

Globality CoGenio[®]

Algemene verzekeringsvoorwaarden



Globality Health

Premium health insurance worldwide

Uitvoerig. Overzichtelijk. Begrijpelijk. Compleet.

Waarheen u ook gaat, u kunt erop rekenen dat Globality Health u begeleidt, de weg voor u effent en al uw gezondheidsbelangen behartigt. Met een verzekeringsaanbod dat u nergens anders vindt.

De Algemene verzekeringsvoorwaarden (AVV) informeren u over alle rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien. Daarnaast bevatten deze voorwaarden belangrijke informatie over de dekking die de verzekering biedt. Wij verheugen ons op een prettige relatie met u als *verzekerde*.

Heeft u vragen over de verzekering?

Mocht u na het lezen van deze voorwaarden nog vragen hebben, dan beantwoorden wij die graag persoonlijk.

Woorden en woordgroepen die in deze AVV cursief zijn gedrukt, worden in de definities nader toegelicht.

U kan ons overal ter wereld bereiken:

Globality S.A.
1A, rue Gabriel Lippmann
L-5365 Munsbach
Luxembourg

Telefoon: +352 270 444 3505
Fax: +352 270 444 3599

E-mail: service-cogenio@globality-health.com
Internet: www.globality-health.com

Globality S.A staat onder toezicht van het
Commissariat aux Assurances, 7, boulevard Joseph II,
L-1840 Luxembourg

Handelsregister (R.C.S. Luxembourg): B 134.471

Betekenis van de gebruikte symbolen:

-  Dit is verzekerd, d.w.z. tenzij in de verzekeringsvoorwaarden anders vermeld, worden de voor vergoeding in aanmerking komende kosten volledig door *ons* terugbetaald.
-  De betreffende kosten komen niet voor vergoeding in aanmerking

Inhoud

1.	Wat u moet weten voordat u een verzekering afsluit	4	6.	Uitsluitingen	28
1.1	Verzekerbare personen	4	7.	Handelswijze en bepalingen ten aanzien van verzekerde gebeurtenissen	32
1.2	<i>Bestaande ziekten</i>	4	7.1	Medische noodzaak	32
1.3	Aansluiting bij de collectieve verzekering	4	7.2	Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen	32
2.	Wat uw verzekering inhoudt	5	7.3	Wat u moet doen, wanneer u recht heeft op vergoeding	32
2.1	Omvang van de dekking	5	7.4	Inhoud van nota's en kwitanties	33
2.2	Verzekerde gebeurtenis	5	7.5	Handelswijze bij <i>ongevallen</i> /in <i>spoedgevallen</i>	33
2.3	Ingang van de verzekering	5	7.6	Afhandeling van vergoedingsaanspraken	33
2.4	Wachttijden	5	7.7	Betaling van de vergoedingen	34
2.5	Verzekeringsjaar	5	7.8	Contractvaluta	34
2.6	Opzegging van de verzekering	5	7.9	Wisselkoersen	34
2.7	Overige beëindigingsgronden	6	8.	Verplichtingen	35
2.8	Vervallen van de verzekering	6	9.	Premiebetaling en premieberekening	36
3.	Dekkingsgebied	7	10.	Algemene informatie	37
3.1	<i>Dekkingsgebied</i> van de verzekering	7	10.1	Wijziging van de AVV	37
3.2	Tijdelijk verblijf buiten <i>dekkingsgebied</i> II	7	10.2	Communicatie tussen u en ons	37
4.	Omvang van de vergoedingen	8	10.3	Verzekering van pasgeboren <i>kinderen</i>	37
4.1	Algemene informatie over de omvang van de vergoedingen	8	10.4	Wijziging van uw contractgegevens	37
4.2	<i>Eigen risico</i>	8	10.5	Geef ons uw mening	37
4.3	Vergoedingenoverzicht: klinische <i>behandeling</i>	9	10.6	Bevoegde rechtbank	38
4.4	Vergoedingenoverzicht: ambulante <i>behandeling</i>	11	10.7	Toepasselijk recht	38
4.5	Vergoedingenoverzicht: tandheelkundige <i>behandeling</i>	13	10.8	Taal	38
4.6	Vergoedingenoverzicht: medische assistance	14	11.	Definities	39
4.7	Vergoedingenoverzicht: aanvullende assistance	15			
4.8	Beschrijving van de prestaties die voor vergoeding in aanmerking komen	16			
5.	Hulp en ondersteuning van onze assistance-/servicediensten	24			
5.1	Toelichting – medische assistance	24			
5.2	Toelichting – aanvullende assistance	26			

