Expat Pakket Individueel Ziektekosten

Aanvullende Voorwaarden

Versie EIZK-2701

Belangrijk

De Aanvullende Voorwaarden Ziektekosten vormen één geheel met het dekkings overzicht en de Algemene Voorwaarden van het Expat Pakket Individueel. De Algemene Voorwaarden zijn op het hele pakket van toepassing. In deze Aanvullende Voorwaarden vind je de voorwaarden die speciaal voor de Ziektekostenverzekering gelden. Je ziet op je polisblad welke verzekeringen je hebt afgesloten. Als er Bijzondere Voorwaarden voor je van toepassing zijn vind je deze op je polisblad.

Wij zijn...

Geert Bouwmeester was pas 22 toen hij in 1924 voor zichzelf begon. Een overloop werd ingericht als kantoorruimte en de eerste polissen werden op de fiets rondgebracht. Sindsdien is ons bedrijf enorm gegroeid en is er veel veranderd. Maar ondanks deze groei zijn wij nog steeds een onafhankelijk familiebedrijf en werken we nog steeds vanuit ons ondernemershart.

Onafhankelijke adviseurs

Onze samenleving wordt steeds ingewikkelder. Particulieren en ondernemers hebben behoefte aan iemand die hen kent en een advies geeft dat helemaal is afgestemd op hun persoonlijke situatie, wensen en mogelijkheden. Daarom werken wij nauw samen met onafhankelijke adviseurs, die als geen ander in staat zijn om de juiste oplossing samen te stellen.

Bekijk online versie

de Goudse verzekeringen

Wat vind je waar?

Artikel 1 Wat houdt de verzekering Ziektekosten in? 4

1.1 Wat is verzekerd? 4
1.2 Wat is niet verzekerd? 5
1.3 Wat zijn de algemene afspraken? 6
1.4 Waar geldt de dekking? 7
1.5 Welke premie betaal je? 7
1.6 Wat zijn de verplichtingen van jou en van de verzekerde? 7
1.7 Wanneer is er geen dekking in Nederland? 8

Artikel 2 Op welke vergoeding heeft de verzekerde recht bij Standaard, Optimaal of Excellentdekking? 9

2.1 Ziekenhuis 9
2.2 Specialistische en poliklinische behandeling 10
2.3 Behandeling door een huisarts 10
2.4 Klinische revalidatie 10
2.5 Ziekenvervoer 11
2.6 Kaakchirurgische behandeling 11
2.7 Tandheelkundige hulp na een ongeval 11
2.8 Geneesmiddelen en dieetpreparaten 11
2.9 Orgaantransplantatie als de verzekerde de ontvanger is 12
2.10 Cosmetische behandeling 13
2.11 Second opinion 13
2.12 Thuisverpleging 14
2.13 Logopedie 14

Artikel 3 Op welke vergoedingen heeft de verzekerde nog meer recht met de Optimaal- en Excellentdekking? 15

3.1 Preventieve jeugdzorg 15
3.2 Reisvaccinaties 15
3.3 Zwangerschap en bevalling 15
3.4 Medische hulpmiddelen 18
3.5 Borstcorrectie 19
3.6 Niet-klinische revalidatie 19
3.7 Fysiotherapie 19
3.8 Nierdialyse 20
3.9 Paramedische behandelingen 20
3.10 Psychologische zorg of psychiatrische zorg 22
3.11 Tandheelkundige hulp voor verzekerden tot 21 jaar 22

de Goudse verzekeringen

3.12 Ronald McDonaldhuis 22
3.13 Verblijfskosten 23

Artikel 4 Op welke vergoedingen heeft de verzekerde nog meer recht met de Excellentdekking? 24

4.1 Zwangerschap en bevalling uitgebreid 24
4.2 Geneeskundig onderzoek 26
4.3 Borstamputatie 27
4.4 Voorbehoedsmiddelen 27
4.5 Behandeling door een alternatief genezer of therapeut 27
4.6 Homeopathische geneesmiddelen 27
4.7 Ogen en gehoor 28
4.8 Kaakorthopedische behandeling bij een lip-, kaak-, verhemeltespleet 29
4.9 Orthodontie voor verzekerden tot 21 jaar 29
4.10 Overvliegen van bloed 29
4.11 Psychologische of psychiatrische zorg 29
4.12 Stoppen-met-roken programma 30

Artikel 5 Hoe werkt het als je ziektekosten hebt gemaakt? 31

5.1 Wat moet een verzekerde doen bij ziektekosten? 31
5.2 Welke informatie hebben wij nodig om een verzekerde te helpen? 32

Begrippenlijst 33

de Goudse verzekeringen

Artikel 1

Wat houdt de verzekering Ziektekosten in?

De verzekering Ziektekosten maakt deel uit van het Expat Pakket Individueel. De algemene voorwaarden voor het pakket gelden ook voor deze verzekering. In dit artikel lees je welke aanvullende voorwaarden gelden voor de verzekering Ziektekosten. Er zijn drie dekkingsvarianten voor ziektekosten: Standaard, Optimaal en Excellent. Op je polis staat wat er is verzekerd.

1.1 Wat is verzekerd?

1.1.1 De verzekerde is verzekerd voor medisch noodzakelijke kosten in de verzekerde regio

Medisch noodzakelijke kosten zijn ontstaan 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 verzekerde is ook verzekerd voor sommige bijkomende kosten.

1.1.2 Er geldt een maximale vergoeding

Er geldt een maximaal verzekerd bedrag per verzekerde per verzekeringsjaar. Voor verzekerden van 0 jaar tot en met 66 jaar geldt voor:

- de Standaarddekking een bedrag van maximaal € 2.000.000;
- de Optimaaldekking een bedrag van maximaal € 2.500.000;
- de Excellentdekking een bedrag van maximaal € 3.000.000.

Voor kinderen die geboren zijn nadat de verzekering is ingegaan geldt een lager maximaal verzekerd bedrag voor aangeboren afwijkingen van € 1.000.000 per ziektegeval.

Voor verzekerden vanaf 67 jaar geldt een lager maximaal verzekerd bedrag van:

- € 100.000 per verzekerde per ziektegeval;
- € 150.000 per verzekerde in geval van een ongeval;
- € 150.000 per verzekerde per ziektegeval in de Verenigde Staten.

