

DK610

Bijzondere Voorwaarden Geneeskundige Kosten

Deze voorwaarden vormen één geheel met de Algemene Voorwaarden.

Inhoudsopgave

- Artikel 1.** Waarvoor bent u verzekerd?
 1.1 Welke kosten vergoeden wij?
 1.2 Welke tandheeskundige kosten vergoeden wij?
 1.3 Kosten ter (na)behandeling in Nederland na ongeval in het buitenland?
- Artikel 2.** Wanneer vergoeden wij gemaakte geneeskundige kosten niet?
- Artikel 3.** Wat zijn uw verplichtingen?

Rubriek C Bijzondere Voorwaarden Geneeskundige Kosten

Artikel 1. Waarvoor bent u verzekerd?

Als een verzekerde tijdens een vakantie reis in het buitenland naar een dokter en/of een tandarts moet dan vergoeden wij de door verzekerde gemaakte kosten zoals hieronder omschreven. Deze verzekering is een AANVULLING op een door verzekerde in Nederland afgesloten Zorgverzekering.

1.1 Welke kosten vergoeden wij?

Wij vergoeden uitsluitend als er voor verzekerde een Basis Zorgverzekering bij een Nederlandse Zorgverzekeraar van kracht is, na ontvangst van de afrekening van deze zorgverzekeraar voor zover deze kosten niet door de zorgverzekeraar zijn voldaan:

- de kosten van de eerste hulp;
- de kosten/ het loon van artsen;
- de kosten van verpleging in een algemeen ziekenhuis;
- de kosten van door een arts voorgeschreven behandelingen en/of onderzoeken;
- de kosten van door een arts voorgeschreven medicijnen, hulp- en/of verbandmiddelen;
- de redelijke kosten van vervoer vanaf de plaats van uw vakantiebestemming naar de plaats/plek waar u behandeld wordt, en de redelijke vervoerskosten terug;;
- de kosten van ambulancevervoer naar het algemeen ziekenhuis waar u behandeld wordt indien vervoer per ambulance noodzakelijk is.

1.2 Welke tandheeskundige kosten vergoeden wij?

Wij vergoeden tot maximaal € 500,- per schadegebeurtenis uitsluitend als er in Nederland voor verzekerde een aanvullende tandartsverzekering bij een Nederlandse Zorgverzekeraar van kracht is, na ontvangst van de afrekening van deze zorgverzekeraar voor zover deze kosten niet door de zorgverzekeraar zijn voldaan:

- de kosten/ het loon van een tandarts;
- de kosten van door een tandarts voorgeschreven behandelingen en/of onderzoeken;
- de kosten van door een tandarts voorgeschreven medicijnen, hulp- en/of verbandmiddelen;
- de redelijke kosten van vervoer vanaf de plaats van uw vakantie bestemming naar de plaats/plek waar u door de tandarts werd behandeld, en de redelijke vervoerskosten terug.

1.3 In Nederland gemaakte kosten ter (na)behandeling na een ongeval in het buitenland ?

Wij vergoeden tot maximaal € 1.000,- de kosten van geneeskundige (na)behandeling zoals omschreven in 1.1 die in Nederland moeten worden gemaakt en die het gevolg zijn van een ongeval in het buitenland, tot maximaal één jaar na de dag waarop het ongeval heeft plaatsgevonden.

Wij vergoeden tot maximaal € 500,- de kosten van tandheeskundige (na)behandeling zoals omschreven in 1.2 die in Nederland worden gemaakt en die het gevolg zijn van een ongeval in het buitenland, tot maximaal één jaar na de dag waarop het ongeval heeft plaatsgevonden.

Artikel 2. Wanneer vergoeden wij gemaakte geneeskundige kosten niet?

Wij vergoeden geen kosten

- van behandeling of verpleging in een privé kliniek;
- als de (tand)arts niet als zodanig erkend is door de bevoegde instanties;
- als gevolg van het uitoefenen van een winter of onderwatersport als verzekerde deze aanvullende dekking niet heeft gesloten;
- als de verzekering is afgesloten of ingegaan, terwijl verzekerde al in het buitenland onder (para)medische behandeling was, voor zover deze kosten verband houden met deze (para)medische behandeling of met de ziekte of aandoening waarvoor verzekerde reeds onder behandeling was;
- als verzekerde op reis is gegaan uitsluitend of mede met de bedoeling om een (para)medische behandeling te ondergaan, voor zover deze kosten verband houden met deze (para)medische behandeling of met de betrokken ziekte of aandoening;
- als bij vertrek al vaststond dat die kosten tijdens de vakantie reis gemaakt zouden moeten worden;
- als die zijn gemaakt in het land waarvan verzekerde de nationaliteit heeft (Nederland uitgezonderd) en als die kosten verband houden met een ziekte, kwaal of aandoening die op of voor de ingangsdatum van deze verzekering al bestond of klachten veroorzaakte(n);
- als die worden gemaakt door een ziekenhuisopname die langer dan 24 uur duurt en de behandeling had kunnen worden uitgesteld tot ná de vakantie reis.

Artikel 3. Wat zijn uw verplichtingen

Als een verzekerde tijdens een vakantie reis in een ziekenhuis wordt opgenomen, dan moet verzekerde direct contact opnemen met zijn zorgverzekeraar of de alarmcentrale van zijn Zorgverzekeraar. De Zorgverzekeraar of diens alarmcentrale zal indien nodig contact opnemen met de Nh1816 Hulpdienst. De Zorgverzekeraar of diens alarmcentrale kan in overleg met verzekerde, de Nh1816 hulpdienst, de behandelend arts de maatregelen treffen die op dat moment zijn vereist. Als deze verplichting door verzekerde niet wordt nagekomen dan kan dit betekenen dat verzekerde geen recht op vergoeding heeft.