1. Wat u moet weten voordat u een verzekering afsluit

1.1 Verzekerbare personen

De verzekeringspolis is bedoeld voor expats. Verzekerbaar zijn alle medewerkers/leden van de *verzekeringnemer* die in diens opdracht en/of ter uitoefening van beroepswerkzaamheden tijdelijk maar minimaal drie maanden in het buitenland verblijven. Met verzekerd zijn huwelijks- of levenspartners en *kinderen* die met de betreffende medewerkers en/of leden meereizen.

We proberen alle gepaste maatregelen te nemen om te garanderen dat de verzekeringsdekking voldoet aan de wetgeving in het binnen- en buitenland, maar de naleving van andere vereisten valt buiten onze controle. Het is daarom de plicht van de polishouder om de plaatselijke sociale zekerheidsvoorzieningen en voorschriften na te leven voor alle *verzekerde personen* onder de verzekeringspolis.

Globality S.A. behoudt zich het recht voor om het collectieve contract op te zeggen en/of een enkele persoon of meerdere personen uit te sluiten van dekking ten gevolge van wettelijke wijzigingen in een land, die leiden tot een overtreding van de wetten en regelgeving geldend in het *land van verblijf* van de polishouder of van de *verzekerde personen*.

1.2 Bestaande ziekten

Voor zover er in de collectieve verzekeringsovereenkomst niets anders is bepaald, worden ook *bestaande ziekten* door de verzekering gedekt.

De collectieve verzekeringsovereenkomst kan echter – afhankelijk van de met de *verzekeringnemer* gemaakte afspraken – voorschrijven dat iedere te *verzekeren persoon* de in het *aanmeldingsformulier* vermelde vragen over de gezondheid uitvoerig en naar waarheid dient te beantwoorden en een medisch onderzoek dient te ondergaan (zie nr. 1.3). In dit geval kunnen wij, voor zover er sprake is van een verhoogd risico, een premietoeslag heffen en/of besluiten dat bepaalde gebeurtenissen van de verzekering worden uitgesloten.

1.3 Aansluiting bij de collectieve verzekering

Aansluiting bij de collectieve verzekering gebeurt door aanmelding door de *verzekeringnemer* of door invulling van een *aanmeldingsformulier*, waarmee ook een aanvraag kan worden gedaan tot meeverzekering van de huwelijks- of levenspartner en de *kinderen*. De aanmeldingsprocedure is vastgelegd in de collectieve verzekeringsovereenkomst.

Indien er in het *aanmeldingsformulier* ook vragen voorkomen over uw gezondheidstoestand en over *bestaande ziekten*, moeten deze uitvoerig en naar waarheid worden beantwoord. Indien er ook andere personen bij de verzekering worden aangemeld, zijn deze – naast uzelf – eveneens verantwoordelijk voor volledige en waarheidsgetrouwe antwoorden op de vragen. We hebben het recht om aanvullende informatie te vragen indien dit vereist is in een wettelijk kader of ten einde de acceptatie te vervolledigen.

Het *aanmeldingsformulier* kan ons per post, per e-mail of per fax worden toegezonden. Wij nemen u in de verzekering op met het vertrouwen dat u alle vragen die u voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering zijn gesteld, naar waarheid en volledig heeft beantwoord (precontractuele informatieplicht).