Is de gebeurtenis begonnen voordat de verzekerde 67 werd? En loopt de behandeling die nodig is vanwege de gebeurtenis door na de 67ste verjaardag? Dan geldt het lagere maximum voor dat deel van de kosten dat gemaakt wordt vanaf de 67ste verjaardag.

Na de 72ste verjaardag wordt de dekking niet meer verlengd. De dekking eindigt daarom tussen de 72ste en 73ste verjaardag. De precieze datum van beëindiging is de datum waarop de verzekering weer verlengd zou moeten worden (zie het polisblad).

1.1.3 Vooraf toestemming nodig

Staat er in deze voorwaarden bij een specifieke behandeling dat er vooraf toestemming nodig is?

Dan moet de verzekerde voordat hij zich laat behandelen eerst toestemming hebben gekregen van De Goudse Alarmcentrale of – in de VS – van GMMI. In de toestemming kan worden aangegeven dat er verplicht gebruikgemaakt moet worden van bepaalde zorginstellingen die aangetoond hebben kwalitatief hoge en kostenefficiente zorg te bieden. Als er geen toestemming is gegeven, kan dit leiden tot een afwijzing of beperking van onze vergoeding.

Het telefoonnummer van De Goudse Alarmcentrale is +31 182 544 557. Ben je in de VS? Bel dan naar onze alarmcentrale GMMI op +1 800 694 9832.

1.1.4 Ziektekostenverzekering als aanvulling op basisverzekering

Houdt een verzekerde zijn basisverzekering als hij in het buitenland verblijft? Dan kun je onze ziektekostenverzekering aanvullend op die Nederlandse basisverzekering afsluiten. Als je dit hebt gedaan, zie je dit op je polisblad staan. Wij vergoeden dan kosten buiten Nederland die vallen onder de gekozen dekking, maar alleen voor zover de basisverzekering die niet vergoedt.

Let op!

Heeft de verzekerde onze ziektekostenverzekering aanvullend op de basisverzekering afgesloten? Dan is het belangrijk dat jij of je adviseur ons informeert zodra de verzekerde zijn Nederlandse basisverzekering beëindigt.

1.1.5 De verzekerde is soms verzekerd voor kosten bij definitieve terugkeer

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 Medische kosten tijdens verblijf buiten de verzekerde regio

Heb je je pakket afgesloten voor regio A, B of C (zie artikel 1.4)? Dan lees je in dit artikel waarvoor de verzekerde bij tijdelijk verblijf in een land buiten deze regio is verzekerd.

Medisch noodzakelijke zorg

Wij vergoeden alleen de kosten voor medische noodzakelijke zorg bij een verblijf buiten de regio, 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 je reis zijn ontstaan en mag niet te voorzien zijn geweest toen je op reis ging. De kosten moeten in overeenstemming zijn met de behandeling die een arts heeft bepaald. 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.

1.2 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 de verzekering Ziektekosten de volgende uitsluitingen.

1.2.1 De verzekerde is niet verzekerd voor een bestaande medische conditie

De verzekerde had al een ziekte of afwijking voordat de verzekering werd aangevraagd. Jij of een verzekerde wist al van deze ziekte of afwijking. Of de verzekerde had al klachten door deze ziekte of afwijking. Er is dan alleen recht op vergoeding als we de bestaande medische conditie hebben geaccepteerd.

1.2.2 De verzekerde is niet verzekerd voor eigen bijdragen en attesten

We vergoeden geen eigen bijdragen en eigen betalingen van bevolkingsonderzoek. We betalen ook niet voor het afgeven van schriftelijke bewijzen (attesten).

1.2.3 Eigen risico per verzekeringsjaar

Je leest op je polisblad hoe hoog het eigen risico is. Het bedrag aan eigen risico geldt per polis per verzekeringsjaar. En het geldt voor alle vergoedingen samen. Je kunt het eigen risico alleen aanpassen op de jaarlijkse verlengingsdatum van je verzekering, deze datum staat op je polisblad.

Als wij een claim ontvangen bekijken wij eerst hoe hoog de vergoeding zou zijn als er geen eigen risico was. Vervolgens trekken wij van dit bedrag het eigen risico af.

De schadedatum bepaalt bij welk verzekeringsjaar de claim hoort. Als het eigen risico voor een verzekeringsjaar nog niet volledig is 'opgebruikt' wordt het resterende deel afgetrokken van latere claims voor dat verzekeringsjaar. Word je opgenomen in een ziekenhuis en loopt de opname door in een volgend verzekeringsjaar? Dan is de datum waarop je bent opgenomen bepalend voor het verzekeringsjaar dat van toepassing is.

Eindigt de verzekering voordat het verzekeringsjaar is afgelopen? Dan blijft het eigen risico voor dat gedeeltelijke jaar net zo hoog als voor een volledig verzekeringsjaar.

1.2.4 De verzekerde is niet verzekerd na het beëindigen van de verzekering

Maak je ziektekosten nadat de verzekering is beëindigd? Dan worden deze niet vergoed, ook niet als de gebeurtenis die tot deze kosten heeft geleid, plaatsvond toen je nog wel verzekerd was.

1.3 Wat zijn de algemene afspraken?

1.3.1 De verzekerde brengt ons vooraf op de hoogte van bestaande aandoeningen

De verzekerde laat ons schriftelijk weten welke ziekten, aandoeningen of klachten al bestaan. De verzekerde doet dit op het moment dat je de verzekering aanvraagt. Gaan wij akkoord met de ziekten, aandoeningen of klachten? Dan melden wij dit. Eventueel spreken we bijzondere voorwaarden met je af. Dan zetten we die in een clausule op de polis van je verzekering.

1.3.2 Jij en de verzekerde houden zich aan de voorwaarden bij een vergoeding

Bij sommige vergoedingen in artikel 2, 3 en 4 staan voorwaarden waaraan moet zijn voldaan. Daarnaast staat er in artikel 1.6 een aantal verplichtingen. Het is belangrijk dat jij en de verzekerde zich hieraan houden. Alleen dan is er recht op vergoeding.

1.3.3 Jij bent ervoor verantwoordelijk dat je ziektekostenverzekering voldoet aan de lokale eisen

Landen hebben vaak specifieke eisen op het gebied van ziektekostenverzekeringen. Je bent er zelf verantwoordelijk voor dat je aan deze eisen voldoet. Krijg je een boete omdat je er niet aan voldoet? Dan is die voor jouw rekening.

