend op voorschrift van een huisarts of specialist worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.

## Fysiotherapeut/Oefentherapeut

Een praktiserende fysiotherapeut/oefentherapeut, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties.

## Revalidatie

Behandeling, advisering en begeleiding in een door de bevoegde instanties erkende inrichting voor revalidatie door een team dat in ieder geval bestaat uit een specialist en een paramedisch beroepsbeoefenaar en daarnaast uit een psycholoog of een deskundige op maatschappelijk, arbeidskundig of revalidatie-technisch terrein, alsmede de hiermee verband houdende verzorging.

## Molest

Gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitie.

Deze definities van vormen van molest maken deel uit van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te Den Haag is gedeponeerd.

## ARTIKEL 2. DEKKINGSOMSCHRIJVINGEN

### A. Standaarddekkingen

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de maatschappij de kosten van de hierna genoemde medische hulp.

#### 1 Bij ziekenhuisopname

Deze verzekering geeft dekking op basis van de laagste verpleegklasse van het ziekenhuis – gelijkwaardig aan de 3e klasse van een Nederlands ziekenhuis – waar verzekerde is opgenomen, met inachtneming van de in dit artikel genoemde maxima:

- a. ingeval men verzekerd is voor regio A de verpleegkosten tot f 1.500,- per dag, alsmede de kosten van specialistische behandeling en de bijkomende kosten tot ten hoogste drie maal de hiervoor in Nederland op het moment van behandeling geldende tarieven;
- b. ingeval men verzekerd is voor regio B de verpleegkosten tot f 1.000,- per dag, alsmede de kosten van specialistische behandeling en de bijkomende kosten tot ten hoogste tweemaal de hiervoor in Nederland op het moment van behandeling geldende tarieven;
- c. ingeval men verzekerd is voor regio C de verpleegkosten tot f 500,- per dag, alsmede de kosten van specialistische behandeling en de bijkomende kosten tot ten hoogste de hiervoor in Nederland op het moment van behandeling geldende tarieven;
- d. de kosten van een opname worden vergoed gedurende een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Bij een onderbreking van deze periode met meer dan 30 dagen vangt een nieuwe periode aan.

## 2 De kosten van ziekenvervoer

direct voorafgaand of direct aansluitend aan een opname in het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

## 3 De kosten van transplantatie

van de volgende donororganen worden vergoed: huid, hoornvlies, beenmerg, nier, hart en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door Eurotransplant. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de maatschappij. De kosten van transplantaties van andere organen (waaronder hart-longtransplantaties) worden niet vergoed. Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse, waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op 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 de betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

## 4 De kosten van nierdialyse

ten behoeve van de verzekerde, na voorafgaande goedkeuring door de maatschappij.

## 5 De kosten van behandeling door een plastisch chirurg

wegens verminking ontstaan door een ongeval of wegens direct bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijkingen.

## 6 De kosten van niet-klinische medisch hulp, namelijk van:

- a. specialistische behandeling;
- b. de bijkomende kosten;
- c. laboratoriumonderzoek op voorschrift van een huisarts of specialist in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium;
- d. behandeling door de huisarts;
- e. geneesmiddelen;
- f. het raadplegen van een andere specialist ('second opinion'), indien de behandelende specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld;
- g. ziekenvervoer. Bij eigen vervoer wordt maximaal f 0,45 per gereden kilometer vergoed;
- h. behandelingen door een fysiotherapeut/ oefentherapeut tot ten hoogste 25 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar of -periode indien korter verzekerd is.

## 7 De maximale vergoeding voor de kosten

genoemd onder artikel 2.6, zullen, afhankelijk van de verzekerde regio, niet meer bedragen dan respectievelijk driemaal (regio A), tweemaal (regio B) of éénmaal (regio C) de in Nederland geldende tarieven op het moment van behandeling.

