Verzekeringsvoorwaarden 2027

Menzis Wereldwijdpolis



Alles over uw zorgverzekering

menzis

Inhoudsopgave

Artikel 1 Begripsomschrijvingen 3
Artikel 2 Grondslag 5
Artikel 3 Samenloop 5
Artikel 4 Begin, duur en einde van de verzekering 6
Artikel 5 Premie 8
Artikel 6 Wijziging van voorwaarden en premie 8
Artikel 7 Verzekerde prestaties 9
Artikel 8 Uitsluitingen 9
Artikel 10 Indienen van nota's 11
Artikel 11 Eigen risico per kalenderjaar 12
Artikel 12 Verplichting tot medewerking 13
Artikel 13 Fraudebestrijding 13
Artikel 14 Klachten en geschillen 14
Artikel 15 Overige bepalingen 14
Vergoedingenlijst Menzis Wereldwijdpolis 16

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt bedoeld met:

Alarmcentrale	De organisatie die verzekeraar inschakelt om medische zorg zowel in het woon- als buitenland te organiseren.
Apotheker	Een in het woonland gevestigde apotheker die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Arts	Een in het woonland gevestigde arts die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Audiologische zorg	Audiologische zorg verricht door een in het woonland erkend audiologisch centrum.
Balneo phototherapie	Combinatie van zoutwaterbaden en uvb-lichttherapie ter behandeling van psoriasis.
Bekkentherapeut	Een in het woonland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Buitenland	Elk ander land dan het land waar verzekerde woonachtig is.
Dekking	De in de Vergoedingenlijst genoemde en verzekerde prestaties.
Eigen bijdrage	De bijdrage, die naast de vergoeding krachtens de verzekering, door verzekerde zelf verschuldigd is.
Farmaceutische zorg	Geneesmiddelen waarop verzekerde op grond van deze verzekering recht heeft.
Fysiotherapeut	Een in het woonland gevestigde en praktiserende fysiotherapeut die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Huidtherapeut	Een in het woonland gevestigde huidtherapeut die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Huisarts	Een in het woonland gevestigde arts die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Kraamzorg	De zorg verleend door een aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende, waarbij deze ten huize van verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.
Laboratoriumonderzoek	Onderzoek door een in het woonland gelegen laboratorium, dat conform bij wet van het woonland gestelde regels als zodanig is toegelaten.
Manueel therapeut	Een in het woonland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Medisch adviseur	De door verzekeraar aangewezen arts, die verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
Medisch Specialist	Een in het woonland gevestigde en praktiserend arts die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Medisch specialistische zorg	Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven. In het kader van de gebruikelijkheid van de behandeling geldt dat deze door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk moet zijn bevonden.
Medische noodzaak	De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is. In het kader van de gebruikelijkheid van de behandeling geldt dat deze

	door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk moet zijn bevonden.
Mondhygiënist	Een in het woonland gevestigde mondhygiënist die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Oedeemtherapeut	Een in het woonland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Oefentherapeut Cesar/Oefentherapeut Mensendieck	Een in het woonland gevestigde oefentherapeut die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Opname	Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist noodzakelijk moet zijn.
Orthodontist	Een in het woonland gevestigde tandarts-specialist die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Podotherapeut	Een in het woonland gevestigde podotherapeut die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Premievervaldag	De eerste dag van de periode waarop de premie betrekking heeft.
Privékliniek	Een in het woonland gelegen kliniek voor medisch-specialistische zorg die, voor zover vereist, als zodanig bij of krachtens de wet is toegelaten.
Psychiater	Een in het woonland gevestigde arts die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Reddingskosten	De kosten van - na ongeval of vermissing van verzekerde - door of namens bevoegde overheidsinstanties of particuliere instantie ondernomen activiteiten tot opsporing, redding en/of berging van verzekerde. Hieronder worden ook verstaan de kosten van o.a. helikoptervervoer, de zogenaamde ‘glijbanaan’ en andere bijzondere vervoermiddelen, welke worden ingezet indien vervoer per ambulance niet mogelijk is.
Revalidatie	Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie technische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een conform bij de wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
Spoedeisende medische zorg in het buitenland	Onvoorziene situatie waarin de gezondheidstoestand van verzekerde onmiddellijk geneeskundige verzorging noodzakelijk maakt en die niet kan worden uitgesteld tot na terugkomst in het woonland.
Tandarts	Een in het woonland gevestigde tandarts die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Tandprotheticus	Een in het woonland gevestigde tandprotheticus die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Toestemming	Voorafgaande schriftelijke toestemming (machtiging) van verzekeraar op grond waarvan verzekerde recht verkrijgt op verzekerde prestaties conform het bepaalde in deze verzekeringsvoorwaarden.
Vergoedingenlijst	De in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen

	Vergoedingenlijst. Op deze Vergoedingenlijst zijn de Algemene Verzekeringsvoorwaarden van toepassing.
Verloskundige	Een in het woonland gevestigde verloskundige die als zodanig bij de bevoegde instanties staat geregistreerd.
Verwijzing	Verwijzing door een zorgaanbieder voorafgaand aan het betrekken van zorg of overige diensten van een andere zorgaanbieder.
Verzekeraar	Menzis N.V.
Verzekerde	Ieder die als zodanig op de Zorgpolis is genoemd.
Verzekering	Een tussen verzekeraar en verzekeringnemer, eventueel (mede) ten behoeve van verzekerde(n), afgesloten overeenkomst van verzekering, welke als hoofdverzekering of - indien recht bestaat op een woonlandpakket - als aanvullende verzekering is afgesloten.
Verzekeringnemer	Degene die bij verzekeraar de verzekering heeft afgesloten.
Verzekeringsduur	De termijn waarbinnen de verzekering tussen verzekeraar en verzekerde ononderbroken van kracht is.
Verzekeringsvorm	De op de Zorgpolis vermelde vorm van verzekering die verzekeringnemer met verzekeraar is aangegaan die afhankelijk is van pakket, eigen risico en andere voorwaarden.
Woonland	Het land waar verzekerde woonachtig is.
Woonlandpakket	Omvat het recht op geneeskundige zorg volgens het wettelijke verzekeringsstelsel van het woonland.
Ziekenhuis	Een in het woonland gelegen instelling voor medisch specialistische zorg die, als ziekenhuis conform de bij wet van het woonland gestelde regels is toegelaten.
Zorgpolis	De akte (het polisblad) waarin de tussen verzekeringnemer en verzekeraar gesloten verzekering is vastgelegd.

Artikel 2 Grondslag

Deze verzekering vindt zijn grondslag in de in het Burgerlijk Wetboek opgenomen wettelijke bepalingen, in het bijzonder titel 17 Verzekering van boek 7. Het volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulier met de daarin door verzekeringnemer of verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke en elektronische gegevens, daarbij afzonderlijk door verzekeringnemer of verzekerde verstrekt, met de bij een eventuele keuring door verzekerde verstrekte gegevens gelden eveneens als grondslag van deze verzekering en worden geacht daarmee een geheel te vormen. De inhoud van de verzekeringsovereenkomst is weergegeven in deze verzekeringsvoorwaarden en de Zorgpolis. Deze worden geacht te voldoen aan de dwingendrechtelijk voorgeschreven bepalingen in het Burgerlijk Wetboek. In geval van strijdigheid prevaleren de dwingendrechtelijk voorgeschreven wettelijke bepalingen.