1.4 Waar geldt de dekking?

De verzekerde is in ieder geval verzekerd in Europa (regio A). Ligt het land van verblijf (zie het polisblad) buiten Europa? Dan geldt de dekking voor de grotere regio B (zie hieronder). Ligt het land van verblijf ook niet in die regio? Dan geldt de dekking in de nog grotere regio C. Ligt het land van verblijf ook niet in die regio? Dan geldt de dekking wereldwijd (regio D).

Regio	Dekking in
Regio A	Europa
Regio B	Wereld exclusief Canada, China, Hong Kong, Japan, Singapore, Verenigde Arabische Emiraten en de VS (inclusief regio A)
Regio C	Canada, China, Hong Kong, Japan, Singapore en de Verenigde Arabische Emiraten (inclusief regio's A en B)
Regio D	VS (inclusief regio's A, B en C)

Daarnaast is er voor sommige zaken ook dekking buiten de regio, bijvoorbeeld voor een spoedeisende, onverwachte ziekenhuisopname. In artikel 1.1.6 lees je waarvoor er dan dekking is.

Wil je de verzekerde regio wijzigen? Van regio A of B naar regio C of D? Of van regio C naar regio D? Dan vindt er een nieuwe beoordeling plaats, hiervoor moet de verzekerde vragen beantwoorden over zijn of haar gezondheid.

1.5 Welke premie betaal je?

1.5.1 Je betaalt een leeftijdsafhankelijke premie

De leeftijd van de verzekerde bepaalt de hoogte van de premie. Voor verzekerden jonger dan 21 jaar geldt een kindpremie. Wordt een verzekerde 21 jaar? Dan betaal je vanaf het volgende verzekeringsjaar de premie voor volwassenen.

1.5.2 De premie kan veranderen als de verzekerde in een ander land gaat verblijven

Verandert het land van verblijf, dan kan het gebeuren dat het land in een andere regio valt. In dat geval is het belangrijk dat je ons op de hoogte brengt en geldt er een nieuwe premie vanaf de datum van de verandering.

Wil je de verzekerde regio wijzigen? Van regio A of B naar regio C of D? Of van regio C naar regio D? Dan vindt er ook een nieuwe beoordeling plaats hiervoor moet de verzekerde vragen beantwoorden over zijn of haar gezondheid.

1.6 Wat zijn de verplichtingen van jou en van de verzekerde?

1.6.1 Jij of een verzekerde geeft een opname zo snel mogelijk door

Wordt een verzekerde opgenomen in het ziekenhuis? Dan is het belangrijk dat er vooraf contact wordt opgenomen met De Goudse Alarmcentrale. Wordt een verzekerde met spoed opgenomen? Dan is het belangrijk dat dit zo snel mogelijk wordt meegedeeld aan De Goudse Alarmcentrale, in ieder geval binnen 48 uur.

1.6.2 De verzekerde laat een verwijzing aan ons zien als wij daarom vragen

Heeft de verzekerde een verwijzing van een arts nodig om een behandeling vergoed te krijgen? Dan moet hij ons die verwijzing laten zien als wij daarom vragen. Let op: in deze voorwaarden staat bij de behandeling vermeld of een verwijzing nodig is.

1.6.3 De verzekerde zorgt voor gespecificeerde nota's

Uit een gespecificeerde nota moeten wij op kunnen maken welke vergoeding wij moeten geven.

1.6.4 De verzekerde werkt mee

Soms hebben wij bepaalde informatie nodig. Vragen wij de verzekerde om medewerking? Dan is het belangrijk dat de verzekerde ons verder helpt. De verzekerde geeft alle informatie die nodig is en verleent alle medewerking die nodig is. De verzekerde helpt ook bij vragen van onze geneeskundig adviseur of andere medewerkers die vergoedingen controleren.

1.6.5 De verzekerde werkt mee aan medisch onderzoek

Soms is er medisch onderzoek nodig bij medische evacuatie, opname of dagverpleging. Soms is er ook een medisch onderzoek of een observatie in het ziekenhuis nodig. Ook dan werkt de verzekerde mee. Wij mogen het ziekenhuis uitkiezen. Wij betalen ook voor het onderzoek of de observatie.

1.7 Wanneer is er geen dekking in Nederland?

Er is geen dekking in Nederland als de verzekerde een verzekeringsplicht heeft voor de Nederlandse basisverzekering volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw), of een andere wettelijke bepaling.

Artikel 2

Op welke vergoeding heeft de verzekerde recht bij Standaard, Optimaal of Excellentdekking?

In dit artikel lees je per behandeling wat we vergoeden. De behandelingen hieronder zijn verzekerd zowel als je de dekking Standaard, Optimaal of Excellent hebt. In Artikel 3 lees je welke behandelingen nog meer verzekerd zijn als je de Optimaal- of Excellentdekking hebt. In Artikel 4 lees je welke behandelingen er nog meer verzekerd zijn als je de Excellentdekking hebt.

Als je voor een (poli)klinische behandeling in een ziekenhuis in de VS geen gebruik maakt van het netwerk van GMMI dan vergoeden wij maximaal 80% van de kosten. Dit geldt alleen als je in staat was om vooraf contact op te nemen met de alarmcentrale. Het telefoonnummer is +1 800 694 9832. GMMI kan je ook helpen met het vinden van een geschikte arts of een geschikt ziekenhuis. Op www.gmmi.com staat met welke ziekenhuizen en artsen zij samenwerken.

2.1 Ziekenhuis

2.1.1 Opname

Wat vergoeden we?

Je krijgt een vergoeding voor de kosten van een ziekenhuisopname voor maximaal 365 dagen per ziektegeval. We vergoeden de volgende kosten:

- verpleegkosten;
  - Bij de Standaard- of Optimaaldekking vergoeden we de verpleging volgens opname in een standaard meerpersoonskamer of een standaard tweepersoonskamer. Als er geen standaard meerpersoons- of tweepersoonskamer beschikbaar is, vergoeden we:
    - in een publiek ziekenhuis 100% van de kosten van een standaard eenpersoonskamer;
    - in een privékliniek 80% van de kosten van een standaard eenpersoonskamer.
  - Bij de Excellentdekking vergoeden we de verpleging volgens opname in een standaard eenpersoonskamer.
- kosten van de specialistische behandeling;
- bijkomende medische kosten, bijvoorbeeld voor onderzoeken en medicijnen.

