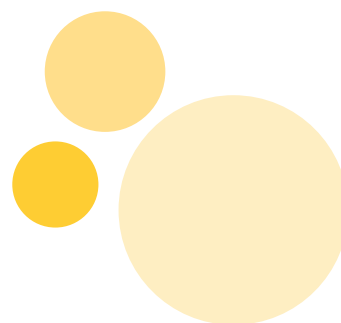




Aanvullende Voorwaarden Collectief Expat Pakket Ingangsdatum 1 januari 2020



Inhoudsopgave

	pag.		pag.
I		Begripsomschrijvingen	3
Artikel 1	5	Wat houdt de verzekering in?	5
Artikel 2	7	Op welke vergoeding heeft de verzekerde recht?	7
2.1	7	Ziekenhuis	7
2.2	7	Specialistische en poliklinische behandeling	7
2.3	7	Behandeling door een huisarts	7
2.4	7	Ziekenvervoer	7
2.5	7	Zwangerschap en bevalling	7
2.6	8	Borstcorrectie	8
2.7	8	Revalidatie	8
2.8	9	Kaakchirurgische behandeling	9
2.9	9	Tandheelkundige hulp na een ongeval	9
2.10	9	Geneesmiddelen en dieetpreparaten	9
2.11	10	Preventieve jeugdzorg	10
2.12	10	Reisvaccinaties	10
2.13	10	Orgaantransplantatie als de verzekerde de ontvanger is	10
2.14	10	Hulpmiddelen	10
2.15	11	Psychologische of psychiatrische zorg	11
2.16	12	Paramedische behandelingen	12
2.17	13	Nierdialyse	13
2.18	13	Plastisch chirurgische behandelingen (medisch noodzakelijk)	13
2.19	14	Bijzondere vergoedingen	14
2.20	14	Thuisverpleging	14
2.21	14	Sterilisatie	14
2.22	14	Erfelijkheidsonderzoek	14
2.23	15	Borstamputaties	15
2.24	15	Voorbehoedsmiddelen	15
2.25	15	Behandeling door een alternatief genezer of therapeut	15
2.26	15	Homeopathische geneesmiddelen	15
2.27	15	Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar	15
Artikel 3	17	Op welke vergoeding heeft de verzekerde recht bij aanvullende verzekering	17

De Aanvullende Voorwaarden van het Collectief Expat Pakket vormen één geheel met de Algemene Voorwaarden van het Collectief Expat Pakket. De Algemene Voorwaarden zijn op het hele pakket van toepassing. U ziet op u polisblad welke verzekeringen u heeft afgesloten.

I Begripsomschrijvingen

Alternatief genezer of therapeut

Eén van deze alternatief genezers of therapeuten:

- arts-acupuncturist, acupuncturist of fysiotherapeut-acupuncturist;
- homeopathisch arts of klassiek homeopaat;
- arts voor natuurgeneeswijzen of natuurgeneeskundig therapeut;
- antroposofisch arts;
- arts-enzymtherapeut;
- manueel arts of manueel therapeut;
- Moerman-arts;
- osteopaat;
- chiropractor.

Bijkomende kosten

Bijkomende kosten die zijn gemaakt voor medische zorg en/of diensten tijdens en in rechtstreeks verband met specialistische behandelingen. Voorbeelden zijn kosten voor:

- röntgenfoto's;
- laboratoriumonderzoek;
- bloedtransfusies;
- geneesmiddelen;
- bestralingen;
- narcose;
- verbandmiddelen;
- gebruik van operatiekamer;
- gebruik van polikliniek.

Dagverpleging

Bij dagverpleging krijgt een verzekerde minder dan 24 uur bedverpleging in een ziekenhuis. Dit is nodig omdat er op dezelfde dag een onderzoek of behandeling plaatsvindt. Een specialist voert het onderzoek of de behandeling uit.

Extra reiskosten

Kosten van vervoer volgens de laagste klasse (bijvoorbeeld tweede klasse bij treinvervoer in Nederland). De Aevitae Alarmcentrale wijst het vervoermiddel aan.

Huisarts

Een arts die de algemene praktijk uitoefent. Dit betekent dat de arts huisartsenhulp verleent thuis bij de verzekerde en/of op het spreekuur van de arts. De praktijk van de huisarts staat in de buitenlandse woonplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan.

Kaakchirurgische behandeling

Behandeling of onderzoek door een kaakchirurg. De kaakchirurg is een tandarts die als specialist voor mondziekten en kaakchirurgie is erkend door een bevoegde instantie. De behandeling of het onderzoek gebeurt binnen de normen die gelden binnen het medische en tandheelkundige vakgebied. De behandeling of het onderzoek past bij het specialisme van de kaakchirurg.

Land van herkomst en wonen

- Land van herkomst: Het land waar u voor vertrek naar het buitenland woonde of het land van uw nationaliteit.
- Wonen: De plaats waar u woont. Over het algemeen is deze plek het middelpunt van uw dagelijks leven. Waar u woont, stellen we vast aan de hand van uw juridische, economische en sociale binding met een land en uw bindingen met het land van herkomst. Bijvoorbeeld: in welk land u ingeschreven staat of waar u werkt en belasting betaalt.

Medische noodzaak

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

Opname

Opname in een ziekenhuis houdt in dat de verzekerde langer dan 24 uur in een ziekenhuis verblijft. Dit verblijf is nodig zolang de verzekerde verpleging, onderzoek en behandeling op medische gronden alleen in een ziekenhuis kan krijgen. Daarbij is regelmatige behandeling door een medisch specialist noodzakelijk.

Orthese

Een uitwendig gedragen hulpmiddel ter correctie van standsafwijkingen of abnormale beweeglijkheid van gewrichten of van de wervelkolom. Ook een 'beugel' ter correctie van het gebit is een orthese.

Poliklinische behandeling

Specialistische behandeling waarbij de verzekerde niet wordt opgenomen in een ziekenhuis. De verzekerde heeft een verwijzing nodig naar de specialist. Laboratoriumonderzoek valt hier ook onder. Het laboratoriumonderzoek vindt plaats op advies van de huisarts. Het ziekenhuis of laboratorium brengt de kosten van het laboratoriumonderzoek in rekening.

Specialist

Een praktiserend arts die op de plaats van de behandeling bevoegd is als specialist werkzaam te zijn, volgens de daar geldende normen.