Artikel 3 Samenloop

1. Indien - zo de in deze overeenkomst bedoelde verzekering niet bestond - door verzekeringnemer of verzekerde aanspraak zou kunnen worden gemaakt op verstrekkingen,

vergoeding van kosten respectievelijk schaden op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, respectievelijk op grond van enige verdrag, enige wet, enige overeenkomst of enige andere voorziening, is de in deze overeenkomst bedoelde verzekering eerst in de laatste plaats geldig. In zo'n geval is verzekeraar alleen gehouden tot verstrekking en vergoeding van kosten waarop verzekeringnemer of verzekerde elders geen aanspraak zou kunnen doen gelden en in dat geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop verzekeringnemer of verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.

2. Indien verzekeringnemer of verzekerde naast deze verzekering aanspraken heeft op een reisverzekering en/of een schadeverzekering voor inzittenden en geneeskundige kosten maakt waarvoor die verzekering(en) in beginsel dekking bied(t)(en), biedt deze verzekering voor die geneeskundige kosten geen dekking. Deze dekkingsuitsluiting geldt niet voor de geneeskundige kosten die bij deze reisverzekering en/of schadeverzekering voor inzittenden niet zijn opgenomen in een lijst van te vergoeden geneeskundige kosten, en ook niet indien vanwege toepassing van een eigen risico of een vergoedingsmaximum geneeskundige kosten geheel of gedeeltelijk om die redenen niet onder de reisverzekering en/of schadeverzekering voor inzittenden voor vergoeding in aanmerking komen. Eerst in die situaties biedt deze verzekering dekking conform de geldende voorwaarden.
3. Niettegenstaande het bepaalde in de voorgaande leden zal verzekeraar aan verzekeringnemer of verzekerde, die niet binnen redelijke termijn van verzekeraar van een elders lopende verzekering de zekerheid verkrijgt dat de te maken of gemaakte kosten als bedoeld in het voorgaande lid zullen worden vergoed, die kosten bij wijze van een renteloze lening aan verzekeringnemer of verzekerde ter beschikking stellen onder de voorwaarde dat deze zijn rechten onder die andere verzekering aan verzekeraar van deze verzekering overdraagt.

Artikel 4 Begin, duur en einde van de verzekering

Ingangsdatum van de verzekering

1. De verzekering vangt aan op de dag dat verzekeraar van het risico kennis heeft genomen en de aanvraag heeft geaccepteerd, of zoveel later als door verzekeringnemer is gevraagd. Voor pasgeboren kinderen geldt dat zij met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum zijn verzekerd, mits zij binnen 30 dagen na hun geboorte schriftelijk ter verzekering zijn aangemeld.
2. Verzekeraar kan voor het aangaan en wijzigen van de verzekering bijzondere voorwaarden stellen of daaraan verbinden. Ook kan verzekeraar het aangaan en wijzigen van de verzekering weigeren.
3. De verzekering gaat in op de datum die op de Zorgpolis is vermeld.

Duur van de verzekering

4. De verzekering wordt aangegaan voor telkens de duur van één kalenderjaar. Indien de verzekering ingaat in de loop van een kalenderjaar wordt deze aangegaan voor de resterende duur van dat kalenderjaar en het daarop volgende kalenderjaar.
5. De verzekering wordt met ingang van 1 januari van elk kalenderjaar stilzwijgend verlengd met één kalenderjaar, tenzij er sprake is van een rechtsgeldige opzegging.

6. Verzekeringnemer kan de verzekering voor 1 november van ieder jaar met ingang 1 januari van het volgende kalenderjaar schriftelijk opzeggen. Bij opzegging dient verzekeringnemer schriftelijk aan te geven op welke verzekerde(n) de opzegging betrekking heeft.

Opzegging of ontbindingen door verzekeraar

De verzekeraar heeft het recht om de verzekering schriftelijk op te zeggen of te ontbinden in de situaties genoemd in de leden 7 tot en met 14. In de gevallen genoemd onder de leden 7, 10 en 11 wordt de verzekering met ingang van de dag waarop het bedoelde feit of de bedoelde omstandigheid heeft plaatsgevonden beëindigd, of op een andere door de verzekeraar te bepalen datum. In de gevallen genoemd onder de leden 8 en 9 wordt de verzekering beëindigd op een door verzekeraar te bepalen datum. In de gevallen genoemd onder de leden 13 en 14 wordt de verzekering beëindigd met ingang van 1 januari van het op de gebeurtenis volgende kalenderjaar.

7. Wanneer verzekeringnemer heeft gehandeld met de opzet verzekeraar te misleiden of wanneer die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben afgesloten.
8. Wanneer de premie, ook na aanmaning, niet is betaald.
9. Wanneer aan een terugvordering van een openstaande vordering, ook na aanmaning, niet is voldaan.
10. Wanneer een niet waarheidsgetrouw verzoek tot vergoeding is ingediend.
11. Wanneer verzekerde zich jegens verzekeraar ernstig misdraagt (bijvoorbeeld dwang of bedreiging).
12. Als de verzekering is beëindigd op grond van het niet betalen van de premie, kan verzekeraar op verzoek van verzekeringnemer besluiten verzekerde opnieuw te verzekeren, nadat de verschuldigde premie, vermeerderd met de kosten als genoemd in artikel 5 lid 8, door verzekeraar is ontvangen. De ingangsdatum van de verzekering is in dat geval 1 januari volgend op het kalenderjaar waarin verzekeraar het verzoek tot verzekering heeft ontvangen.
13. Heeft de verzekeringnemer de verzekering in 2009 of later afgesloten? Wanneer een verzekerde 65 jaar wordt, zegt verzekeraar diens verzekering schriftelijk op voor 1 november van het jaar waarin de verzekerde 65 jaar wordt, met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar.
14. Heeft de verzekeringnemer de verzekering via zijn werkgever afgesloten? Wanneer het dienstverband van verzekeringnemer eindigt zegt verzekeraar de verzekering op voor 1 november van het jaar waarin het dienstverband eindigt, met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar. Eindigt het dienstverband op of na 1 november, dan zegt verzekeraar de verzekering op voor 1 november van het volgende kalenderjaar, met ingang van 1 januari van het daarop volgende jaar.
15. Wanneer verzekeraar de verzekering uit de markt neemt en niet langer aanbiedt.