Wat vergoeden we niet?

We vergoeden de kosten voor deluxe, executive of andere luxe kamers en suites niet.

2.1.2 Dagverpleging

Wat vergoeden we?

- kosten voor bedverpleging;
- bijkomende kosten;
- arbeidsloon van de specialist.

Wat vergoeden we niet?

We vergoeden de kosten voor deluxe, executive of andere luxe kamers en suites niet.

2.2 Specialistische en poliklinische behandeling

2.2.1 Specialistische behandeling

Wij vergoeden het arbeidsloon van de specialist voor de behandeling van de verzekerde en de bijkomende kosten.

2.2.2 Poliklinische behandeling

Wij vergoeden het arbeidsloon van de specialist voor de behandeling van de verzekerde en de bijkomende kosten en de kosten van laboratoriumonderzoek.

2.3 Behandeling door een huisarts

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden het 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 Klinische revalidatie

Wat vergoeden we?

De kosten voor klinische revalidatie tot maximaal de periode zoals die op het dekkingsoverzicht staat. 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 zijn de voorwaarden?

- Behandeling wordt gegeven op basis van het behandelplan opgesteld door de medisch specialist.
- De revalidatie vindt plaats in een geaccrediteerd ziekenhuis.
- Bij aangeboren afwijkingen moet de revalidatie:
  - functionele verbetering en meetbare progressie tonen onderweg naar het bereiken van bepaalde functionele doelen;
  - een reële kans geven op het bereiken van het maximaal haalbare potentieel voor de verzekerde;
  - de functionele doelen moeten binnen een overzichtelijke periode haalbaar zijn.
- We hebben vooraf toestemming gegeven.

2.5 Ziekenvervoer

Ziekenvervoer is vervoer per ambulanceauto van en naar een ziekenhuis. Het vervoer is medisch noodzakelijk.

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar de verzekerde behandeld kan worden.

Wat zijn de voorwaarden?

- We vergoeden alleen de kosten van het vervoer als er sprake is van een medische behandeling die (geheel of gedeeltelijk) door De Goudse wordt vergoed.
- Heeft een bepaalde verzekerde voor een bepaalde medische aandoening vaker dan één keer per verzekeringsjaar ziekenvervoer nodig? Dan is er voorafgaand toestemming nodig.

2.6 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?

Wij vergoeden geen behandelingen die te maken hebben met een kaakorthopedische behandeling door een kaakchirurg.

2.7 Tandheelkundige hulp na een ongeval

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor de tandheelkundige hulp na een ongeval tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat is de voorwaarde?

De tandheelkundige hulp moet verband houden met het ongeval.

Wat vergoeden we niet?

Overige tandheelkundige behandelingen vergoeden wij niet. Hiervoor kun je de verzekering Tandheelkundige Kosten afsluiten.

2.8 Geneesmiddelen en dieetpreparaten

2.8.1 Geneesmiddelen

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een arts, tandarts of verloskundige schrijft het geneesmiddel voor.
- Een apotheek levert het geneesmiddel.
- Het geneesmiddel wordt in het land van je behandeling als geneesmiddel toegepast en verhandeld.
- Het geneesmiddel is in Nederland geregistreerd en opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Voor geneesmiddelen die niet voorkomen in het GVS, maar wel zijn goedgekeurd in het land van verblijf of in Nederland geldt een maximale vergoedingsduur van 12 maanden. Deze periode is eenmalig gedurende de gehele periode dat je bij ons verzekerd bent en kan niet verlengd worden.

Wat vergoeden we niet?

- versterkende middelen en voedingsmiddelen (wij vergoeden wel dieetpreparaten, zoals verderop in dit artikel bedoeld);
- 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, zoals neusdruppels.

2.8.2 Dieetpreparaten

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden 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 één van deze stoornissen of allergieën in ernstige mate:
  - resorptiestoornis;
  - voedselallergie;
  - passagestoornis;
  - stofwisselingsstoornis;
  - slikstoornis;

2.9 Orgaantransplantatie als de verzekerde de ontvanger is

2.9.1 Kosten van de ontvanger

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.

2.9.2 Kosten van de donor

Wat vergoeden we?

- de kosten van verpleging en behandeling van de donor bij opname in het ziekenhuis;
- de kosten van maximaal drie maanden nazorg;
- de kosten van weefseltyperingen die nodig zijn voor de transplantatie;

Wij vergoeden maximaal de kosten volgens Nederlandse tarieven.

Wat zijn de voorwaarden?

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

2.10 Cosmetische behandeling

Wat vergoeden we?

- behandeling na verminking door een ongeval;
- behandeling na verminking door ziekte;
- behandeling van een ernstige afwijking die vanaf de geboorte aanwezig is; deze dekking geldt alleen voor kinderen die geboren zijn nadat de verzekering is ingegaan.

Wat zijn de voorwaarden?

- Wij hebben toestemming gegeven voor de kosten nadat de verzekerde een begroting aan ons heeft voorgelegd.
- 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.

2.11 Second opinion

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de 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.

2.12 Thuisverpleging

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden de kosten voor parttime of periodieke thuisverpleging.

Wat zijn de voorwaarden?
- De verzekerde vraagt ons vooraf om toestemming voor de thuisverpleging. Daarbij kunnen we extra voorwaarden geven.
- 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.

Wat is niet verzekerd?
- Niet-medische zorg, zoals het verstrekken van maaltijden, huishouding of andere niet-medische hulp.
- Hulp door familie of iemand die inwoont bij de verzekerde.

2.13 Logopedie

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden behandeling door een logopedist tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat is de voorwaarde?
De huisarts of specialist schrijft de behandeling voor.

Wat vergoeden we niet?
Behandeling van taalstoornissen door dialect of anderstaligheid.

Artikel 3

Op welke vergoedingen heeft de verzekerde nog meer recht met de Optimaal- en Excellentdekking?

In dit artikel lees je welke extra vergoedingen er zijn binnen de Optimaaldekking en de Excellentdekking ten opzichte van de Standaarddekking.