## 8 Dekking in Nederland

- a. bij definitieve of tijdelijke terugkeer naar Nederland blijft de dekking van deze verzekering van kracht tot 30 dagen na die terugkeer. Na die periode vervalt deze verzekering;
- b. wanneer de op het polisblad gemelde einddatum valt in de periode onder artikel 8.a. genoemd, dan vervalt de verzekering 30 dagen na de einddatum. Dit geldt ook wanneer een verzekerde in een ziekenhuis buiten Nederland is opgenomen.

## B. Aanvullende dekkingen

De volgende zaken zijn meeverzekerd indien uitdrukkelijk vermeld op het polisblad.

## 9 Kosten van repatriëring/evacuatie

- a. Wanneer een medische behandeling in het land waar de verzekerde verblijft niet mogelijk is en de behandeling niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld tot een volgend verlof in Nederland, dan wel tot na definitieve terugkeer in Nederland, worden de volgende kosten vergoed:
  1. de vlieg्रेiskosten van de patiënt tot een bedrag van f 20.000,-;
  2. de vlieg्रेiskosten van een begeleider, als begeleiding medisch noodzakelijk is;
  3. de vlieg्रेiskosten van een begeleider bij repatriëring/evacuatie van een kind tot 16 jaar, ongeacht of deze begeleiding medisch noodzakelijk is;
  4. de vlieg्रेiskosten die de verzekerde maakt voor de terugreis naar zijn of haar standplaats;
  5. de vlieg्रेiskosten van één of meer kinderen, niet ouder dan 24 maanden, indien de repatriëring van de moeder voor vergoeding onder deze verzekering in aanmerking komt en de kinderen bij de maatschappij verzekerd zijn.
- b. De verzekerde heeft het recht te kiezen tussen vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar adequate behandeling mogelijk is en een ziekenhuis in zijn of haar land van herkomst, niet zijnde een land behorend tot regio A.
- c. De vlieg्रेiskosten van een lijnvlucht of charter worden maximaal vergoed volgens het tarief geldende voor de toeristenklasse. In alle gevallen geldt dat een zo voordelig mogelijke wijze van vliegen moet worden gekozen.
- d. De medische beoordeling van de repatriëring/evacuatie ligt in alle gevallen bij de maatschappij. Sociale indicatie, hygiënische omstandigheden ter plaatse, HIV-besmettingsgevaar alleen en repatriëring met het oogmerk van preventie zullen, onverminderd het in artikel 2.9 a.5 bepaalde, geen aanleiding zijn voor vergoeding van vlieg्रेiskosten.
- e. De volgende bijzondere onkosten worden eveneens vergoed:
  1. de kosten van verlenging van een vliegticket van een verzekerde, noodzakelijk in verband met ziekte of ongevalsletsel van die verzekerde, ontstaan tijdens verlof in Nederland tot een maximum van f 2.500,-.  
Als de ziekte of het ongevalsletsel levensbedreigend is komen ook de kosten van verlenging van de vlieg्रेistickets van verzekerde gezinsleden voor vergoeding in aanmerking, eveneens tot een maximum van f 2.500,- per persoon;
  2. de reis- en verblijfkosten die één persoon bij overkomst vanuit Nederland maakt in geval van levensgevaar of overlijden van een verzekerde.  
Voor vergoeding van verblijfkosten geldt een maximum van f 200,- per dag met een maximum van f 4.000,- per gebeurtenis;
  3. vervoer stoffelijk overschot. De kosten verband houdend met het vervoer naar Nederland van het stoffelijk overschot van een verzekerde (w.o. de kosten van de voor het vervoer op grond van de geldende voorschriften noodzakelijke binnenkist);
  4. de telecommunicatiekosten die verzekerde maakt in verband met repatriëring tot een maximum van f 250,- per repatriëring.