Specialistische behandeling

Behandeling of onderzoek door een specialist die:

- volgens medische normen algemeen aanvaard is; en
- behoort tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

Spoedeisende medische hulp

Medische zorg en/of diensten als gevolg van een medische noodzaak.

Standaard eenpersoonskamer

De goedkoopste kamer die aanwezig is voor de verpleging van één persoon.

Standaard ziekenhuiskamer

Een kamer die is ingericht voor de verpleging van twee of meer personen.

Tandarts

Een arts die door een bevoegde instantie als tandarts is erkend en gecertificeerd.

U/uw

Degene die de verzekeringsovereenkomst is aangegaan. U staat op het polisblad als verzekeringnemer. U heeft de verzekering voor andere personen afgesloten. Dit zijn de verzekerden.

Verblijfkosten

Kosten voor verblijf in een hotel of pension.

Verloskundige

Een verloskundige die op de plaats van de behandeling bevoegd is als verloskundige werkzaam te zijn, volgens de daar geldende normen.

Verpleegkosten

Kosten voor verpleging. De kosten voldoen aan deze voorwaarden.

- Het gaat om redelijke en gebruikelijke kosten die in rekening worden gebracht voor verpleging die verband houdt met het verblijf in het ziekenhuis.
- De verpleegkosten komen overeen met de tarieven die een bevoegde overheidsinstantie heeft goedgekeurd.

De verzekeraar / Eucare

Afkorting van EUCARE Insurance PCC Limited (NLCare cell). EUCARE is de verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen aanbiedt in Nederland. EUCARE Insurance PCC Limited is statutair gevestigd in Malta. De verzekeraar is geautoriseerd door de Malta Financial Services Authority (MFSA). Statutair adres: 16 Europa Centre, Triq John Lopez, Floriana, FRN 1400 Malta.

Verzeerde(n)

Iedere persoon die als verzeerde op het verzeerdenoverzicht vermeld staat. Dit zijn uw werknemers en eventueel hun gezinsleden.

Wij/ons/onze

Aevitae B.V. als de gevolmachtigde agent aan wie door de verzekeraar volmacht als bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake uitvoering van de zorgverzekering.

Ziekenhuis

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

Ziektegeval

Een niet onderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling. De oorzaak voor de behandeling is dezelfde ziekte(n) of hetzelfde ongeval..

Artikel 1 Wat houdt de verzekering in?

In dit artikel leest u wat wel en niet verzekerd is binnen het Collectief Expat Pakket. Ook leest u hoe uw premie voor deze verzekering is opgebouwd.

1.1 Wat is wel verzekerd?

1.1.1 De verzekerde is verzekerd voor medisch noodzakelijke kosten

Medisch noodzakelijke kosten komen door een ongeval, ziekte of zwangerschap. De kosten moeten in overeenstemming zijn met de behandeling die een arts heeft bepaald. Het gaat om kosten die redelijk en gebruikelijk zijn. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. De verzekerde is ook verzekerd voor sommige bijkomende kosten.

1.1.2 De verzekerde is verzekerd voor SOS-hulpverlening

De verzekerde kan ook een beroep doen op SOS-hulpverleningsdiensten zoals deze vermeld staan in artikel 3 van deze voorwaarden.

1.1.3 Elke verzekerde heeft een maximaal verzekerd bedrag per verzekeringsjaar

Er geldt een maximaal verzekerd bedrag per verzekerde per verzekeringsjaar van maximaal € 1,5 miljoen.

1.1.4 Soms is een verzekerde verplicht om een Nederlandse basiszorgverzekering te hebben

Is een verzekerde verplicht om een Nederlandse basisverzekering te hebben? Dan kunt u voor deze verzekerde bij ons een secundaire dekking afsluiten. De secundaire dekking is een aanvulling op de Nederlandse basiszorgverzekering. Wij vergoeden dan de kosten die de Nederlandse zorgverzekering niet vergoedt. Deze kosten moeten natuurlijk wel onder de dekking van deze verzekering verzekerd zijn. We vergoeden tot de maximale vergoeding zoals vermeld in deze Aanvullende Voorwaarden.

1.1.5 De verzekerde is bij definitieve terugkeer tijdens de wachttijd verzekerd voor kosten

Keert de verzekerde definitief terug naar Nederland en heeft die geen Nederlandse basisverzekering? Dan kan hij aanspraak maken op de Wet langdurige zorg. Maar soms is daarvoor een wachttijd. Wij vergoeden kosten tijdens die eventuele wachttijd. Het gaat om kosten die volgens de gekozen dekking voor vergoeding in aanmerking komen. Wij vergoeden tot maximaal 12 maanden na de definitieve terugkeer in Nederland.

1.1.6 Geboorte kind

Kinderen die tijdens de looptijd van de verzekering geboren worden, zijn vanaf de dag van geboorte verzekerd, op voorwaarde dat het kind binnen één maand na de geboorte bij ons is aangemeld. Er geldt dan het volgende.

- De dekking van de verzekerde ouder geldt ook voor het kind. Het kind accepteren we zonder gezondheidswaarborgen.
- Krijgt een kind borstvoeding? En moet de verzekerde moeder in het ziekenhuis blijven? Dan vergoeden we ook de kosten voor het kind. Net zolang als we de verpleegkosten van de moeder vergoeden.

1.2 Wat is niet verzekerd?

Wij bieden een ruime dekking. Toch kunnen wij niet alles dekken. Naast de uitsluitingen in de Algemene Voorwaarden zijn er voor het Collectief Expat Pakket de volgende uitsluitingen.

1.2.1 De verzekerde is niet verzekerd voor een bestaande medische conditie

De verzekerde krijgt geen vergoeding voor kosten die te maken hebben met een bestaande medische conditie als:

- we de verzekerde voor acceptatie gevraagd hebben om een gezondheidsverklaring in te vullen; en
- de verzekerde op dat moment een ziekte of afwijking had; en
- de verzekerde wist van deze ziekte of afwijking, of al klachten had door deze ziekte of afwijking; en
- we de bestaande medische conditie niet hebben geaccepteerd.

1.3 Waar geldt de verzekering?

1.3.1 De verzekerde is alleen verzekerd in specifieke regio's

Het Collectief Expat Pakket biedt dekking voor verzekerden die woonachtig zijn in de hele wereld exclusief de Verenigde Staten en Canada.