3.1 Preventieve jeugdzorg

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden vaccinaties en de kosten voor algemene controles tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?
- De vaccinaties worden gegeven volgens het Nederlandse vaccinatieschema en/of volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering 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.

3.2 Reisvaccinaties

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden de kosten van vaccinaties voor een buitenlandse reis vanuit het land van tijdelijk verblijf tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?
- De verzekerde krijgt de vaccinaties tijdens de looptijd van de verzekering. Of hij krijgt ze voor de ingangsdatum van de verzekering, de periode tussen de datum van vaccinatie en de ingangsdatum is niet langer dan een maand.
- Het gaat om vaccinaties volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering voor het land waarheen de verzekerde reist.
- Elke vaccinatiesoort wordt maximaal één keer per verzekerde per verzekeringsjaar vergoed.

3.3 Zwangerschap en bevalling

3.3.1 Bevalling

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden alle kosten van de bevalling. Bijvoorbeeld de kosten voor het gebruik van een polikliniek of ziekenhuis, het arbeidsloon van de verloskundige en/of de 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.

Wordt de bevalling geleid door een bevallingscoach? En zijn er geen kosten voor een verloskundige of arts? Dan vergoeden we de kosten van de bevallingscoach volledig. Werkt de bevallingscoach aanvullend op een arts of verloskundige? Dan worden de kosten alleen vergoed met de Excellentdekking volgens de voorwaarden van artikel 4.1.4.

Let op!

Vergeet niet het kind toe te voegen op de ziektekostenverzekering.

We vergoeden de gebruikelijke kosten gemaakt voor het kind de eerste 48 uur na de bevalling op de dekking van de moeder. Maar heeft het kind na de bevalling (intensieve) medische zorg nodig, bijvoorbeeld een opname op de afdeling neonatologie? Dan vergoeden we de kosten alleen als het kind bij ons is verzekerd. Het is dus belangrijk om dit zo snel mogelijk te regelen.

Ook als er geen bijzonderheden zijn is het belangrijk om het kind zo snel mogelijk toe te voegen op de ziektekostenverzekering. Doe dit in elk geval binnen een maand na de geboorte. We accepteren het kind dan zonder gezondheidsvragen. Wacht je hier langer mee? Dan kunnen we vragen om een gezondheidsverklaring in te vullen voor je kind. We mogen de aanvraag dan ook afwijzen of met beperkende voorwaarden accepteren.

Wat vergoeden we niet?

We vergoeden de kosten voor deluxe, executive of andere luxe kamers en suites niet.

Wanneer neemt de verzekerde contact op met de alarmcentrale?

- Als de verzekerde zwanger is neemt ze uiterlijk 10 weken voor de uitgerekende bevallingsdatum contact op met de alarmcentrale.
- Is de verzekerde al zwanger voor de ingangsdatum van de verzekering? Dan neemt de verzekerde voor de ingangsdatum contact op met de alarmcentrale. Lees hierna wat dit betekent voor het vergoeden van de kosten.

Afwijkende voorwaarden tijdens de eerste negen maanden na de ingangsdatum of na het wijzigen van de dekking

Er is altijd volledige dekking voor onverwachte complicaties tijdens de zwangerschap waarvoor de verzekerde moet worden opgenomen.

Zwangerschap niet bekend op de ingangsdatum

Weet de verzekerde op de ingangsdatum van de verzekering niet dat ze zwanger is? Dan is er volledige dekking voor de zwangerschap en bevalling. We ontvangen dan graag de uitslag van de eerste echo.

Zwangerschap wel bekend op de ingangsdatum

Weet de verzekerde op de ingangsdatum wel dat ze zwanger is? Dan geldt het volgende:

- Er is alleen dekking als:
  - de uitgerekende datum minimaal 20 weken na de ingangsdatum ligt; en
  - de zwangere vrouw jonger is dan 38 jaar op de ingangsdatum van de verzekering; en
  - de zwangere vrouw direct voorafgaand aan de ingangsdatum minimaal een jaar woonachtig was in Nederland en ingeschreven stond in de Basisregistratie Personen; en
  - de partner en eventuele kinderen dezelfde ziektekostenvariant hebben verzekerd als de zwangere vrouw.
- De dekking is gedurende de eerste negen maanden van de verzekering gemaximeerd tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht. De maximering geldt niet voor onverwachte extra kosten die gemaakt worden bij een medisch noodzakelijke keizersnede.

Deze voorwaarden zijn ook van toepassing als je de dekking wijzigt van de Standaarddekking naar de Optimaal- of Excellentdekking.

In de Verenigde Staten moet je vooraf toestemming krijgen voor het ziekenhuis waar je wilt bevallen

Voor een bevalling in de Verenigde Staten geldt het volgende. Je vraagt uiterlijk tien weken voor de uitgerekende bevallingsdatum aan GMMI toestemming om te bevallen in het ziekenhuis van je keuze. Krijg je geen toestemming dan biedt GMMI je een alternatief. Als er geen toestemming is gegeven en je maakt geen gebruik van het door GMMI aangeboden alternatief dan vergoeden wij maximaal 50% van de kosten.

3.3.2 Verloskundige en controles (tijdens zwangerschap)

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor hulp van de verloskundige en voor de volgende controle-echo's:

- vroege echo (6 tot 7 weken);
- termijnecho (10 tot 12 weken);
- structureel echoscopisch onderzoek (20-weken echo);
- groei-echo (circa 30 weken).

Als er op medische indicatie extra controle-echo's nodig zijn of er in het land van verblijf standaard extra controle-echo's worden gedaan, dan worden die, als je de verwijzing bij ons indient, ook vergoed.

3.3.3 Prenatale screening

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden onderstaande onderzoeken tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht. Is het onderzoek nodig omdat er een medische indicatie is? Dan vergoeden we de kostprijs.

- combinatietest;
- vruchtwaterpunctie;
- vlokkentest;
- NIPT.

Wat zijn de voorwaarden?

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

3.3.4 Abortus op medische indicatie of naar aanleiding van vastgestelde afwijkingen

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor medische zorg en diensten.

Wat zijn de voorwaarden?

- Er is een medische indicatie of er zijn ernstige afwijkingen geconstateerd bij de foetus.
- Een specialist voert de abortus uit.
- De abortus vindt plaats in een ziekenhuis

3.3.5 Kraamzorg

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor kraamzorg tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht. 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.