Beëindiging van rechtswege

16. De verzekering eindigt voor verzekerde met ingang van de dag volgend op de dag van zijn overlijden.

Artikel 5 Premie

1. Krachtens de verzekering is verzekeringnemer premie en eventuele bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen (hierna gezamenlijk te noemen: premie) verschuldigd.
2. De verschuldigde premie voor de verzekering is vermeld op de Zorgpolis. Indien er recht bestaat op een woonlandpakket, wordt de premie verminderd met een korting op basis van de waarde van het betreffende pakket. De korting wordt door verzekeraar vastgesteld.
3. Behalve bij opzegging of ontbinding wegens opzet verzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging of ontbinding de lopende premie naar billijkheid verminderd.
4. Verzekeringnemer is verplicht de premie voor de premievervaldag te betalen.
5. Verzekeringnemer kan geen premie verrekenen met van verzekeraar te ontvangen vergoedingen.
6. Wanneer verzekeringnemer na de premievervaldag vruchteloos is aangemaand tot betaling van de verschuldigde premie binnen een termijn van tenminste 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, wordt de dekking geschorst vanaf de premievervaldag. Er bestaat vanaf die dag geen recht meer op verzekerde prestaties, gemaakt in de periode van schorsing van de dekking. Verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde premie te voldoen.
7. De dag nadat het volledig verschuldigde bedrag en de kosten genoemd onder lid 8 door verzekeraar zijn ontvangen, zal de dekking onder eventueel nader te stellen voorwaarden weer van kracht worden, tenzij de verzekering door verzekeraar is dan wel wordt beëindigd wegens wanbetaling. Na het opnieuw van kracht worden van de dekking heeft verzekeringnemer en/of verzekerde geen recht op vergoeding van de verzekerde prestaties, gemaakt of waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken, zich geopenbaard heeft in de periode van schorsing van de dekking. Dit is ook het geval in de situatie dat er sprake is van reeds door verzekeraar verleende toestemming (machtiging) en/of schriftelijke toezeggingen.
8. Wanneer verzekeraar maatregelen treft voor incasso, komen de kosten hiervan voor rekening van de verzekeringnemer. Tevens maakt verzekeraar aanspraak op vergoeding van de wettelijke rente.
9. Verzekeraar kan besluiten om verzekeringnemer die per acceptgiro wenst te betalen, een toeslag in rekening te brengen ter dekking van de hogere administratiekosten die met deze wijze van betaling gemoeid zijn.
10. Premieverhoging of –verlaging als gevolg van wijzigingen in de gezinssamenstelling of leeftijd gaat als regel in op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarop de gewijzigde omstandigheden zich voor de eerste maal hebben voorgedaan. Verzekeringnemer en verzekerden worden geacht bekend te zijn met van toepassing zijnde leeftijdstoeslagen.

Artikel 6 Wijziging van voorwaarden en premie

1. Verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van de verzekering, de premie en/of kortingen op de grondslag van de premie en bloc danwel regionaal en bloc of groepsgewijs op een door verzekeraar vast te stellen datum te wijzigen.
2. Indien verzekeraar de voorwaarden van de verzekering ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde wijzigt, is verzekeringnemer gerechtigd de verzekering op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan verzekeringnemer is medegedeeld.
3. De bedoelde wijzigingen laten de rechten en verplichtingen die zijn ontstaan voor de datum van ingang van de wijzigingen onverlet en kunnen noch tot meer noch tot minder rechten en verplichtingen leiden dan die bestonden tot aan het moment van de wijzigingen.

Artikel 7 Verzekerde prestaties

Verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van de prestaties zoals genoemd in de Vergoedingenlijst.

Artikel 8 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van verzekerde prestaties kan worden gemaakt:

1. Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit, hetzij direct, hetzij indirect:
   - Een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de één de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
   - Burgeroorlog, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
   - Opstand, hier wordt onder verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
   - Binnenlandse onlusten, hier wordt onder verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
   - Oproer, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
   - Muiterij, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

   De 6 hierboven genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in ‘s-Gravenhage is gedeponeerd onder nummer 136/1981.

2. Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze is ontstaan;
   a. De uitsluiting onder 2 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële commerciële landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder ‘kerninstallatie’ wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen (Staatsblad 1979-225) alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip;
   b. Voor zover krachtens Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 2.a geen toepassing.
3. Voor schade veroorzaakt door terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen om het gevaar van terrorisme of kwaadwillige besmetting af te wenden, tenzij en voor zover deze kosten kunnen worden bestreden uit herverzekering bij de Nederlandse

Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Het Clausuleblad Terrorismedekking maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is te raadplegen via de website van verzekeraar of de NHT of wordt op verzoek toegezonden.

4. Voor onderzoek, behandeling, verpleging, geneesmiddelen of hulpmiddelen waarvoor geen medische noodzaak bestaat, alsmede de hieruit voortvloeiende kosten van vervolg- of herstelbehandelingen/ operaties, al dan niet medisch noodzakelijk.
5. Voor vorm verbeterende behandelingen/operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.
6. Voor onderzoek en/of behandeling door een hoogleraar specialist, tenzij door de specialist wordt doorverwezen naar een hoogleraar specialist.
7. Voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de Vergoedingenlijst anders is bepaald.
8. Voor een behandeling die verband houdt met ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten die reeds bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering terwijl verzekeringnemer of verzekerde op dat tijdstip hiervan kennis droeg, redelijkerwijs kennis had kunnen dragen of klachten ondervond. Het bovenstaande is niet van toepassing indien verzekeringnemer verzekeraar vóór de totstandkoming van de verzekering van de bewuste ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en verzekeraar bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld. Bij het op verzoek van verzekeringnemer of verzekerde uitbreiden van de dekking, is het vorenstaande eveneens van toepassing op deze uitbreiding respectievelijk verhoging.
9. Voor behandelingen gericht op sterilisatie dan wel het ongedaan maken daarvan.
10. Voor behandeling van plastisch-chirurgische aard, indien die strekt tot correctie van:
    a. Behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
    b. Abdominoplastiek en liposuctie van de buik;
    c. Het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
    d. Het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na de in onder lid c bedoelde behandeling;
    e. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek.
11. Voor verrichtingen (bijvoorbeeld anesthesie) en verstrekkingen (bijvoorbeeld geneesmiddelen) verband houdende met ingrepen die niet onder de dekking van de verzekering vallen.
12. Voor onderzoek en/of behandeling, die naar algemeen medische opvatting niet behoren tot de praktijkuitoefening van de betrokken huisarts of specialist.
13. De kosten van consulten, behandelingen en/of genees- en hulpmiddelen die door een zorgaanbieder aan zichzelf of aan één van zijn of haar gezinsleden die bij verzekeraar zijn verzekerd, heeft verleend respectievelijk voorgeschreven, tenzij uitdrukkelijk vooraf toestemming is verleend door verzekeraar.
14. Als verzekerde bij vertrek naar het buitenland voorziet dat zorgverlening nodig zal zijn en/of deze zorgverlening verband houdt met de vooropgezette bedoeling behandeling door een in het buitenland gevestigde zorgaanbieder te verkrijgen, tenzij daar door verzekeraar vooraf toestemming voor verleend is.
15. Voor schade welke het gevolg is van opzet of (on)bewuste roekeloosheid van verzekerde of het gevolg is van een misdrijf waaraan verzekerde heeft deelgenomen.
16. Indien aan de in artikel 928, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, tenzij recht op uitkering bestaat overeenkomstig sub a en b van dit lid.

a. De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt;
b. Indien aan sub a niet is voldaan, maar verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen;
c. In afwijking van sub a en b is geen uitkering verschuldigd indien verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten;
d. In afwijking van sub a en b is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928, tweede of derde lid van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, die heeft gehandeld met opzet verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.

17. Voor schade en/of kosten die het gevolg zijn van het niet nakomen van een gemaakte afspraak in het ziekenhuis of bij een zorgaanbieder.
18. Voor onderzoeken of behandelingen in het kader van algemene preventie, zoals verricht door consultatie- en adviesbureaus, bevolkingsonderzoeken en periodieke algemene onderzoeken ter beoordeling van de gezondheidstoestand, tenzij in de ‘Vergoedingenlijst’ anders is vermeld.
19. Voor behandelingen gericht op circumcisie.