1.3.2 Medische kosten tijdens verblijf buiten de verzekerde regio

De volgende bepalingen gelden wanneer u medische behandelingen ondergaat in de Verenigde Staten en/of Canada:

Medische noodzakelijke zorg in de Verenigde Staten of Canada

Wij vergoeden maximaal de in Nederland geldende tarieven voor medische noodzakelijke zorg bij een verblijf in de Verenigde Staten en Canada, als deze zorg niet kan wachten tot het moment waarop de verzekerde volgens plan weer zou terugkeren. Dit zijn kosten die voortkomen uit een ongeval, ziekte of zwangerschap. De noodzaak voor de medische zorg moet tijdens uw reis zijn ontstaan en mag niet te voorzien zijn geweest toen u op reis ging. Het gaat om kosten die redelijk en gebruikelijk zijn.

Verplichting om mee te werken aan terugkeer naar land binnen de regio

Wij kunnen bepalen dat na de eerste noodzakelijke zorg de verdere behandeling binnen de regio moet worden uitgevoerd. Wij betalen dan de kosten voor vervoer naar het ziekenhuis in de regio. Als de verzekerde jonger is dan 21 jaar vergoeden wij ook de kosten voor een begeleider.

1.4 Heeft de verzekerde ook een Nederlandse basiszorgverzekering?

Heeft de verzekerde ook nog een Nederlandse Basiszorgverzekering? Dan neemt de verzekerde altijd eerst contact op met de Nederlandse zorgverzekeraar. Dit geldt bij spoedeisende hulp en bij andere medische kosten. Vergoedt de Nederlandse basiszorgverzekeraar niet of maar een deel? Dan kan de verzekerde bij ons een vergoeding vragen.

1.5 Welke premie betaalt u?

1.5.1 U betaalt een leeftijdsafhankelijke premie

U betaalt een leeftijdsafhankelijke premie. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar geldt een kindpremie. Wordt een verzekerde 18 jaar? Dan betaalt u vanaf het volgende verzekeringsjaar de premie voor volwassenen. Deze nieuwe premie is geen premieverhoging en is dus geen geldige reden om het Collectief Expat Pakket op te zeggen. Meer informatie hierover leest u in artikel 1.6 van de Algemene Voorwaarden.

1.6 Welke verplichtingen gelden voor u en de verzekerde(n)?

1.6.1 Informatieplicht van u en verzekerde(n)

U of een verzekerde informeert de Aevitae Alarmcentrale vooraf zo snel mogelijk als een verzekerde wordt opgenomen in een ziekenhuis. Is er sprake van een spoedopname in een ziekenhuis? Dan moet u of een verzekerde dit binnen 48 uur aan de Aevitae Alarmcentrale melden.

1.6.2 Verplichtingen van verzekerde(n)

Een verzekerde is verplicht om:

- een verwijzing van een arts of specialist te laten zien wanneer wij daarom vragen en dit een voorwaarde is voor de vergoeding van een behandeling. Let op: in deze voorwaarden staat bij de behandeling vermeld of er een verwijzing nodig is;
- ons of de Aevitae Alarmcentrale vooraf om toestemming te vragen als dat een voorwaarde is voor de vergoeding van een behandeling of kosten. Let op: in deze voorwaarden staat bij de behandeling vermeld of wij vooraf toestemming moeten geven;
- een gespecificeerde nota aan ons te tonen waaruit wij kunnen opmaken welke vergoeding wij moeten uitkeren;
- medewerking te verlenen wanneer wij daarom vragen. Dit kan bijvoorbeeld zijn het verstrekken van informatie wanneer onze geneeskundig adviseur of andere medewerkers daarom vragen;
- mee te werken aan een geneeskundig onderzoek of een medische observatie in een ziekenhuis wanneer wij dat noodzakelijk vinden. De kosten hiervan zijn voor onze rekening.

1.6.3 Verplichtingen van verzekeringnemer

U moet uw volle medewerking verlenen bij het nakomen van de verplichtingen uit artikel 1.6.1.

1.6.4 Wat gebeurt er als u of een verzekerde zich niet aan een verplichting houdt?

Als u of een verzekerde de verplichtingen uit artikel 1.6.1 of 1.6.2 niet nakomt, kan het recht op vergoeding vervallen; zie artikel 2.1.2 van de Algemene Voorwaarden Collectief Expat Pakket.

1.7 Aan wie betalen wij de vergoeding?

Wij betalen de vergoeding aan de verzekerde als hij de kosten heeft betaald. Heeft u de kosten van de behandeling voorgesloten, dan betalen wij de vergoeding aan u. Kosten die u maakt die verband houden met ziekenhuisopname worden door de Aevitae Alarmcentrale zo veel mogelijk rechtstreeks aan het ziekenhuis betaald.

1.8 Zorgverzekering aanvragen bij definitieve terugkeer naar of langdurig verblijf in Nederland

Gaat een verzekerde definitief terug naar Nederland? Of gaat een verzekerde tijdelijk terug naar Nederland voor een medische behandeling? En duurt het verblijf (waarschijnlijk) langer dan 120 dagen? Dan is hij vanwege de Nederlandse wet verplicht om een basisverzekering te hebben vanaf de dag dat hij weer ingezetene is. Dit is de dag van terugkomst. Om een basisverzekering af te sluiten, moet hij zich eerst bij zijn gemeente inschrijven in de Basisregistratie Personen. Keert een verzekerde definitief terug om direct met een medische behandeling te starten? Dan begeleiden we hem graag en helpen wij bij het afsluiten van een basisverzekering en eventueel aanvullende pakketten. Start geen behandeling als uw basisverzekering nog niet is ingegaan.

Artikel 2 Op welke vergoeding heeft de verzekerde recht?

In dit artikel leest u per behandeling wat we vergoeden. En u leest daar welke voorwaarden eventueel gelden bij de vergoeding. Ook zijn we duidelijk over wat we niet vergoeden. Soms zijn er namelijk uitzonderingen op de vergoedingen.

2.1 Ziekenhuis

2.1.1 Opname

Wat vergoeden we?