Wat is de voorwaarde?

De kraamzorg begint aansluitend op de bevalling.

3.4 Medische hulpmiddelen

3.4.1 Overige medische hulpmiddelen

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten van aanschaf, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen overeenkomstig het Reglement Hulpmiddelen. We gebruiken het meest actuele Reglement Hulpmiddelen van het Zilveren Kruis tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde vraagt ons vooraf om een machtiging.
- 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 gebruikstermijn. Wij vergoeden vervanging alleen als deze gebruikstermijn is verstreken. We gaan uit van de gebruikstermijn die Nederlandse zorgverzekeraars aanhouden.

Wat vergoeden we niet?

Reparatie of vervanging van een hulpmiddel dat is beschadigd door onjuist gebruik.

3.4.2 Hoe vraagt de verzekerde een hulpmiddel aan?

De verzekerde vraagt van tevoren schriftelijk bij ons toestemming om een hulpmiddel te huren of aan te schaffen. Hij motiveert dan 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.

3.4.3 Hoe bepalen wij of de verzekerde een hulpmiddel 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?

3.4.4 Steunzolen

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten van steunzolen tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

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

3.5 Borstcorrectie

Wat vergoeden we?

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

Wat is de voorwaarde?

Wij hebben vooraf toestemming gegeven.

3.6 Niet-klinische revalidatie

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor niet-klinische revalidatie tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

De huisarts of specialist schrijft de behandeling voor.

3.7 Fysiotherapie

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- De fysiotherapeut staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.
- De huisarts of specialist schrijft de behandeling voor.

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.

3.8 Nierdialyse

3.8.1 Nierdialyse in het ziekenhuis

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis of polikliniek.

3.8.2 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.

3.9 Paramedische behandelingen

3.9.1 Stottertherapie

Wat vergoeden we?
– de kosten voor de behandeling door een logopedist;
– de kosten van verblijf in een instelling voor stottertherapie.

Voor beide geldt: tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat is de voorwaarde?
Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

3.9.2 Dieetadvisering

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden de kosten van dieetadvisering door een diëtist. Dieetadvisering is de voorlichting en het advies over voeding en eetgewoonten met een medisch doel.

Wat zijn de voorwaarden?
– De autoriteiten hebben de diëtist erkend.

– Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

3.9.3 Behandeling van spataderen

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor de behandeling van spataderen door een arts-fleboloog tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat is de voorwaarde?

De autoriteiten hebben de arts-fleboloog erkend.

3.9.4 Ergotherapie

Wat vergoeden we?

– de kosten voor behandelingen door een ergotherapeut;
– de kosten voor advies, training en instructie, zodat men zichzelf de behandeling kan geven.

Voor beide geldt: tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

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.

3.9.5 Camouflagetherapie

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

– Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.
– De therapie wordt toegepast voor het hoofd- en/of halsgebied.

3.9.6 Podotherapie

Wat vergoeden we?

– de kosten voor podotherapie door een podotherapeut;
– het aanmeten, maken en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen.

Voor beide geldt: tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat is de voorwaarde?

De autoriteiten hebben de podotherapeut erkend.

Wat vergoeden we niet?

– de kosten van schoenen;
– de kosten van schoenaanpassingen.

3.9.7 Psoriasis dagbehandeling

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden de behandeling van psoriasis in een psoriasis dagcentrum tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat is de voorwaarde?
Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

3.10 Psychologische zorg of psychiatrische zorg

3.10.1 Zonder opname in een inrichting

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden 50% van de kosten voor psychologische of psychiatrische zorg tot maximaal € 2.000.

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.

3.10.2 Psychiatrische zorg in een psychiatrische inrichting

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden de kosten van de opname in een psychiatrische inrichting tot maximaal 180 dagen.

Wat vergoeden we niet?
Een opname in een verslavingskliniek.

3.11 Tandheelkundige hulp voor verzekerden tot 21 jaar

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden de kosten voor een tandheelkundige behandeling tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?
- De verzekerden zijn jonger dan 21 jaar op het moment van de behandeling.
- De behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts of een dienst voor jeugdtandverzorging.

3.12 Ronald McDonaldhuis

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden 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.

3.13 Verblijfskosten

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de noodzakelijke verblijfskosten op basis van logies voor jou en eventueel je partner.
De vergoeding is maximaal € 125 per dag, en maximaal € 2.500 per ziektegeval.

Wat zijn de voorwaarden?

- Je moet buiten je woonplaats een medisch behandeling ondergaan.
- We vergoeden verblijfskosten tot de eerste gelegenheid die je hebt om te vertrekken.

Artikel 4

Op welke vergoedingen heeft de verzekerde nog meer recht met de Excellentdekking?

In dit artikel lees je welke extra vergoedingen er zijn binnen de Excellentdekking. Deze vergoedingen komen naast of boven de vergoedingen van de Standaarddekking en de Optimaaldekking.

4.1 Zwangerschap en bevalling uitgebreid

4.1.1 Keizersnede zonder medische indicatie

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor medische zorg en diensten. De limiet voor een bevalling geldt hiervoor ook.

4.1.2 Reiskosten bij vrijwillige bevalling in Nederland

De verzekerde kan ervoor kiezen om in Nederland te bevallen.

Wat vergoeden we?

- 50% van de reiskosten (heen en terug) van de verzekerde vrouw;
- 50% van de reiskosten van meeverzekerde kinderen tot 4 jaar;

We vergoeden de kosten op basis van de laagste klasse van het vervoermiddel.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde reist met openbaar vervoer.
- De verzekerde maakt de reis naar Nederland vóór de zevende maand van de zwangerschap.

We hebben vooraf toestemming gegeven.

4.1.3 Vruchtbaarheidsbehandeling

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten van de vruchtbaarheidsbehandeling, inclusief de kosten voor onderzoeken en de bijbehorende medicatie. We vergoeden maximaal 3 behandelingen tot € 3.000 per behandeling. We vergoeden dit eenmalig gedurende het leven van een verzekerde.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het is een primaire zwangerschap. Dat betekent dat verzekerde nog geen kinderen heeft gekregen.
- 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 is 39 jaar of jonger.
– Er geldt een wachtperiode van 18 maanden voor vruchtbaarheidsbehandelingen.

Wat vergoeden we niet?

De kosten van eiceldonatie en zaaddonatie.