2. Wat uw verzekering inhoudt

2.1 Omvang van de dekking

Uw verzekering biedt dekking voor optredende ziekten, *ongevallen* en andere in de Algemene verzekeringsvoorwaarden vermelde gebeurtenissen (zie nr. 4). Indien zich een verzekerde gebeurtenis voordoet, vergoeden wij de kosten van medisch noodzakelijke prestaties en andere overeengekomen verrichtingen. Voor de omvang van de dekking wordt verwezen naar het *verzekerbewijs*, latere schriftelijke overeenkomsten, de Algemene verzekeringsvoorwaarden, de collectieve verzekeringsovereenkomst en de wettelijke voorschriften.

2.2 Verzekerde gebeurtenis

Onder verzekerde gebeurtenis wordt verstaan de medisch noodzakelijke geneeskundige *behandeling* van een *verzekerde* of *meeverzekerde persoon* wegens ziekte of de gevolgen van een *ongeval*. De verzekerde gebeurtenis begint met de geneeskundige *behandeling* en eindigt wanneer er geen medische noodzaak meer is voor verdere *behandeling*. Indien de geneeskundige *behandeling* moet worden uitgebreid tot een ziekte of de gevolgen van een *ongeval* waarbij er geen oorzakelijk verband is met de tot dan toe behandelde ziekte of gevolgen van een *ongeval*, wordt deze uitbreiding van de *behandeling* beschouwd als een nieuwe verzekerde gebeurtenis.

Voor zover de overeengekomen polisvorm in de betreffende gevallen recht geeft op vergoeding, worden ook als verzekerde gebeurtenis beschouwd:

- ambulant preventief onderzoek ten behoeve van de vroegtijdige herkenning van ziekten
- onderzoek en medisch noodzakelijke *behandeling* wegens zwangerschap en bevalling
- de kosten van verblijf in het *ziekenhuis* van gezonde zuigelingen na de geboorte
- het overlijden van een *verzekerde* of *meeverzekerde persoon*.

2.3 Ingang van de verzekering

De verzekering voor u en de *meeverzekerde personen* gaat in op het in het *verzekerbewijs* vermelde tijdstip (ingang van de verzekering). De kosten van verzekerde gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan voordat de verzekering van kracht werd, worden door ons niet vergoed. Verzekerde gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan na het afsluiten van uw verzekering, zijn alleen van de vergoedingsplicht uitgesloten

voor het gedeelte dat valt in de periode die gelegen is voor het tijdstip waarop de verzekering is ingegaan. Bij wijzigingen in de verzekering gelden de in deze paragraaf vermelde bepalingen voor het nieuwe gedeelte van de verzekering.

2.4 Wachttijden

Er gelden geen wachttijden.

2.5 Verzekeringsjaar

Het verzekeringsjaar begint op het tijdstip vermeld in het *verzekerbewijs* (ingang van de verzekering) en duurt twaalf maanden. Het verzekeringsjaar voor de personen die instappen in het contract, begint op de datum die op hun verzekeringscertificaat staat (startdatum van verzekering) en loopt tot de vervaldag van het groepscontract.

2.6 Opzegging van de verzekering

Onverminderd andere wettelijke beëindiging en opzeggingsgronden kunnen de verzekeraar, de *verzekeringnemer* en/of de *meeverzekerde personen* een verzekering op basis van het collectieve contract opzeggen:

- Bij wijziging van de AVV (zie nr. 10.1) of verhoging van de kosten, de vrijstelling en/of de premies, voor zover u als verzekerde premieplichtig bent (zie nr. 9). U kunt een verzekering op basis van het collectieve contract opzeggen binnen een maand na ontvangst van de aankondiging van de wijziging tot het tijdstip waarop de wijziging van kracht wordt;
- Bij onopzettelijke niet-nakoming van de informatieplicht; in dit geval is de verzekeraar gerechtigd uw verzekering op basis van het collectieve contract binnen een maand na kennisneming van de niet-nakoming van de informatieplicht op te zeggen, indien de verzekeraar bewijst dat hij het risico in geen geval verzekerd zouden hebben.

Opzegging van uw verzekering op basis van het collectieve contract dient schriftelijk te gebeuren. Voor zover niet anders bepaald, wordt de opzegging pas van kracht na afloop van een termijn van ten minste één maand vanaf de dag van bezorging en/of de datum van de ontvangstbevestiging of de aflevering van de post in geval van opzegging per aangetekende brief.