- Verpleegkosten. Wij vergoeden we de verpleging volgens opname in een standaard ziekenhuiskamer.
- Kosten van de specialistische behandeling.
- Bijkomende kosten.
- Maximaal 365 dagen vergoeding voor de verpleging en behandeling per ziektegeval.

2.1.2 Dagverpleging

Wat vergoeden we?

- Kosten voor verpleging in bed.
- Bijkomende kosten.
- Arbeidsloon van de specialist.

2.2 Specialistische en poliklinische behandeling

2.2.1 Specialistische behandeling

Wat vergoeden wij?

- Arbeidsloon van de specialist voor de behandeling die hij de verzekerde heeft gegeven.
- Bijkomende kosten.

2.2.2 Poliklinische behandeling

Wat vergoeden wij?

- Arbeidsloon van de specialist voor de behandeling die hij de verzekerde heeft gegeven.
- Bijkomende kosten.
- Kosten van laboratoriumonderzoek.

2.3 Behandeling door een huisarts

Wat vergoeden we?

- Arbeidsloon van de huisarts voor consulten en visites voor geneeskundige behandeling.
- Als de onderstaande kosten niet binnen het consulttarief vallen, vergoeden we die ook.
- Kosten van laboratorium- en röntgenonderzoeken.
- Elektrocardiogram.
- Kleine chirurgische ingrepen.

2.4 Ziekenvervoer

Ziekenvervoer is vervoer per ambulance-auto van en naar een ziekenhuis. Het vervoer is medisch noodzakelijk.

Wat vergoeden we?

- Kosten van ziekenvervoer naar het ziekenhuis dat het dichtst in de buurt is.
- Een maximale vergoeding van € 1.500,- per keer.

Wat zijn de voorwaarden?

- We vergoeden alleen de kosten van het vervoer als er sprake is van een medische behandeling die (geheel of gedeeltelijk) vanuit het Collectief Expat Pakket wordt vergoed.
- Is er regelmatig ziekenvervoer nodig? Dan is er voorafgaand toestemming nodig.

2.5 Zwangerschap en bevalling

2.5.1 Bevalling

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden alle kosten van de bevalling. Bijvoorbeeld voor het gebruik van een polikliniek of ziekenhuis, het arbeidsloon van de verloskundige of arts en de bijkomende kosten voor moeder en kind. Het verblijf in het ziekenhuis na de bevalling vergoeden wij voor de moeder en het kind tot 48 uur. Een langer verblijf vergoeden we alleen als dit medisch noodzakelijk is, bijvoorbeeld bij een keizersnede.

Beperkte vergoeding tijdens eerste negen maanden

Tijdens de eerste negen maanden na de ingangsdatum van deze verzekering vergoeden wij maximaal € 2.500,-. Deze beperking geldt niet voor complicaties tijdens de zwangerschap waarvoor de verzekerde moet worden opgenomen en niet voor de extra kosten die gemaakt worden bij een medisch noodzakelijke keizersnede.

Tijdens de eerste negen maanden van de verzekering is er alleen dekking als:

- de zwangere vrouw direct voorafgaand aan de ingangsdatum minimaal een jaar ingeschreven heeft gestaan in de Basisregistratie Personen in Nederland; en

- de partner en eventuele kinderen ook verzekerd zijn met hetzelfde Collectief Expat Pakket als de zwangere vrouw.
Wat zijn de voorwaarden?

Als de verzekerde zwanger is, neemt ze voordat de eerste echo plaatsvindt contact op met de alarmcentrale. Is de verzekerde al zwanger voor de ingangsdatum van de verzekering? Dan neemt de verzekerde contact op met de alarmcentrale voordat zij vertrekt.

2.5.2 Verloskundige (tijdens zwangerschap)

Wij vergoeden kosten voor hulp van de verloskundige.

2.5.3 Prenatale screening

Wat vergoeden we?

- We vergoeden de kosten voor een prenatale screening.
- De vergoeding is 75% tot maximaal €350,- per jaar

Wat zijn de voorwaarden?

De screening wordt uitgevoerd in een door de overheid erkende instantie.

2.5.4 Kraamzorg

Wat vergoeden we?

100% van de gemaakte kosten voor kraamzorg tot maximaal € 1.000,-

Wat zijn de voorwaarden?

- De kraamzorg begint aansluitend op de bevalling.
- Is de verzekerde opgenomen in het ziekenhuis na de bevalling? Dan gaat er € 125,- per dag af van de maximale vergoeding voor elke dag dat de verzekerde na de bevalling in het ziekenhuis is opgenomen. De verzekerde houdt wel altijd recht op minimaal 2 dagen kraamzorg thuis te beginnen bij aankomst thuis. Na een keizersnede is er altijd recht op minimaal vijf dagen kraamzorg na thuiskomst..

2.5.5 Keizersnede

Wat vergoeden we?

Alle kosten van een keizersnede die medisch noodzakelijk is.

Wat vergoeden we niet?

Er is geen vergoeding voor een vrijwillige keizersnede.

2.5.6 Vruchtbaarheidsbehandeling

Wat vergoeden we?

- kosten voor ovulatie-inductie (OI).
- kosten voor kunstmatige inseminatie voor eigen partner of donor (KIE/KID).
- Voor maximaal drie pogingen inclusief medicatie vergoeden we de kosten die verbonden zijn aan een in vitro fertilisatiebehandeling (IVF of ICSI)

De maximale vergoeding inclusief de kosten voor onderzoeken en de bijbehorende medicatie van € 3.000,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een gynaecoloog of uroloog heeft de verzekerde doorgestuurd.
- Een bevoegd arts voert de behandeling uit.
- De arts voert de behandeling uit in een instelling die een vergunning heeft.
- De verzekerde vrouw is 40 jaar of jonger.
- Er geldt een wachtperiode van 18 maanden voor vruchtbaarheidsbehandelingen.

Wat vergoeden we niet?

- Kosten van de eiceldonatie.
- Geneesmiddelen die nodig zijn voor een vierde en volgende IVF-poging;
- IVF waarbij er sprake is van restembryo's;
- IVF waarbij geslachtscellen worden gebruikt die niet van de wettelijke partner zijn.

2.6 Borstcorrectie

Wat vergoeden we?

De kosten van een borstcorrectie wanneer de borst wordt verwijderd om medische redenen.

Wat is de voorwaarde?