- f. Kosten van repatriëring/evacuatie die verband houden met de behandelingen die zijn uitgesloten van vergoeding, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

De maatschappij heeft het recht bij een ziekenhuisopname, of de noodzaak daartoe, de verzekerde te repatriëren of te evacueren zodra het medisch gezien verantwoord is om de ziekenhuisopname in Nederland voort te zetten, ook wanneer dit niet medisch noodzakelijk is.

### 10 Opsporings- en reddingskosten

Hieronder worden verstaan de kosten, welke noodzakelijkerwijs voor een verzekerde worden gemaakt in opdracht van een officiële instantie (bijvoorbeeld de politie) voor opsporing, redding of berging van een vermiste of verongelukte verzekerde. Een verklaring van bovengenoemde instantie dient aan de maatschappij te worden overgelegd, terwijl bij het ontbreken van een dergelijke verklaring uit hoofde van deze verzekering geen recht op vergoeding bestaat. Voor opsporings- en reddingskosten wordt maximaal per gebeurtenis f 20.000,- vergoed.

### 11 Molest

Deze verzekering dekt ziektekosten tijdens verblijf in het buitenland ten gevolge van molest, een en ander met inachtneming van de hierna volgende bepalingen:

- naast molest als omschreven in de begripsomschrijving zijn verder gedekt ziektekosten ten gevolge van: (vliegtuig)kaping, plundering, sabotage- of terreurdaden, alsmede vrijheidsberoving verband houdend met deze gebeurtenissen;
- geen recht op uitkering bestaat in verband met deelname – anders dan ter bescherming van eigen leven of dat van lotgenoten – aan één van de in de begripsomschrijving genoemde molest-evenementen of in verband met deelname aan de in artikel 2.11 a. genoemde gebeurtenissen;
- geen recht op uitkering bestaat indien verzekerde zich door handeling of uitlating blootstelt aan enige strafmaatregel;
- de maatschappij heeft evenals de verzekeringnemer het recht de molestdekking tussentijds te beëindigen, met inachtneming van een opzegtermijn van 14 dagen;
- het molestrisico is ondergebracht bij “O.O.M.” Onderlinge Molestverzekering-Maatschappij U.A. te Den Haag.

### 12 Ongevallenverzekering

Het ongevallenrisico is ondergebracht bij OOM Schadeverzekering N.V. Zie algemene voorwaarden Ongevallenverzekering PO 2000.

### 13 Reisverzekering

De reisverzekering is ondergebracht bij OOM Schadeverzekering N.V. Zie algemene voorwaarden Reisverzekering RV 2000.

## ARTIKEL 3. UITSLUITINGEN

Voor zover niet uitdrukkelijk anders is vermeld op het polisblad bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten:

- van kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen die reeds bestonden op of voor de ingangsdatum van deze verzekering, indien de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan op dat tijdstip kennis droeg. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekeringnemer of de verzekerde de maatschappij van de bewuste kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de maatschappij daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld;

- ontstaan door molest;
- ontstaan door, dan wel verband houdend met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, anders dan bij een op de verzekerde toegepaste medische behandeling;
- van keuringen en attesten, tandheelkundige behandelingen (door tandarts, kaakchirurg of orthodontist) en psychotherapeutische behandelingen;
- van kunst- en hulpmiddelen, waaronder brillen, contactlenzen en gebitsprothesen, voor de verschuldigde eigen bijdrage AWBZ;
- van sterilisatie en het ongedaan maken daarvan, zwangerschapsbevorderende behandelingen, zwangerschap en bevaling, abortus provocatus, erfelijkheidsonderzoek;
- van preventieve geneeskunde, anticonceptionele middelen, alternatieve geneeswijzen, behandelingen door een logopedist/spraaktherapeut, revalidatie-dagbehandeling;
- van repatriëring/evacuatie, opsporings- en reddingskosten;
- ontstaan tijdens (semi)professionele sportbeoefening;
- voor zover terzake door verzekeringnemer of verzekerde – indien deze verzekering niet bestond – aanspraak zou kunnen worden gemaakt op uitkering of vergoeding krachtens enige andere verzekering, zoals bijvoorbeeld een reisverzekering, ongeacht de ingangsdatum van die verzekering, dan wel krachtens enige andere overeenkomst of voorziening.