Artikel 9 Indicatie voor de aanspraak op zorg

Onverminderd hetgeen is bepaald in de Vergoedingenlijst heeft verzekerde op een zorgvorm slechts recht voor zover hij, daarop naar inhoud, omvang en uit oogpunt van doelmatigheid, redelijkerwijs is aangewezen. De vraag of verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

Artikel 10 Indienen van nota’s

1. Een nota komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking onder deze voorwaarden:
   - De nota is door de zorgaanbieder verstrekt en in origineel ingediend (geen kopie of aanmaning);
   - De nota is zo duidelijk gespecificeerd, dat verzekeraar zonder meer kan beoordelen of de nota voor vergoeding in aanmerking komt;
   - De nota waarvan de herkomst niet duidelijk blijkt (‘computernota’) is door de zorgaanbieder gewaarmerkt;
   - De nota is binnen 12 kalendermaanden na afloop van het kalenderjaar waarin de zorg en/of overige diensten zijn verstrekt door verzekeraar ontvangen;
   - Ingediende nota’s worden niet aan de verzekeringnemer teruggestuurd;

- Een nota in een andere taal wordt vertaald door een beëdigd vertaler, indien de nota naar het oordeel van verzekeraar vertaling behoeft. De vertaalkosten komen voor rekening van verzekerde.

2. Indien en voor zover verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de verzekering gehouden is, wordt verzekerde geacht een volmacht tot incasso, op naam van verzekeraar, van het voor verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde, te hebben verleend.
3. Voor medische kosten bestaat geen recht op vergoeding, als de noodzaak of de verwachting om die kosten te maken zich geopenbaard heeft in de periode waarin het recht op vergoeding was vervallen.
4. Kosten van medische behandelingen waarvoor aanspraak op vergoeding bestaat, worden toegerekend aan het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden.
5. Als verzekerde niet binnen 30 dagen na de dag van betaling bezwaar maakt tegen de door verzekeraar vastgestelde vergoeding, neemt verzekeraar aan dat deze met de vergoeding onvoorwaardelijk akkoord gaat.
6. Verzekeraar is bevoegd vergoeding van verzekerde kosten te verrekenen met alle vorderingen die verzekeraar, uit welke hoofde dan ook, op verzekeringnemer en/of verzekerde heeft.
7. Als in de Vergoedingenlijst bij een verzekerde prestatie een maximumvergoeding gedurende de gehele verzekeringsduur is vermeld, worden alle tijdens de verzekeringsduur voor dat onderdeel vergoede kosten, in aanmerking genomen voor dit maximum, ongeacht de verzekeringsvorm(en) op grond waarvan deze vergoeding(en) werd(en) verleend.
8. Als in de Vergoedingenlijst bij een verzekerde prestatie een maximumvergoeding per periode is vermeld, worden alle voor dat onderdeel reeds vergoede kosten die betrekking hebben op deze periode, in aanmerking genomen voor dit maximum, ongeacht de verzekeringsvorm(en) op grond waarvan deze vergoeding(en) werd(en) verleend.
9. Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven. Verzekeraar vergoedt de kosten op de bank- of girorekening in Nederland van de verzekeringnemer.
10. Wanneer er sprake is van een langdurige en/of kostbare behandeling kan, na overleg met verzekeraar, de betaling ook rechtstreeks aan een zorgaanbieder geschieden.

Artikel 11 Eigen risico per kalenderjaar

1. Voor het bereiken van het bedrag van het eigen risico aan de voet tellen uitsluitend de kosten mee, die op grond van de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Die kosten tellen eveneens mee voor het bereiken van een, eventueel voor een onderdeel van de dekking geldende, maximum vergoeding.
2. Het eigen risico wordt voor het eerst vastgesteld op de ingangsdatum van de verzekering. Het eigen risico wordt per kalenderjaar vastgesteld overeenkomstig de op de polis verzekerde personen per 1 januari van dat kalenderjaar. Bij bijschrijving van één of meer (verzekerde) personen in de loop van een kalenderjaar wordt het eigen risico aan de voet pro rato vastgesteld. Bij tussentijdse uitschrijvingen van één of meer (verzekerde) personen en tussentijdse beëindiging van de verzekering zijn voor wat betreft het lopende verzekeringsjaar noch van invloed op de hoogte van het eigen risico, noch van invloed op het totaal ingehouden eigen risicobedrag terzake reeds gedane uitkeringen.
3. Bij aanvang van de verzekering in de loop van een kalenderjaar wordt een gekozen eigen risico aan de voet pro rata vastgesteld.
4. Van de verzekerde kosten is het bedrag van het eigen risico zoals in de polis vermeld per kalenderjaar voor rekening van verzekerde. Indien op enig moment het eigen risico niet c.q.

niet volledig door verzekeraar is verrekend en/of verrekening heeft kunnen plaatsvinden met vergoedingen en verstrekkingen die hebben plaatsgevonden, dan is verzekeraar te allen tijde bevoegd het nog niet verrekende eigen risico te verrekenen met toekomstige vergoedingen en verstrekkingen die betrekking hebben op het betreffende kalenderjaar aan verzekeringnemer in rekening te brengen.

5. Het eigen risico bedraagt per kalenderjaar tot 18 jaar € 50 per verzekerde en vanaf 18 jaar € 100 per verzekerde.

Artikel 12 Verplichting tot medewerking

Verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht:

1. aan verzekeraar, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.
2. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur.
3. medewerking te verlenen in het geval verzekeraar een onderzoek instelt naar mogelijke fraude door een zorgaanbieder.
4. verzekeraar behulpzaam te zijn bij een mogelijke verhaalszaak waarbij een derde aansprakelijk kan worden gesteld voor de door verzekeraar geleden schade. Indien sprake is van ziekte of letsel door een ongeval waarvoor een derde mogelijk aansprakelijk kan worden gesteld, dient verzekerde verzekeraar direct te informeren. Verzekerde verschaft verzekeraar desgevraagd de inlichtingen die verzekeraar redelijkerwijs behoeft voor de beoordeling van mogelijke aansprakelijkheid van een derde. In geen geval mag zonder schriftelijke machtiging van verzekeraar met die derde of diens gemachtigde, daaronder begrepen diens verzekeringsmaatschappij, enigerlei regeling worden getroffen, waardoor verzekeraar in zijn belangen kan worden geschaad.
5. iedere wijziging en verandering die van invloed kan zijn op de rechten en plichten uit hoofde van de verzekering zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan schriftelijk aan verzekeraar mee te delen. Zodanige wijzigingen zijn onder meer:
    a. Verhuizing;
    b. Geboorte;
    c. Overlijden;
    d. Wijziging van (post)banknummer;
    e. Het zich metterwoon buiten het woonland vestigen;
    f. Ontstaan van verzekeringsplicht op grond van de zorgverzekeringswet.

Artikel 13 Fraudebestrijding

1. Niet vergoed worden de kosten die worden gedeclareerd terwijl verzekerde verzekeraar probeert te misleiden door valse opgaven te doen of door voor verzekeraar feiten en omstandigheden te verzwijgen die voor de beoordeling van de kosten of het recht op vergoeding van belang zijn. Dit verval van recht op vergoeding geldt voor de gehele declaratie.