Wij hebben vooraf toestemming gegeven

2.7 Revalidatie

2.7.1 Niet-klinische revalidatie

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten van behandeling voor niet-klinische revalidatie.
- Kosten van maximaal 20 behandelingen.

Wat zijn de voorwaarden?

De huisarts of specialist schrijft de behandeling voor.

2.7.2 Klinische revalidatie

Bij klinische revalidatie hoort onderzoek, advies en behandeling. Het gaat om revalidatie met een opname in het ziekenhuis. Het onderzoek, advies of de behandeling is van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en/of revalidatietechnische aard.

Wat vergoeden we?

Kosten van revalidatiebehandeling volgens het door de specialist opgestelde behandelingsplan.

Wat zijn de voorwaarden?

- We hebben vooraf toestemming gegeven.
- Een multidisciplinair team van deskundigen verleent de revalidatie. Het team staat onder leiding van een medisch specialist.
- De revalidatie vindt plaats in een erkende instelling.
- Voor de revalidatie verblijft de verzekerde meer dan 24 uur in een ziekenhuis.

2.8 Kaakchirurgische behandeling

Wat vergoeden we?

- Bij opname in het ziekenhuis: verpleegkosten en kosten van de kaakchirurgische behandeling.
- Bij poliklinische behandeling: arbeidsloon van de kaakchirurg voor de behandeling die hij de verzekerde heeft gegeven.
- Bijkomende kosten.

Wat is de voorwaarde?

Als er geen sprake is van opname in het ziekenhuis heeft de verzekerde een verwijzing nodig naar de kaakchirurg. Deze verwijzing komt van een tandarts. De verzekerde moet deze verwijzing laten zien als wij daarom vragen.

Wat vergoeden we niet?

Behandelingen die te maken hebben met een kaakorthopedische behandeling door een kaakchirurg.

2.9 Tandheelkundige hulp na een ongeval

Wat vergoeden we?

Maximaal € 1.000,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

De tandheelkundige hulp is noodzakelijk als gevolg van een ongeval.

Wat vergoeden we niet?

Overige tandheelkundige behandelingen. Hiervoor kunt u de verzekering Tandheelkundige Kosten afsluiten.

2.10 Geneesmiddelen en dieetpreparaten

2.10.1 Geneesmiddelen

Wat vergoeden we?

Middelen die in het land waar ze verkocht worden als geneesmiddel verhandeld mogen worden.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een arts, tandarts of verloskundige schrijft het geneesmiddel voor.
- Een apotheek of apotheekhoudende huisarts levert het geneesmiddel.

Wat vergoeden we niet?

- Versterkende middelen en voedingsmiddelen (als het geen dieetpreparaten zijn, zoals bedoeld in artikel 2.10.2).
- Voorbehoedsmiddelen.
- Vermageringsmiddelen.
- Niet geregistreerde (alternatieve) middelen, medicinale wijnen en traanproducten.
- Vitaminepreparaten.
- Laxeermiddelen.
- Cosmetische middelen.
- Middelen ter voorkoming van tropische ziekten.
- Middelen die ook zonder recept verkrijgbaar zijn. Bijvoorbeeld neusdruppels.

2.10.2 Dieetpreparaten

Wat vergoeden we?

Kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Een dieetpreparaat is dieetvoeding die anders is gemaakt en een andere vorm heeft dan gewone voeding.

Wat zijn de voorwaarden?

- We hebben vooraf toestemming gegeven.
- De verzekerde heeft een van deze stoornissen of allergieën in ernstige mate:
 - resorptiestoornis;
 - voedselallergie;
 - passagestoornis;
 - stofwisselingsstoornis;
 - slikstoornis.

2.11 Preventieve jeugdzorg

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden vaccinaties en de kosten voor algemene controles voor kinderen tot en met 18 jaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- De vaccinaties worden gegeven volgens het Nederlandse vaccinatieschema. En/of volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing zoals dat geldt voor het land van tijdelijk verblijf.
- Een apotheek levert de vaccinaties.
- Een huisarts of kinderarts geeft de vaccinaties.
- De controles worden altijd uitgevoerd door een consultatiebureau of huisarts.

2.12 Reisvaccinaties

Wat vergoeden we?

- Een deel van de kosten van vaccinaties voor een buitenlandse reis. Het gaat om deze vaccinaties:
 - difterie;
 - tetanus;
 - gele koorts;
 - tyfus;
 - cholera;
 - hepatitis A;
 - hepatitis B;
 - malaria (bedoeld worden malariapillen ter voorkoming van malaria).
- Elke vaccinatiesoort vergoeden we maximaal één keer per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde krijgt de vaccinaties tijdens de looptijd van de verzekering.
- De kosten voor reisvaccinaties worden voor 50% vergoed.

2.13 Orgaantransplantatie als de verzekerde de ontvanger is

2.13.1 Kosten van verzekerde

Wat vergoeden we?

- Kosten van orgaantransplantatie.
- Kosten van weefseltyperingen die nodig zijn voor de transplantatie.

Wat zijn de voorwaarden?

- De orgaantransplantatie vindt plaats in een erkende instelling die de transplantatie mag uitvoeren. Deze instelling hanteert officiële tarieven van het land waar de transplantatie wordt uitgevoerd.
- We hebben vooraf toestemming gegeven.

2.13.2 Kosten van een donor

Wat vergoeden we?

- Kosten van verpleging en behandeling van de donor bij opname in het ziekenhuis.
- Kosten van maximaal drie maanden nazorg.
- Kosten van weefseltyperingen die nodig zijn voor de transplantatie.
- Wij vergoeden maximaal de kosten volgens Nederlandse tarieven.

Wat zijn de voorwaarden?

- De kosten van verpleging en behandeling vergoeden wij alleen als de donor van zijn verzekeraar geen vergoeding krijgt.
- De nazorg is nodig omdat de donor in het ziekenhuis werd opgenomen voor selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal.

2.14 Hulpmiddelen

2.14.1 Steunzolen

Wat vergoeden we?

- Kosten van steunzolen.
- De maximale vergoeding is € 100,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een arts schrijft de steunzolen voor.
- Een door de autoriteiten erkende orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen.

2.14.2 Brillenglazen en contactlenzen op sterkte

Wat vergoeden we?

- Brillen, brillenglazen of contactlenzen
- De maximale vergoeding is € 150,- per verzekerde per 2 verzekeringsjaren.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een opticien of optometrist levert de brillenglazen of contactlenzen.