## ARTIKEL 4. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

- Het aanvraagformulier met de daarin door de verzekeringnemer of de verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk door de verzekeringnemer of de verzekerde verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht met de polis één geheel uit te maken. De maatschappij is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen op het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens in strijd met de waarheid waren of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de maatschappij daarvan kennis had gedragen.
- De verzekering is van kracht in de regio(s) zoals aangegeven op het polisblad.
- De verzekerde is vrij in de keuze van ziekenhuis, specialist, huisarts, fysiotherapeut, oefentherapeut en apotheker.
- Vergoeding bij opname/behandeling in een duurdere regio
  - Bij opname of medische behandeling tijdens verblijf in een duurdere (A of B) dan de verzekerde regio, worden de verzekerde kosten vergoed zoals deze vergoed zouden worden voor de verzekerde regio;
  - indien een opname of medische behandeling plaats heeft tijdens doorreis naar de op het polisblad vermelde regio, dan is de bepaling van 4.d.1. niet van toepassing, mits dit verblijf niet langer duurt dan voor de doorreis noodzakelijk is. Aan de dekking van de duur van de doorreis is een maximum gesteld van 72 uur.
- De verzekerde kosten komen voor vaststelling van de uitkering in aanmerking voorzover gemaakt tijdens de periode gedurende welke deze verzekering van kracht is.

## ARTIKEL 5. KINDEREN

Voor kinderen geboren tijdens de duur van de verzekering van de moeder gelden, mits zij binnen een maand na hun geboorte aan de maatschappij ter verzekering zijn voorgedragen en zolang de moeder verzekerd is bij de maatschappij, de volgende bepalingen:

1. de verzekering is vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen;
2. indien deze kinderen voor borstvoeding met de moeder in het ziekenhuis verblijf moeten houden, zullen de daaraan verbonden kosten overeenkomstig het tarief voor gezonde zuigelingen worden vergoed zolang de maatschappij voor de moeder de vergoeding van de verpleegkosten verschuldigd is;
3. er bestaat voor de maatschappij geen acceptatieplicht voor geadopteerde kinderen.

## ARTIKEL 6. SCHADE

- a. Rekeningen, welke luiden in vreemde valuta, zullen in gulden worden omgerekend volgens de koers op de laatste dag van de maand voorafgaand aan de notadatum.
- b. De verzekerde is verplicht:
  1. in geval van opname vóór, doch in ieder geval binnen 3 dagen na het begin van de opname, de maatschappij daarvan in kennis te stellen;
  2. desgevraagd aan de maatschappij, haar geneeskundig adviseur of hen, die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen;
  3. alle nota's op zodanige wijze te specificeren dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden;
  4. de maatschappij behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal (regres) op een aansprakelijke derde.
- c. Bij het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

## ARTIKEL 7. EIGEN RISICO

Het eigen risico geldt per verzekerde per verzekeringsjaar – of, wanneer deze periode korter is, per verzekerde periode – en is vermeld op het polisblad. Het eigen risico wordt ingehouden op de uit te keren schade.

Wanneer de duur van een opname de grens van het verzekeringsjaar overschrijdt, zal op deze opname nooit meer dan het eigen risico geldend voor één verzekeringsjaar van toepassing zijn.

## ARTIKEL 8. PREMIEBETALING EN SCHORSING

- a. De verzekeringnemer is verplicht op de premievervaldag de verschuldigde premie en kosten bij vooruitbetaling te voldoen.
- b. Niet-betaling van de premie en kosten binnen 30 dagen nadat deze verschuldigd zijn of na aanbieding van de polis, heeft zonder dat enige ingebrekestelling is vereist en onverminderd de verplichting tot verdere premiebetaling, schorsing van de verzekering tengevolge, welke schorsing alsdan wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak, waarover de achterstallige premie verschuldigd was.