2. Indien er sprake is van fraude, misbruik of oneigenlijk gebruik vanuit de verzekering voortvloeiende rechten, zullen de gegevens van verzekerde en/of derden worden opgenomen in daartoe bestemde registers conform het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars. Deze registers hebben tot doel het bevorderen van de integriteit en de veiligheid van de verzekeringsbranche en het voorkomen van fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik. Daarnaast gaat verzekeraar in geval van bewezen fraude over tot het doen van aangifte.
3. Bij bewezen misleiding of fraude kan verzekeraar de onderzoekskosten verhalen op de verzekeringnemer.
4. Misbruik van de Zorgpas wordt aangemerkt als fraude.

Artikel 14 Klachten en geschillen

1. Indien verzekeringnemer of verzekerde het niet eens is met een door verzekeraar, in het kader van de uitvoering van de verzekering genomen beslissing kan hij verzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Klachten en Bezwaar van verzekeraar.
2. Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 30 dagen door verzekeraar wordt gereageerd, dan wel verzekeraar aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan verzekeringnemer of verzekerde een klacht ter bemiddeling voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.
3. Indien verzekeringnemer of verzekerde bejegeningsklachten heeft over de verzekering, dan kan hij zijn klacht eveneens voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.
4. Het adres van de Ombudsman Zorgverzekeringen is: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist.

Artikel 15 Overige bepalingen

1. De bij de aanvraag van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door verzekeraar verwerkt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de verzekering en om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichtingen. Tevens worden persoonsgegevens verwerkt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie, statistische analyses of om te informeren over relevante producten en diensten.
2. Verzekeringnemer en verzekerden worden geacht toestemming te hebben verleend aan verzekeraar om op al dan niet elektronische wijze persoonsgegevens (zoals naam, adres, polis, premie, vergoedingen) te verwerken met voor de uitvoering van de verzekering ingeschakelde derden (zoals zorgaanbieders, factoring-, incasso-, verhaal- en fraudeonderzoeksbureaus).
3. Verzekeraar zal materiële controle en fraudeonderzoek uitvoeren overeenkomstig hetgeen daarover voor de Basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zvw alsmede bij de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.
4. Kosten van verzekerde prestaties worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere

dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin zorg of dienst is aangevangen.

5. Mededelingen, verzonden aan het bij verzekeraar laatst bekende adres van verzekeringnemer worden geacht verzekeringnemer en verzekerde te hebben bereikt.
6. Er kan slechts een beroep worden gedaan op een telefonische of mondelinge toezegging indien verzekeraar deze schriftelijk heeft bevestigd.
7. Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing en is de Nederlandse rechter bevoegd.
8. In alle gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist verzekeraar.
9. Deze verzekeringsvoorwaarden treden in werking per 1 januari 2027.

Vergoedingenlijst Menzis Wereldwijdpolis

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, waarvan de Vergoedingenlijst Menzis Wereldwijdpolis een onderdeel vormt, heeft verzekerde - indien en voor zover op de polis is verzekerd - recht op de volgende verzekerde prestaties:

Eigen risico

Voor verzekerden met een Wereldwijdpolis gelden, per kalenderjaar, onderstaande eigen risico's:

- Tot 18 jaar € 50 per verzekerde;
- Vanaf 18 jaar € 100 per verzekerde.

Voorwaarden

Voor de vergoedingen uit de artikelen 3B, 6A, 6B, 6C, 12, 14, 16, 18 en 22, gelden de volgende voorwaarden.

1. Menzis heeft het recht u voor zorg te laten terugkeren naar Nederland:
    a. als u zorg nodig heeft waarvoor u moet worden opgenomen in een ziekenhuis;
    b. die zorg niet spoedeisend is;
    c. u medisch gezien in staat bent om te reizen;
    d. u gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, zorg van een vergelijkbare kwaliteit als die in het land waar u verblijft, in Nederland kunt krijgen; en
    e. de kosten van die zorg in Nederland substantieel lager zijn.
2. De beoordeling van de spoedeisendheid, of u in staat bent om te reizen en of u zorg van vergelijkbare kwaliteit in Nederland kunt krijgen ligt bij de Alarmcentrale, al dan niet in overleg met de medisch adviseur van Menzis.
3. Van substantieel als genoemd in het eerste lid van dit artikel is sprake:
   Als de kosten in Nederland van vergelijkbare zorg als de zorg die u nodig heeft, aanzienlijk lager zijn met inbegrip van uw reis- en verblijfskosten en die van een eventuele begeleider, dan de kosten van de zorg in het land waar u verblijft.

> **Voorbeeld:**
> U woont in Amerika en heeft een nieuwe heup nodig. De kosten in Amerika bedragen € 60.000. De kosten in Nederland bedragen inclusief bijkomende kosten € 25.000.

4. Uw heen- en terugreis en eventueel noodzakelijk verblijf anders dan in het ziekenhuis, worden door Menzis geregeld en betaald.
5. Indien begeleiding (medisch) wenselijk is, worden ook de reis en verblijfkosten van maximaal één begeleider door Menzis geregeld en betaald.
6. Als lid 1 van dit artikel van toepassing is en u kiest ervoor de zorg te ontvangen in het land waar u verblijft, vergoed Menzis voor die zorg maximaal het Nederlands tarief, of als er geen Nederlands tarief is, het bedrag dat in Nederland marktconform is.

1. Audiologische zorg

Vergoeding	100%
Voorwaarden	- Verwijzing door behandelend arts; - Verricht door een erkend centrum voor audiologische zorg.

2. Bevalling en kraamzorg

A. Bevalling

i. Bevalling in een ziekenhuis, met medische noodzaak

Vergoeding	100% van verpleeg- en bijkomende kosten.
Voorwaarden	Er is een medische noodzaak om in het ziekenhuis te bevallen.
Aanvullende vergoeding	100% van verpleeg- en bijkomende kosten van het pasgeboren kind voor de tijd dat de moeder met medische noodzaak moet verblijven in het ziekenhuis.
Voorwaarden	Het pasgeboren kind is verzekerd bij verzekeraar.
Aanvullende vergoeding	100% van verpleeg- en bijkomende kosten van de moeder voor de periode dat het pasgeboren kind met medische noodzaak moet verblijven in het ziekenhuis.
Voorwaarden	De moeder is verzekerd bij verzekeraar.

ii. Bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, kraaminrichting of polikliniek

Vergoeding	- De verpleeg- en bijkomende kosten van het ziekenhuis of de kraaminrichting tot een maximum van € 165 per dag; - Het honorarium van verloskundig zorgaanbieder; - Het gebruik van de polikliniek.

iii. Bevalling thuis

Vergoeding	Het honorarium van verloskundig zorgaanbieder tot maximaal € 850.

B. Kraamzorg uitkering

Vergoeding	Uitkering ineens van € 1.200. Bij verblijf in het ziekenhuis of kraaminrichting (poliklinisch of klinisch) wordt vergoeding verminderd met een bedrag van € 150 voor iedere dag van verblijf.
Voorwaarden	- Verzekerde dient na de bevalling een verzoek in tot uitbetaling bij verzekeraar; - Verzekerde dient een geboorteakte te overleggen.
NB	Op deze uitkering is geen eigen risico van toepassing.