4.1.4 Bevallingscoach

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor een bevallingscoach tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

– De bevallingscoach is aanwezig bij de bevalling en levert de diensten aanvullend op die van een arts of verloskundige.
– De bevallingscoach is opgeleid voor het begeleiden van een bevalling.

Wat vergoeden we niet?

Hulp door een familielid.

4.1.5 Sterilisatie

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de 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.

4.1.6 Abortus ongewenste zwangerschap

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor medische zorg en diensten.

Wat zijn de voorwaarden?

– Een specialist voert de abortus uit.
– De abortus vindt plaats in een ziekenhuis.

4.2 Geneeskundig onderzoek

4.2.1 Preventieve geneeskunde

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of specialist voor de volgende onderzoeken vanaf de genoemde leeftijden:

- onderzoek van hart en bloedvaten door een ECG, bloeddrukmeting en een cholesterolmeting. Eenmaal per twee jaar vanaf de leeftijd van 30 jaar;
- baarmoederhalskankeronderzoek door een uitstrijkje. Eenmaal per twee jaar vanaf de leeftijd van 30 jaar;
- prostaatkankeronderzoek door een psa-meting. Eenmaal per jaar vanaf de leeftijd van 50 jaar. Eenmaal per jaar vanaf de leeftijd van 40 jaar als in de familie prostaatkanker op relatief jonge leeftijd voorkomt;
- borstkankeronderzoek door een mammogram. Tweemaal in de leeftijdsperiode van 30 tot 39 jaar. Vanaf de leeftijd van 40 jaar elke twee jaar;
- darmkankeronderzoek door de Fecaal Occult Bloed Test (FOBT) of door FIT (Fecal Immunochemical Test). Eenmaal per twee jaar vanaf de leeftijd van 50 jaar;
- onderzoek naar seksueel overdraagbare ziekten als er een verhoogd risico is;
- diabetesonderzoek (type 2). Eenmaal per twee jaar vanaf de leeftijd van 30 jaar;
- total bodyscan. Vanaf 50 jaar vergoeden we eenmaal per vijf jaar 70% met een maximum van € 1.000;
- Oog- en gehoortest. Eenmaal per twee jaar tot de leeftijd van 18 jaar.

Aan sommige onderzoeken kunnen ook nadelen zitten, laat je vooraf altijd goed informeren.

Wat zijn de voorwaarden?

- Er geldt een wachtperiode van 12 maanden voor preventieve geneeskunde.
- We hebben vooraf toestemming gegeven.
- Een specialist of huisarts voert het onderzoek of de behandeling uit.

Wat vergoeden we niet?

- andere preventieve onderzoeken;
- kosten van celtherapie;
- het afgeven van attesten (schriftelijke verklaringen).

4.2.2 Erfelijkheidsonderzoek

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de 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?

Het onderzoek is noodzakelijk volgens een huisarts of specialist.

4.3 Borstamputatie

Wat vergoeden we?
- de kosten van de specialistische behandeling;
- de verpleegkosten;
- de bijkomende kosten.

Wat zijn de voorwaarden?
- Er is een groot erfelijk risico op borstkanker.
- Wij hebben vooraf toestemming gegeven.

4.4 Voorbehoedsmiddelen

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden de kosten voor de volgende voorbehoedsmiddelen:
- de (prik)pil;
- het spiraaltje;
- de nuvaring;
- het hormoonstaafje;
- het pessarium.

Wat zijn de voorwaarden?
- Een arts of verloskundige schrijft het voorbehoedsmiddel voor.
- Een apotheek levert het voorbehoedsmiddel.

4.5 Behandeling door een alternatief genezer of therapeut

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden de kosten van behandeling of consult door een alternatief genezer of therapeut tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

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.

4.6 Homeopathische geneesmiddelen

Wat vergoeden we?
Wij vergoeden de kosten van homeopathische geneesmiddelen tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?
- Een alternatief genezer of therapeut schrijft het homeopathisch geneesmiddel voor.
- Een apotheek of arts levert de geneesmiddelen.

4.7 Ogen en gehoor

4.7.1 Brillenglazen en contactlenzen

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden brillenglazen of contactlenzen tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- De brillenglazen of contactlenzen hebben de minimale sterkte van plus of min 1.5.
- 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?

- zonnebrillen;
- sportbrillen;
- andere brillen die niet bedoeld zijn voor dagelijks gebruik;
- Oogcorrigerende behandelingen, zoals laseren.

4.7.2 Ooglidcorrectie

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor een bovenooglidcorrectie:
- Als je pupil ten minste voor een derde wordt bedekt door de onderrand van je bovenooglid óf door de overhangende huidplooi als je recht vooruit kijkt.
- Als er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi.
- Bij aantoonbaar onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid.

Wat zijn de voorwaarden?

- Je hebt hiervoor een verwijzing nodig van je huisarts of medisch specialist.
- Wij hebben vooraf toestemming gegeven.

Wat vergoeden we niet?

Oogcorrigerende behandelingen, zoals laseren.

4.7.3 Hoortoestellen

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor de aanschaf van een hoortoestel tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde doet eerst een gehoortest.
- Het audiologisch centrum levert bij ons de uitslag van een gehoortest aan.

– Wij moeten toestemming hebben gegeven nadat wij de uitslag van de gehoortest hebben beoordeeld.

Wat vergoeden we niet?

Audiologische hulp.

4.8 Kaakorthopedische behandeling bij een lip-, kaak-, verhemeltespleet

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor een kaakorthopedische behandeling voor het behandelen van een:

– lipspleet; en/of
– kaakspleet; en/of
– verhemeltespleet.

Wat zijn de voorwaarden?

– De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist.
– De huisarts of tandarts schrijft de behandeling voor.

4.9 Orthodontie voor verzekerden tot 21 jaar

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor een kaakorthopedische behandeling tot de maximale vergoeding op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

– De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.
– De declaratie is volgens het specialistentarief dat in het land van verblijf is gedeponeerd of volgens het in het land van verblijf goedgekeurde tarief.

4.10 Overvliegen van bloed

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten voor het overvliegen van bloed.

Wat is de voorwaarde?

Het overvliegen van bloed is noodzakelijk voor een noodzakelijke bloedtransfusie.