- c. De verzekeringnemer blijft niettemin verplicht het verschuldigde, alsmede de invorderingskosten te betalen. De dekking gaat weer in op de dag nadat de premie en kosten zijn voldaan en door de maatschappij zijn aangenomen.
- d. Voor de kosten waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de verzekering is of was geschorst, is geen vergoeding verschuldigd.

## ARTIKEL 9. HERZIENING VAN DE PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

- a. De maatschappij heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij haar lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de maatschappij vast te stellen datum.
- b. De maatschappij doet van de voorgenomen herziening mededeling aan de verzekeringnemer eventueel op de premiekwitanties.
- c. De verzekeringnemer heeft het recht met een dergelijke herziening niet akkoord te gaan. Indien de verzekeringnemer dit binnen 30 dagen na de in artikel 9.a. genoemde datum aan de maatschappij heeft medegedeeld, eindigt de verzekering per bedoelde datum met restitutie van premie over de niet verstreken periode waarover de premie is betaald.
- d. Heeft de maatschappij voor de 31e dag na de artikel 9.a. genoemde datum geen mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

## ARTIKEL 10. WIJZIGING VAN HET RISICO

Iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere wijziging die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst dient ten spoedigste, doch uiterlijk binnen 1 maand na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de maatschappij te worden meegedeeld. Indien de verzekeringnemer het hierboven bepaalde nalaat, vervalt het recht op eventuele terugvordering van premie.

## ARTIKEL 11. DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

- a. De verzekering is aangegaan voor een periode zoals op het polisblad staat vermeld. Bij terugkeer in Nederland is het bepaalde in artikel 2.8 van toepassing.
- b. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de maatschappij niet het recht heeft de verzekering tussentijds te beëindigen, behoudens op een door haar te bepalen tijdstip in gevallen als bedoeld in artikel 4.a. en in geval van schorsing als bedoeld in artikel 8.
- c. Indien verzekerde na beëindiging van de verzekering zich opnieuw wil verzekeren, dan dient daarvoor een aanvraagformulier bij de maatschappij te worden ingediend. Na acceptatie door de maatschappij zal een nieuwe verzekeringsovereenkomst worden gesloten waarbij de in artikel 3.a. vermelde uitsluiting geldt voor bestaande kwalen en klachten op of voor de ingangsdatum van de nieuwe verzekering.

## **ARTIKEL 12. GESCHILLEN**

Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen schriftelijk worden ingediend bij de directie van de maatschappij.

Wanneer het oordeel van de verzekeraar voor u niet bevredigend is, kunt u zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN 's-Gravenhage (telefoon 070 - 333 89 99).

Wanneer u geen gebruik wilt maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden, of u vindt de behandeling of uitkomst hiervan niet bevredigend, kunt u het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

## **HOE TE HANDELEN BIJ REPATRIËRING**

Indien een repatriëring noodzakelijk lijkt te zijn, neemt u zo spoedig mogelijk contact op met de alarmcentrale van "AEA International SOS" in Genève, Zwitserland, en noemt u uw naam, het polisnummer en alle relevante medische gegevens.

Als de medewerkers van de alarmcentrale van oordeel zijn dat de medische behandeling ter plaatse niet mogelijk is en bovendien niet kan worden uitgesteld, zullen zij de repatriëring goedkeuren. Daarna regelt u zelf de vliegreis.

De verzekeringsmaatschappij volgt het oordeel van de alarmcentrale en vergoedt de vliegreiskosten overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden.

De alarmcentrale in Genève is als volgt bereikbaar:

telefonisch : + 41 22 785 64 64;

per fax : + 41 22 785 64 24;

per telex : 42 71 72.

Indien niet vooraf toestemming is verkregen van "AEA International SOS" te Genève beslist de maatschappij in alle gevallen achteraf of de repatriëring voor vergoeding in aanmerking komt.