3. Buitenland

A. Kostenvergoeding ingeval van spoedeisende medische zorg.

Vergoeding	De kosten van spoedeisende medische en farmaceutische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland uitsluitend voor zover verzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in het woonland zouden zijn gemaakt.
Voorwaarden	- Verblijf buiten het woonland niet langer dan 6 maanden aaneengesloten;

	- Farmaceutische zorg wordt alleen vergoed op basis van een recept van de behandelend arts; - Bij een ziekenhuisopname moet deze direct gemeld worden bij de Alarmcentrale van verzekeraar (tel +31 317 455 555).
Uitsluitingen	- Ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van verzekeraar zijn gemeld; - Reddingskosten.

B. Kostenvergoeding ingeval van niet-spoedeisende medische zorg

Vergoeding	De kosten van medische en farmaceutische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland uitsluitend voor zover verzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in het woonland zouden zijn gemaakt.
Voorwaarden	Na voorafgaande toestemming van verzekeraar of Alarmcentrale.

C. Hulpverlening in het buitenland

Service en ondersteuning	Hulpverlening door de Alarmcentrale van verzekeraar bij het organiseren van spoedeisende medische zorg, contacten met behandelend artsen, repatriëring, garantiestellingen en andere met de verzekering verband houdende ondersteunende diensten.
Voorwaarden	Hulpverlening uitsluitend door de Alarmcentrale van verzekeraar.

D. Vervoer vanuit buitenland

Vergoeding	100% van de kosten van ziekenvervoer met een spoedeisend karakter van de verblijfplaats in het buitenland naar een instelling in het woonland.
Voorwaarden	- De organisatie van het vervoer vindt plaats door de Alarmcentrale van verzekeraar; - Behandeling ter plaatse is niet mogelijk; - De Alarmcentrale van verzekeraar bepaalt of er sprake is van een medische noodzaak voor repatriëring; - De kosten van repatriëring van een meereizend gezinslid komen alleen voor vergoeding in aanmerking als de Alarmcentrale van verzekeraar het mee terugreizen noodzakelijk vindt.

E. Vervoer bij overlijden

Vergoeding	De vervoerskosten van het stoffelijk overschot van verzekerde van de plaats van overlijden naar de woonplaats tot een maximum van € 5.000.
Voorwaarden	De organisatie van het vervoer vindt plaats door de Alarmcentrale van verzekeraar.

4. Erfelijkheidsonderzoek

Vergoeding	100%
Voorwaarden	- Verwijzing door medisch specialist; - Verricht door een erkend centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

5. Farmaceutische zorg

A. Geneesmiddelen

Vergoeding	In het woonland erkende en geregistreerde geneesmiddelen.
Voorwaarden	- Voor de behandeling met het betreffende geneesmiddel is een medische indicatie; - Op voorschrift van een arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige; - Geleverd door een in het woonland gevestigde apotheek of apotheekhoudend arts.
Uitsluitingen	- Verzekeraar behoudt zich het recht voor om geneesmiddelen die niet aan voornoemde voorwaarden voldoen van vergoeding uit te sluiten; - Homeopathische geneesmiddelen en zelfzorg geneesmiddelen; - Anticonceptiva voor verzekerden vanaf 21 jaar (zie artikel 21).

B. Dieetpreparaten

Vergoeding	100% van de dieetpreparaten
Voorwaarden	- Er is sprake van een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen; bij dit laatste een dreigende groeiachterstand; - Voorafgaande toestemming van verzekeraar; - Op voorschrift van een arts; - Geleverd door een in het woonland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

C. Verbandmiddelen

Vergoeding	100% van de verbandmiddelen
Voorwaarden	- Er is sprake van een ernstige aandoening waarbij een langdurig gebruik van deze verbandmiddelen nodig is; - De verbandmiddelen zijn voorgeschreven door een arts.

6. Fertiliteitbehandelingen, IVF en ICSI behandeling

A. De kosten van medicatie bij de behandeling van de verminderde vruchtbaarheid van de verzekerde, waaronder hormoonpreparaten

Vergoeding	100%
Voorwaarden	- Voorafgaande toestemming van verzekeraar; - Er is een medische indicatie die is vastgesteld door de behandelend medisch specialist; - Betrokken vrouwelijke verzekerde is niet ouder dan 40 jaar; - Vergoeding van medicijnen vindt plaats gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden, eenmalig per bewezen zwangerschap; - Medicijnen (waaronder hormoonpreparaten) worden geleverd door een in het woonland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitsluitingen	- Medicatie voor vruchtbaarheidsbehandelingen die niet onder B en C vallen; - Behandeling van infertiliteit die is ontstaan na een kunstmatig verkregen steriliteit (een vrijwillig ondergane sterilisatie)

B. Ovulatie Inductie (OI) en Intra Uterine Inseminatie (IUI)

Vergoeding	De kosten van Intra Uterine Inseminatie (IUI) en Ovulatie Inductie (OI) inclusief de kosten van de bij deze behandelingen behorende medicijnen en hormoonpreparaten tot een maximum van 6 pogingen gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden.
Voorwaarden	- Betrokken vrouwelijke verzekerde is niet ouder dan 40 jaar; - Voorafgaande toestemming van verzekeraar; - Er is een medische indicatie die is vastgesteld door de behandelend medisch specialist; - Medicijnen (waaronder hormoonpreparaten) worden geleverd door een in het woonland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.
Uitsluitingen	Behandeling van infertiliteit die is ontstaan na een kunstmatig verkregen steriliteit (een vrijwillig ondergane sterilisatie).

C. In-vitrofertilisatiebehandeling (IVF) en intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI) behandeling

Vergoeding	- De kosten van drie IVF- of ICSI-behandelingen gedurende de gehele verzekeringsduur, met een eigen bijdrage van € 365 per behandeling; - De kosten van de bij deze drie behandelingen behorende medicijnen en hormoonpreparaten.
Voorwaarden	- Betrokken vrouwelijke verzekerde is niet ouder dan 40 jaar; - Voorafgaand aan een IVF/ICSI-behandeling dienen, indien op medische gronden mogelijk, I.U.I. of O.I. behandelingen te hebben plaatsgevonden; - Voorafgaande toestemming van verzekeraar; - De behandeling wordt verricht door een (vergunninghoudend) ziekenhuis; - Er is een medische indicatie; - Medicijnen (waaronder hormoonpreparaten) worden geleverd door een in het woonland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.
Uitsluitingen	- Als, na voorafgaande fertiliteitbehandelingen en drie IVF/ICSI behandelingen, geen zwangerschap tot stand is gekomen, worden eventuele vervolgbehandelingen en medicatie niet vergoed; - Behandeling van infertiliteit die is ontstaan na een kunstmatig verkregen steriliteit (een vrijwillig ondergane sterilisatie).

7. Huidtherapieën

A. Camouflagetherapie

Vergoeding	Maximaal € 120 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden	- Verricht door huidtherapeut; - Er is sprake van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of hals.

B. Camouflagemiddelen

Vergoeding	75% van de kosten tot maximaal € 120 per verzekerde per kalenderjaar.
Voorwaarden	- Geleverd door huidtherapeut; - Er is sprake van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of hals.