4.11 Psychologische of psychiatrische zorg

4.11.1 Zonder opname in een inrichting

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden 75% van de kosten voor psychologische of psychiatrische zorg, tot maximaal € 2.500.

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.

4.11.2 Met opname in een inrichting

Wat vergoeden we?

De kosten van de opname in een psychiatrische inrichting, voor maximaal 180 dagen.

Wat vergoeden we niet?

Een opname in een verslavingskliniek.

4.12 Stoppen-met-roken programma

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de kosten van een programma om te stoppen met roken.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het programma is opgesteld door een huisarts.
- We hebben vooraf toestemming gegeven.
- We vergoeden de kosten eenmalig voor een verzekerde.

Artikel 5

Hoe werkt het als je ziektekosten hebt gemaakt?

Als de verzekerde kosten heeft, wil hij natuurlijk dat die zo snel mogelijk worden vergoed.

5.1 Wat moet een verzekerde doen bij ziektekosten?

Het is belangrijk dat de verzekerde zich aan de volgende voorwaarden houdt. De verzekerde:

- meldt de ziekte of het ongeval zo snel mogelijk aan ons.
- geeft ons alle informatie die belangrijk is voor de behandeling. Jij of een verzekerde hoort van ons welke informatie wij willen ontvangen.
- geeft volledige medewerking. Jij of een verzekerde hoort van ons welke medewerking wij nodig hebben.

Het hangt af van de situatie hoe jij of een verzekerde contact met ons opneemt. In sommige gevallen is het verplicht om onmiddellijk De Goudse Alarmcentrale te bellen (zie hieronder). In andere gevallen is het voldoende om een schadeaangifteformulier op te sturen.

5.1.1 Alarmcentrale inschakelen

Bij een (poli)klinische behandeling in een ziekenhuis ben jij of een verzekerde verplicht om vooraf contact op te nemen met onze alarmcentrale.

Alarmcentrale inschakelen

Mocht je onverhoopt wat overkomen tijdens je verblijf in het buitenland, dan kun je bellen met De Goudse Alarmcentrale. In een aantal gevallen ben je dat zelfs verplicht. De alarmcentrale kan je zorgen uit handen nemen en staat je bij met raad én daad. Het telefoonnummer van De Goudse Alarmcentrale is +31 182 544 557.

Alarmcentrale VS

Verblijf je in de VS? Bel dan naar onze alarmcentrale GMMI in de VS. Het telefoonnummer is +1 800 694 9832 . GMMI kan je ook helpen met het vinden van een geschikte arts of een geschikt ziekenhuis. Op www.gmmi.com staat met welke ziekenhuizen en artsen zij samenwerken.

Let op!

Als je voor een (poli)klinische behandeling in een ziekenhuis in de VS geen gebruik maakt van het netwerk van GMMI dan vergoeden wij maximaal 80% van de kosten. Dit geldt alleen als je in staat was om vooraf contact op te nemen met de alarmcentrale.

5.2 Welke informatie hebben wij nodig om een verzekerde te helpen?

Heeft de verzekerde medische kosten gemaakt? De verzekerde stuurt ons dan:

- een volledig ingevuld schadeaangifteformulier;
- originele nota's;
- een verklaring van een plaatselijke arts waaruit de ziekte of het ongeval blijkt;
- een verklaring van de zorgverzekeraar waaruit blijkt welke kosten niet of slechts voor een deel worden vergoed door de zorgverzekeraar.

Begrippenlijst

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.

Basisverzekering

Dit is een zorgverzekering voor de kosten van zorg uit het basispakket. De Nederlandse overheid bepaalt welke kosten in het basispakket zitten.

Bijkomende kosten

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

Dekkingsoverzicht

Een overzicht waarop is aangegeven welke kosten wij maximaal vergoeden. De volledige naam van het overzicht is Expat Pakket Individueel Premie- en dekkingsoverzicht. Dit overzicht hoort bij de polisvoorwaarden en is ook terug te vinden op goudse.nl.

Europa

Europa, inclusief IJsland, Madeira, de Canarische eilanden, de Azoren. Inclusief Kazachstan en Rusland tot aan de Oeral en de Kaukasus. Inclusief Azerbeidzjan en Armenië en de niet-Europese landen die grenzen aan de Middellandse Zee en de Zwarte Zee.

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.

Je/jij/jou/jouw
Degene die de verzekeringsovereenkomst is aangegaan. Je staat op het polisblad als verzekeringnemer. Je hebt de verzekering afgesloten voor jezelf en/of andere personen. Dit zijn de verzekerden.

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.

Ons/onze
Zie Wij/ons/onze.

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 de verpleging, het onderzoek en de behandeling op medische gronden alleen in een ziekenhuis kan krijgen. Daarbij is regelmatige behandeling door een medisch specialist noodzakelijk.

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.

Schadedatum
Dit is de datum waarop de kosten zijn gemaakt. Dat is bijvoorbeeld de datum waarop een behandeling is uitgevoerd, een consult is gegeven, een onderzoek is gedaan of geneesmiddelen zijn aangeschaft.

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

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.

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

Standaard meerpersoonskamer
Een kamer die is ingericht voor de verpleging van meer dan twee personen.

Standaard tweepersoonskamer
De goedkoopste kamer die aanwezig is voor de verpleging van twee personen.

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

Verloskundige
Een verloskundige die op de plaats van de behandeling bevoegd is als verloskundige werkzaam te zijn, overeenkomstig de normen die daar gelden.

Verpleegkosten
Kosten voor verpleging. De kosten voldoen aan deze voorwaarden.
- Redelijke en gebruikelijke kosten die in rekening worden gebracht voor verpleging gerelateerd aan het verblijf in het ziekenhuis.
- De verpleegkosten komen overeen met de tarieven die een bevoegde overheidsinstantie heeft goedgekeurd.

Verzekerde(n)
Iedere persoon die als verzekerde op de polis vermeld staat. Dit ben jij en eventueel je gezinsleden of je werknemer en eventueel zijn gezinsleden.

Verzekeringsjaar
Periode van een jaar die start op de ingangsdatum van het Expat Pakket Individueel. Na elk jaar verlengen wij het pakket steeds met 12 maanden. Dit betekent ook steeds de start van een nieuw verzekeringsjaar.

Wij/ons/onze
Goudse Schadeverzekeringen N.V., ook afgekort als De Goudse.

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.