- De brillenglazen of contactlenzen zijn bedoeld voor dagelijks gebruik.
- De maximale vergoeding geldt voor brillen en contactlenzen samen.

Wat vergoeden we niet?

- Brillenglazen zonder sterkte.
- Zonnebrillen.
- Sportbrillen.
- Een los montuur.
- Andere brillen die niet bedoeld zijn voor dagelijks gebruik.
- Oog corrigerende behandelingen, zoals laseren.

2.14.3 Hoortoestellen

Wat vergoeden we?

- Hoortoestellen na gehoortest.
- Een maximale vergoeding van € 750,- per vijf verzekeringsjaren.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde doet eerst een gehoortest.
- Het audiologisch centrum levert bij ons de uitslag van deze gehoortest aan.
- Er moet sprake zijn van een gehoorverlies van 35 dB of meer aan één of beide oren.
- Wij moeten toestemming hebben gegeven nadat wij de gehoortest hebben beoordeeld.

Wat vergoeden we niet?

- Batterijen voor een hoortoestel

1.14.4 Overige medische hulpmiddelen

Wat vergoeden we?

- Een deel van de kosten van aanschaf, vervanging, wijziging of herstel van een hulpmiddel.
- De vergoeding is 75% tot maximaal € 2.000,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde vraagt ons vooraf om een vergoeding.
- De verzekerde is verplicht om het hulpmiddel goed te verzorgen.
- De verzekerde is verplicht om de aanwijzingen van deskundigen op te volgen. Het gaat om aanwijzingen over het gebruik en het onderhoud van het hulpmiddel.
- Bij vervanging: de verzekerde beschikt niet meer over een geschikt hulpmiddel.
- Bij vervanging: elk hulpmiddel heeft een gebruiksstermijn. We gebruiken de gebruiksstermijn die Nederlandse zorgverzekeraars aanhouden.

Wat vergoeden we niet?

- Reparatie of vervanging van een hulpmiddel dat is beschadigd door onjuist gebruik.
- Geen kosten worden vergoed van brillen, contactlenzen of hoortoestellen. (Deze vallen onder de dekking van artikel 2.14.2 en 2.14.3.)

Hoe vraagt de verzekerde om een vergoeding?

De verzekerde vraagt schriftelijk vergoeding voor een hulpmiddel bij ons aan. In de schriftelijke aanvraag motiveert hij waarom het hulpmiddel nodig is. Hij stuurt ook medische informatie van de specialist mee. Is het huidige hulpmiddel beschadigd? Dan geeft de verzekerde ook aan wat de reden van de beschadiging is.

Hoe bepalen wij of de verzekerde een vergoeding krijgt?

Wij beoordelen de schriftelijke aanvraag op vijf punten.

1. Is de aanschaf, vervanging, wijziging of het herstel echt nodig? Kan de verzekerde zonder niet functioneren?
2. Is de aanschaf, vervanging, wijziging of het herstel doelmatig? Helpt het de verzekerde om beter te functioneren?
3. Is de aanschaf, vervanging, wijziging of het herstel niet onnodig kostbaar?
4. Is de aanschaf, vervanging, wijziging of het herstel niet onnodig gecompliceerd?
5. Voldoet het hulpmiddel aan onze kwaliteitseisen?

2.15 Psychologische of psychiatrische zorg

Wat vergoeden we?

- 75% van de kosten tot maximaal € 1.000,- voor psychologische of psychiatrische zorg.
- Maximaal 12 gesprekken.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een erkend en geregistreerd psycholoog geeft de psychologische zorg of de psychiatrische zorg.
- We hebben vooraf schriftelijk toestemming gegeven voor de behandeling nadat de verzekerde een behandelingsplan aan ons heeft voorgelegd.

2.16 Paramedische behandelingen

2.16.1 Fysiotherapie

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut.
- Maximaal 20 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- De fysiotherapeut staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.
- De huisarts of specialist schrijft de behandeling voor.
- We vergoeden alleen meer dan 20 behandelingen als we daar vooraf toestemming voor hebben gegeven. Bij onze toestemming kunnen extra voorwaarden gelden.

Wat vergoeden we niet?

- Zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek.
- Sportmassage.
- Arbeids- en bezigheidstherapie.
- Manuele therapie.
- Let op: is de manueel therapeut ook fysiotherapeut? Dan vergoeden we de behandeling wel. We vergoeden dan alsof de manuele therapie fysiotherapie is.

2.16.2 Stottertherapie

Wat vergoeden we?

- Kosten voor de behandeling door een logopedist
 - Kosten van verblijf in een instelling voor stottertherapie.
- De vergoeding is maximaal € 250 per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat is de voorwaarde?

Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

2.16.3 Dieetadvisering

Wat vergoeden we?

- De kosten van dieetadvisering door een diëtist. Dieetadvisering is de voorlichting en het advies over voeding en eetgewoonten met een medisch doel.
- De vergoeding is maximaal € 250 per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- De autoriteiten hebben de diëtist erkend.
- Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

2.16.4 Behandeling van spataderen

Wat vergoeden we?

- De kosten voor de behandeling van spataderen door een arts-fleboloog.
 - Alle materialen die de arts-fleboloog bij de behandeling gebruikt.
- De vergoeding is maximaal € 250 per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat is de voorwaarde?

De autoriteiten hebben de arts-fleboloog erkend.

2.16.5 Ergotherapie

Wat vergoeden we?

- Advies.
- Instructie.
- Training.
- Behandeling.

De vergoeding is maximaal € 250 per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

Een ergotherapeut geeft het advies, de instructie, de training of de behandeling.

De autoriteiten hebben de ergotherapeut erkend.

Het doel van de ergotherapie is de zelfredzaamheid te verbeteren of te herstellen.

Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

2.16.6 Logopedie

Wat vergoeden we?

Behandeling door een logopedist tot maximaal € 250,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat is de voorwaarde?

De huisarts of specialist schrijft de behandeling voor.

Wat vergoeden we niet?

Behandeling van taalstoornissen door dialect of anderstaligheid, dyslexie, spreken in het openbaar of voordrachtskunst

2.16.7 Camouflagetherapie

Wat vergoeden we?