C. Psoriasisdagbehandeling door middel van Balneophototherapie

Vergoeding	Maximaal 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
Voorwaarden	- Verwijzing door huisarts of medisch specialist; - Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

D. UVB-lichttherapie

Vergoeding	De kosten voor het huren van belichtingsapparatuur, voor de duur van de kuur, te plaatsen bij verzekerde thuis.
Voorwaarden	- Verzekerde lijdt aan psoriasis, constitutioneel eczeem, PMLE, neurodermitis of vitiligo, uitsluitend wanneer dit in het gezicht of op de armen voorkomt; - Kuur is voorgeschreven door de huidarts/dermatoloog; - Voorafgaande toestemming van verzekeraar is vereist.

8. Huisartsenzorg

Vergoeding	100%
Voorwaarden	Er is sprake van gebruikelijke huisartsenzorg.
Uitsluitingen	Keuringen en attesten.

9. Hulpmiddelen

A. Hulpmiddelen

Vergoeding	De kosten van aanschaf, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden krachtens de Bepaling hulpmiddelen vergoed. De Bepaling hulpmiddelen maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, één en ander ter beoordeling van verzekeraar.
Voorwaarden	- Voor vergoeding is tijdige en voorafgaande toestemming van verzekeraar vereist, tenzij door verzekeraar anders is bepaald. Het verzoek om toestemming door verzekerde dient vergezeld te gaan van: • Een schriftelijk gemotiveerde toelichting van de behandelend arts, de behandelend medisch specialist, het audiologisch centrum (voor gehoorhulpmiddelen) of een ander door verzekeraar aangewezen deskundige waarin de indicatie wordt vermeld. Uit deze indicatie moet blijken dat het gebruik van het hulpmiddel medisch noodzakelijk is.

	• Een prijsopgaaf van de leverancier bij de eerste aanschaf, tenzij door verzekeraar anders wordt bepaald. - Aan de toestemming kunnen door verzekeraar nadere voorwaarden worden gesteld. - De op grond van de Bepaling hulpmiddelen verschuldigde eigen bijdrage is verzekerde verschuldigd aan de leverancier van het hulpmiddel, tenzij verzekeraar anders bepaald.
Uitsluitingen	De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Bepaling hulpmiddelen anders is vastgelegd, voor rekening van verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

B. Hoortoestellen

Vergoeding	Het verschil tussen de aanschafprijs van een hoortoestel en de vergoeding op grond van de Bepaling Hulpmiddelen tot een maximum van € 200 per hoortoestel.
Voorwaarden	Verzekerde dient een originele nota en (kopie van het) audiogram te overleggen.
Uitsluitingen	De kosten van de afstandsbediening, batterijen, onderhoudscontract en schoonmaaksetjes.

C. Plaswekker

Vergoeding	100% Verstrekking in eigendom, eenmalig gedurende de gehele verzekeringsduur
Voorwaarden	- Op aanvraag van huisarts, medisch specialist of specialistisch verpleegkundige; - Verzekerde is 7 jaar of ouder.

D. Pruiken

Vergoeding	Het verschil tussen de aanschafprijs van een pruik en de vergoeding op grond van de Bepaling Hulpmiddelen tot een maximum van € 300 per pruik.
Voorwaarden	Verzekerde dient een originele nota, alsmede een toelichting van de behandelend specialist te overleggen.

E. Softbraces/spalken

Vergoeding	De aanschafkosten tot een maximum van € 25 per verzekerde per kalenderjaar.
Voorwaarden	Op voorschrift van huisarts of medisch specialist.
Uitsluitingen	Geen vergoeding vindt plaats indien softbrace of spalk wordt voorgeschreven voor of na een operatieve ingreep.

10. Leukemie bij kinderen

Vergoeding	100%
Voorwaarden	Vergoeding heeft betrekking op centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) of in woonland werkzame en als zodanig erkende instelling.

11. Nierdialyse

A. Dialyse in ziekenhuis of erkend dialysecentrum

Vergoeding	100% van met dialyse verband houdende kosten

B. Dialyse thuis

Vergoeding	100% van met dialyse verband houdende medische kosten. Ook is een vergoeding mogelijk voor bepaalde niet medische kosten.
Voorwaarden	Voorafgaande toestemming van verzekeraar voor een vergoeding van niet-medische kosten.

12. Orgaantransplantaties

Vergoeding	- De kosten van huid-, hoornvlies-, beenmerg-, bot-, nier-, hart-, hartlong-, nierpancreastransplantaties, transplantatie van de lever, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger (orthotope transplantatie); - De kosten van verpleging en behandeling van de donor tot ten hoogste het tarief waarvoor de donor verzekerd is; - Donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste 3 maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor voor de transplantatie werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de betreffende transplantatie.
Voorwaarden	Voorafgaande toestemming van verzekeraar

13. Paramedische zorg

A. Fysiotherapie en oefentherapie
De kosten van medisch noodzakelijke behandelingen door een (verbijzonderde) fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck.

Vergoeding	- Voor vergoeding komen in aanmerking de gezamenlijke kosten van maximaal 12 medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie per verzekerde per kalenderjaar. U krijgt de kosten vergoed tot een maximumbedrag van € 20 per behandeling. - Indien er meer dan 12 behandelingen fysiotherapie / oefentherapie, ongeacht de medische indicatie, per kalenderjaar noodzakelijk zijn, is voorafgaande toestemming van verzekeraar vereist. Na toestemming is een verlenging mogelijk. Bij het verzoek om toestemming dient een behandelplan van de behandelend arts / fysiotherapeut te zijn gevoegd.
Voorwaarden	- Verwijzing door huisarts of medisch specialist; - Voor vergoeding komen de onderstaande therapieën in aanmerking: • Fysiotherapie verleend door een fysiotherapeut; • Kinderfysiotherapie verleend door een kinderfysiotherapeut; • Manuele therapie verleend door een manueel fysiotherapeut; • Bekkentherapie verleend door een bekkentherapeut; • Oefentherapie Mensendieck;

	• Oedeemtherapie of manuele lymfedrainage verleend door een oedeemtherapeut of huidtherapeut; • Oefentherapie Cesar.
Uitsluitingen	- Zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek; - Sportmassage; - Arbeids- en bezigheidstherapie; - Individuele of groepsbehandeling die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen; - Hydrotherapie; - Behandelingen gericht op preventie.

B. Logopedie

Vergoeding	De kosten van maximaal 9 behandelingen logopedie / foniatrie door een logopedist.
Voorwaarden	Op voorschrift van huisarts of medisch specialist.
Uitsluitingen	- Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan onderzoek naar en behandeling van dyslexie (tenzij sprake is van logopedische problemen van medische aard) en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van dialect en anderstaligheid; - Behandelingen van dyslexie.

C. Podotherapie

Vergoeding	De kosten van consulten en behandelingen door een podotherapeut in het kader van podotherapie, alsmede hulpmiddelen in het kader van podotherapie, in totaal tot een maximum van € 250 per verzekerde per kalenderjaar.
Voorwaarden	Op voorschrift van huisarts of medisch specialist.
Uitsluitingen	Behandelingen die verricht kunnen worden door een pedicure.