- De kosten voor camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.
- De kosten van de middelen die bij de therapie gebruikt zijn.

De vergoeding is maximaal € 200 per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.
- We hebben vooraf schriftelijk toestemming gegeven.

2.16.8 **Podotherapie**

Wat vergoeden we?

- Behandeling door een podotherapeut.
- Aanmeten, maken en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen.

De vergoeding is maximaal € 200 per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat is de voorwaarde?

De autoriteiten hebben de podotherapeut erkend.

Wat vergoeden we niet?

- Kosten van schoenen.
- Kosten van schoenaanpassingen.

2.16.9 **Psoriasis dagbehandeling**

Wat vergoeden we?

- De behandeling van psoriasis in een Psoriasis Dagcentrum. Psoriasis is een chronische huidaandoening.
- Er worden maximaal 30 behandelingen vergoed per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat is de voorwaarde?

Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

2.17 **Nierdialyse**

2.17.1 **Nierdialyse in het ziekenhuis**

Wat vergoeden we?

Kosten van nierdialyse in een ziekenhuis of polikliniek.

2.17.2 **Nierdialyse thuis**

Wat vergoeden we?

- De huur van dialyseapparatuur met toebehoren.
- Kosten van regelmatige controle, onderhoud en vervanging van dialyseapparatuur.
- Chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse.
- Kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.
- Overige kosten voor thuisdialyse.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde legt vooraf een begroting van de kosten aan ons voor. Er is alleen recht op vergoeding als wij die begroting goedkeuren.
- We vergoeden overige kosten alleen als de kosten redelijk zijn. En als er geen wettelijke regelingen zijn om de kosten vergoed te krijgen.

2.18 **Plastisch chirurgische behandelingen (medisch noodzakelijk)**

Wat vergoeden we?

- Behandeling van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- Behandeling na verminking die het gevolg is van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- Behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- Behandeling van ernstige afwijkingen die vanaf de geboorte aanwezig zijn, zoals lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht,
- Behandeling die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- Wij hebben toestemming gegeven voor de kosten nadat de verzekerde een begroting aan ons heeft voorgelegd.
- In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u een nadere toelichting wanneer u recht hebt op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website
- De behandeling vindt plaats in een ziekenhuis.

Wat vergoeden we niet?

Wij vergoeden geen behandelingen voor vormverbeterende operaties van het uiterlijk voor persoonlijke behoefte of omstandigheden.

2.19 Bijzondere vergoedingen

2.19.1 Second opinion

Wat vergoeden we?

Kosten van een second opinion door een tweede specialist.

Wat zijn de voorwaarden?

- De voorgestelde behandeling valt onder de dekking van deze voorwaarden.
- De verzekerde of de behandelend arts vraagt de second opinion aan.

2.19.2 Ronald McDonaldhuis

Wat vergoeden we?

De eigen bijdrage voor uitsluitend het verblijf in het Ronald McDonaldhuis.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een kind van de verzekerde verblijft in een ziekenhuis.
- Het verblijf in het ziekenhuis is medisch noodzakelijk.

2.19.3 Hartrevalidatie

Bij hartrevalidatie hoort onderzoek, advies en behandeling. Het gaat om revalidatie op cardiologisch gebied.

Het onderzoek, advies of de behandeling is van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en/of revalidatietechnische aard. Hartrevalidatie vindt plaats in een klinische (opname) of in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Wat vergoeden we?

Kosten van revalidatiebehandeling volgens het door de cardioloog opgestelde behandelingsplan.

Wat zijn de voorwaarden?

- We hebben vooraf toestemming gegeven.
- Een multidisciplinair team van deskundigen verleent hartrevalidatie. Het team staat onder leiding van een cardioloog.

2.20 Thuisverpleging

Wat vergoeden we?

- Aanvullende verpleging bij de verzekerde thuis.
- Maximaal 8 uur per dag.
- Maximaal 50 dagen per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde vraagt ons vooraf om toestemming voor de thuisverpleging. Daarbij kunnen we extra voorwaarden stellen.
- Een verpleegkundige of ziekenverzorgende verzorgt de thuisverpleging.
- De thuisverpleging vervangt een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis. Of de thuisverpleging zorgt ervoor dat de verzekerde korter in het ziekenhuis hoeft te blijven.

2.21 Sterilisatie

Wat vergoeden we?

Kosten voor medische zorg en diensten.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een specialist voert de sterilisatie uit.
- De sterilisatie vindt plaats in een ziekenhuis.
- Bij een verzekerde man vergoeden we maximaal de kosten die gelijk zijn aan een poliklinische behandeling. Hij heeft voorafgaand toestemming van ons nodig.

Wat vergoeden we niet?

Het ongedaan maken van een vrijwillige sterilisatie.

2.22 Erfelijkheidsonderzoek

Wat vergoeden we?

Kosten van hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De hulp kan bestaan uit:

- onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door stamboomonderzoek;
- chromosomenonderzoek;
- biochemische diagnostiek;
- DNA-onderzoek;
- erfelijkheidsadvisering;
- psychosociale begeleiding bij deze hulp.

Wat is de voorwaarde?

Een huisarts of specialist heeft het onderzoek voorgeschreven.

2.23 Borstamputatie

Wat vergoeden we?

- Verpleegkosten. Wij vergoeden de verpleging volgens opname in een standaard ziekenhuiskamer.
- Kosten van de specialistische behandeling.
- Bijkomende kosten.

Wat zijn de voorwaarden?

- Er is een groot erfelijk risico op borstkanker.
- Wij hebben vooraf toestemming gegeven

2.24 Voorbehoedsmiddelen

Wat vergoeden we?

Voorbehoedsmiddelen tot maximaal € 50,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een arts of verloskundige schrijft het voorbehoedsmiddel voor.
- Een apotheek of apotheekhoudende huisarts levert het voorbehoedsmiddel.

2.25 Behandeling door een alternatief genezer of therapeut

Wat vergoeden we?

- Kosten van behandeling of consult door een alternatief genezer of therapeut.
- Maximaal 10 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar.
- Een maximale vergoeding van € 40 per dag tot maximaal € 300 per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- De alternatief genezer is lid van een landelijk erkende beroepsvereniging. De beroepsvereniging is opgericht voor de discipline van de alternatief genezer.
- De verzekerde geeft een schriftelijk bewijs van dit lidmaatschap als we daarom vragen.
- De behandeling of het consult vindt plaats in het kader van een medische behandeling.
- De alternatief genezer geeft een individuele behandeling of consult.