14. Poliklinische zorg

Vergoeding	100%
Voorwaarden	Poliklinische zorg moet direct - indien mogelijk vooraf - gemeld worden bij de Alarmcentrale van verzekeraar (tel +31 317 455 555).
Uitsluitingen	- Zorg die spoedeisend is en niet of niet direct bij de Alarmcentrale van verzekeraar is gemeld; - Zorg die niet spoedeisend is en niet vooraf bij de Alarmcentrale van verzekeraar is gemeld.

15. Preventie

A. Preventie bij reizen naar het buitenland (ander land dan het woonland)

Vergoeding	De kosten van medisch noodzakelijke vaccinaties tegen (tropische) infectieziekten, parasitaire aandoeningen en preventieve geneesmiddelen tegen malaria (malariaprofylaxe), in totaal tot een maximum van € 75 per verzekerde per kalenderjaar.
Uitsluitingen	Het honorarium van de arts die tot vaccinatie overgaat, wordt niet vergoed

B. Vaccinatie Hepatitis-B

Vergoeding	De kosten van vaccinatie tegen Hepatitis-B.
Voorwaarden	Vaccin wordt toegediend door een huisarts of medisch specialist.
Uitsluitingen	Vaccinatie tegen Hepatitis-B die nodig is voor beroep of opleiding.

16. Privékliniek

Vergoeding	Vergoed worden de kosten voor medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door de privékliniek.
Voorwaarden	- De kosten komen alleen voor vergoeding in aanmerking na voorafgaande toestemming van verzekeraar of de Alarmcentrale van verzekeraar; - De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te gaan van een behandelplan en een offerte.

17. Psychiater

Vergoeding	Behandeling door een psychiater tot een maximum van € 4.500 per verzekerde per kalenderjaar.
Voorwaarden	Voorafgaande toestemming van verzekeraar of Alarmcentrale van verzekeraar

18. Revalidatie

Vergoeding	100%
Voorwaarden	- Er is sprake van doeltreffende zorg ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of een beperking van het bewegingsapparaat; - Voorafgaande toestemming van verzekeraar aan de hand van een behandelplan; - De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te gaan van een behandelplan en een offerte.

19. Second opinion

Vergoeding	100%
Voorwaarden	Het betreft het eenmalig raadplegen van een andere medisch specialist - binnen het woonland - dan de behandelend medisch specialist wanneer deze laatste een ingrijpende medische behandeling voorstelt.

20. Tandheelkundige zorg

A. Reguliere tandheelkundige zorg

Vergoeding	75% van de kosten tot een maximum van € 350 per verzekerde per kalenderjaar
Voorwaarden	De behandelingen worden verricht door een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist.
Uitsluitingen	- Orthodontie - Abonnementen en soortgelijke voorzieningen

B. Voor verzekerden met een lichamelijke en/of geestelijke handicap

Vergoeding	100%
Voorwaarden	- Voorafgaande toestemming van verzekeraar. Hierbij kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. - Door een lichamelijke en/of geestelijke handicap is reguliere tandheelkundige zorg niet mogelijk.

C. Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen
Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen:

- Het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
- Een kaakgewrichtsafwijking (pijndysfunctiesyndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- Een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- Een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnatoof palatoschisis);
- Een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect).

Vergoeding	90%
Voorwaarden	- Voor de behandeling van de afwijking, zoals hierboven genoemd, is een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist; -- Verzekeraar heeft, op een daartoe strekkend verzoek, voorafgaande toestemming verleend. De toestemming is vergezeld met een door verzekeraar goedgekeurd behandelingsplan. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

D. Kaakchirurgische behandeling
De vergoeding omvat het honorarium van een op advies van de huisarts of tandarts geraadpleegde kaakchirurg voor chirurgische tandheelkundige zorg die niet gepaard gaat met een opname.

Vergoeding	100%
Voorwaarden	Deze zorg omvat niet parodontale hulp, extractie onder narcose, osteotomie en het plaatsen van tandheelkundige implantaten.

E. Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen
De kosten van orthodontische behandeling op advies van de huisarts of tandarts bij een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip-, kaak- of verhemeltespleet (cheilo
en/of gnato- en/of palatoschisis).

Vergoeding	100%
Voorwaarden	Voorafgaande toestemming van verzekeraar vereist.

F. Orthodontie voor verzekerden jonger dan 18 jaar
Vergoeding van kosten van orthodontische behandeling, waaronder gebitsregulatie, verricht door een orthodontist of tandarts).

Vergoeding	100% van de kosten, inclusief voor- en nabehandeling, tot een maximum van € 1.375 per verzekerde, gedurende de gehele verzekeringsduur.
Voorwaarden	Zodra verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt eindigt de vergoeding.

21. Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiva)

Vergoeding	- 100% tot een maximum van € 50 per kalenderjaar, voor de volgende anticonceptiva: • Anticonceptiepil; • Hormoonhoudende vaginale ring; • Anticonceptie per injectie; • Anticonceptie per implantatie; • Koperhoudend spiraaltje; • Pessarium. - 100% vergoeding voor een hormoonhoudend spiraaltje.
Voorwaarden	- Verzekerde is 21 jaar of ouder; - Eerste verstrekking op voorschrift van huisarts of medisch specialist; - Geleverd door een in het woonland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.
Uitsluitingen	Kosten voor het verkrijgen van herhaalrecepten bij de arts.

22. Ziekenhuisopname

Vergoeding	- 100% van kosten van verpleging op basis van de laagste verpleegklasse van het ziekenhuis waar verzekerde is opgenomen; - Vergoeding vindt maximaal plaats over 365 dagen; - 100% van de kosten van medisch specialistische zorg gedurende de opname en van verdere bijkomende kosten; - 100% van kosten van dagbehandeling.
Voorwaarden	- Alle kosten houden verband met de opname of dagbehandeling in het ziekenhuis; - Een ziekenhuisopname of dagbehandeling moet direct - indien mogelijk vooraf - gemeld worden bij de Alarmcentrale van verzekeraar (tel +31 317 455 555). - Bij niet-spoedeisende zorg heeft u voorafgaand toestemming van verzekeraar of de Alarmcentrale nodig. - Onafgebroken behandeling door specialist of kaakchirurg moet noodzakelijk zijn.
Uitsluitingen	Ziekenhuisopnames en dagbehandelingen die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van verzekeraar zijn gemeld.

23. Ziekenvervoer

A. Spoedeisend vervoer

Vergoeding	100% van de kosten van spoedeisend vervoer per ambulance
Voorwaarden	Er is sprake van medisch noodzakelijk vervoer in het woonland.

B. Niet-spoedeisend vervoer

Vergoeding	De kosten van niet-spoedeisend vervoer per taxi of een vergoeding van € 0,24 per kilometer bij gebruik van eigen vervoer tot een maximum van € 1.500 per verzekerde per kalenderjaar. Verzekerde is een eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 83 per kalenderjaar.
Voorwaarden	- Kosten houden verband met één van de navolgende situaties; • Verzekerde die nierdialyse moet ondergaan; • Verzekerde die oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan; • Verzekerde die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgaanbieder bij wie of instelling waarin verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt; • Het gezichtsvermogen van verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgaanbieder bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt. • Gebruik maken van het openbaar vervoer is om medische redenen niet verantwoord; - Behandelend arts heeft een verklaring afgegeven; - Over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer; - Voorafgaande toestemming van verzekeraar.
Uitsluitingen	Vervoer naar een behandeling buiten het woonland.