Wat vergoeden we niet?

- Behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter.
- Behandelingen, onderzoeken en cursussen die gericht zijn op het welbevinden.
- Behandelingen, onderzoeken en cursussen als preventie.
- Alternatieve psychotherapie.
- Kuren en reizen.
- Behandeling of consult waarbij de alternatief genezer ook de eigen huisarts is.

2.26 Homeopathische geneesmiddelen

Wat vergoeden we?

- Kosten van homeopathische geneesmiddelen.
- Maximaal € 150,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een alternatief genezer of therapeut schrijft het homeopathisch geneesmiddel voor.
- Een apotheek of apotheekhoudende arts levert de geneesmiddelen.

2.27 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Wat vergoeden we?

- Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion.
- Wij vergoeden de kosten voor 80% tot maximaal € 1.500,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering

Wat zijn de voorwaarden?

- Een orthodontist of tandarts moet de behandeling uitvoeren of de second opinion geven.
- Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

Artikel 3 Op welke vergoeding heeft de verzekerde recht bij SOS-hulpverlening?

De SOS-hulpverlening is bedoeld voor noodsituaties bij verblijf in het buitenland. In deze situaties kan de verzekerde terugvallen op de Aevitae Alarmcentrale. In dit artikel leest u over de onderdelen van SOS-hulpverlening.

U kunt de Aevitae Alarmcentrale 24 uur per dag bellen

Telefoonnummer (wereldwijd): +31 20 851 22 75

3.1 Toestemming

Wilt u gebruikmaken van de SOS-hulpverlening? Neem dan altijd vooraf contact op met de Aevitae Alarmcentrale.

3.2 Medische kosten

3.2.1 Medische ziektekosten

Wat vergoeden we?

Een voorschot van medische kosten

Wat regelen we voor de verzekerde?

- De Aevitae Alarmcentrale betaalt de medische kosten zo veel mogelijk rechtstreeks aan het ziekenhuis.
- Als de verzekerde in levensgevaar is, schiet de Aevitae Alarmcentrale de kosten voor. Hiervoor geeft de Aevitae Alarmcentrale een schriftelijke garantiestelling (Guarantee of Payment) af.

Wat zijn de voorwaarden?

- De Aevitae Alarmcentrale kan aanwijzen in welk ziekenhuis de behandeling plaatsvindt.
- Er is een medische noodzaak voor opname of dagverpleging. De Aevitae Alarmcentrale beoordeelt of dit zo is op het moment van de melding.
- De behandeling van verzekerde is gedekt volgens de voorwaarden van de verzekering Collectief Expat Pakket.
- We hebben vooraf toestemming gegeven.

3.3 Bij medische evacuatie

Als medische behandeling in het land waar de verzekerde verblijft niet mogelijk is en de behandeling niet kan worden uitgesteld, vergoeden wij de volgende kosten voor repatriëring en evacuatie:

- de kosten voor de vliegreis en het verblijf van de patiënt;
- de kosten voor de vliegreis en het verblijf van een begeleider, als begeleiding volgens onze medisch adviseur of de Aevitae Alarmcentrale noodzakelijk is of bij kinderen tot 16 jaar.

Voor repatriëring en evacuatie gelden de volgende voorwaarden:

- Als u gerepatriëerd moet worden, meldt u dit zo snel mogelijk bij de Aevitae Alarmcentrale. We vergoeden repatriëring alleen als u vooraf onze toestemming heeft gekregen.
- De repatriëring of evacuatie is volgens de Aevitae Alarmcentrale of ons noodzakelijk. Dit betekent dat er sprake moet zijn van een medisch noodzakelijke behandeling die niet uitgevoerd kan worden in het land waar verzekerde verblijft en die niet uitgesteld kan worden.

Let op: Een botbreuk kan in bijna alle landen van de wereld goed behandeld worden. In dat geval is er dus meestal geen recht op vergoeding van repatriëring.

- De alarmcentrale beoordeelt de medische noodzaak van geval tot geval. Sociale indicatie, hygiënische omstandigheden ter plaatse en hiv-besmettingsgevaar zijn geen aanleiding om uw kosten te vergoeden.
- U mag kiezen voor vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, een ziekenhuis in het land van herkomst, of een ziekenhuis in het land waar u woont. Adequate behandeling moet in dit ziekenhuis wel mogelijk zijn.
- U kiest een zo voordelig mogelijke vliegreis. De vlieggkosten van een lijnvlucht of charter worden vergoed volgens het tarief geldend voor de toeristenklasse.
- De kosten van een ambulancevlucht worden vergoed als deze manier van vervoer volgens de alarmcentrale medisch noodzakelijk is.
- U kiest een zo voordelig mogelijk verblijf. We vergoeden maximaal € 100,- per dag, tot een maximum van € 2.000,- per ziektegeval.
- We mogen de verzekerde bij een (noodzakelijke) ziekenhuisopname repatriëren naar een ziekenhuis in het land waar hij woont, zodra dit medisch verantwoord is. Ook als dit niet medisch noodzakelijk is.
- We vergoeden de kosten van repatriëring en evacuatie alleen als de medische behandeling onder de dekking van uw verzekering valt
- We vergoeden telecommunicatie kosten bij een gedekte repatriëring op dit pakket tot maximaal € 150,- per repatriëring

3.4 Wat is niet verzekerd binnen de dekking SOS-hulpverlening?

1. De verzekerde is niet verzekerd voor kosten die binnen een jaar na uitzending te voorzien waren. Was verzekerde op het moment van uitzending al ziek? En was het te voorzien dat hij of zij binnen een jaar gerepatrieerd zou moeten worden? Dan vergoeden wij geen SOS-hulpverlening.
2. De verzekerde is niet verzekerd bij reizen tegen het advies van een arts in. Gaat de verzekerde op reis? En heeft de huisarts of specialist geadviseerd om de reis niet te maken? Dan vergoeden wij de SOS-hulpverlening niet.
3. De verzekerde is niet verzekerd in Nederland of op zee. De verzekerde krijgt geen SOS-hulpverlening bij een onzeker voorval tijdens het verblijf van de verzekerde in Nederland of op zee.