Indien een sanctie, verbod of beperking onder de resolutie van de Verenigde Naties, economische of handelssancties, wetten of voorschriften van de Europese Unie of het Verenigd

Koninkrijk, of sancties van de Verenigde Staten opgelegd wordt die ons hinderen, al dan niet rechtstreeks, om verzekeringen af te sluiten onder dit collectief contract, behouden we het uitzonderlijke recht om dit collectief contract te beëindigen of kunnen wij de hierdoor betreffende personen uitsluiten van de dekking.

2.7 Overige beëindigingsgronden

Onverminderd andere wettelijke nietigheidsgronden is uw verzekering op basis van de collectieve contract nietig, indien door opzettelijke nietnakoming van de informatieplicht de beoordeling van het risico zodanig wordt beïnvloed, dat wij de verzekering niet onder dezelfde voorwaarden zouden hebben afgesloten, indien wij op de hoogte waren geweest van de verzwegen omstandigheid. In dit geval bent u verplicht ontvangen vergoedingen terug te betalen. Betaalde premies worden niet terugbetaald.

2.8 Vervallen van de verzekering

De voor u en de *meeverzekerde personen* overeengekomen verzekeringen op basis van de collectieve contract eindigen:

- a) bij beëindiging van de collectieve verzekeringsovereenkomst door de *verzekeringnemer* of door ons;
- b) indien u niet langer behoort tot de verzekerbare personen en/of de *meeverzekerde personen* niet langer meeverzekerd kunnen worden (zie nr. 1.1), bijv. wanneer u van werkgever verandert of uw verblijf in het buitenland in opdracht van uw werkgever eindigt;
- c) door uw overlijden of het overlijden van een *meeverzekerde persoon*;
- d) bij beëindiging van uw deelname of de deelname van een *meeverzekerde persoon* aan de collectieve verzekeringsovereenkomst. Wanneer u zich bij de collectieve verzekeringsovereenkomst heeft aangesloten door het invullen van een *aanmeldingsformulier*, kunt u de verzekering beëindigen door u bij de verzekeraar af te melden. Op het moment waarop u uw deelname aan de collectieve verzekering beëindigt, eindigen ook de verzekeringen van de *meeverzekerde personen*. De afmelding is alleen rechtsgeldig, indien u ons aantoont dat de *meeverzekerde personen* van de afmelding in kennis zijn gesteld;
- e) bij nietigheid van de verzekering (zie nr. 2.7).

De verzekeringsdekking eindigt steeds – ook voor lopende verzekerbare gebeurtenissen – als het groepscontract of de verzekeringsrelatie wordt beëindigd (zie nr. 2.8).

3. Dekkingsgebied

3.1 *Dekkingsgebied van de verzekering*

De verzekering geldt in de volgende *dekkingsgebieden*:

dekkingsgebied I: wereldwijd met de Verenigde Staten

dekkingsgebied II : wereldwijd zonder de Verenigde Staten

3.2 *Tijdelijk verblijf buiten dekkingsgebied II*

Indien een verzekering is afgesloten voor *dekkingsgebied II* (wereldwijd zonder de Verenigde Staten), zijn de volgende bijzondere bepalingen van toepassing: Als het *land van verblijf* tijdelijk 10 (d.w.z. voor maximaal 6 weken) wordt verlaten, biedt de verzekering ook in *dekkingsgebied I* dekking voor medische *spoedgevallen* en de gevolgen van een *ongeval* alsmede in geval van overlijden. Reizen naar *dekkingsgebied I* die speciaal worden gemaakt voor het ondergaan van een geneeskundige *behandeling*, zijn niet verzekerd. Van overplaatsing van een *verzekerde of meeverzekerde persoon* van *dekkingsgebied I* naar *dekkingsgebied II* of omgekeerd dient ons onverwijld mededeling te worden gedaan, omdat een dergelijke verandering gevolgen kan hebben voor de te betalen premie.

4. Omvang van de vergoedingen

4.1 Algemene informatie over de omvang van de vergoedingen

De verzekering omvat de polisvormen Classic, Plus en Top, die elk zijn opgebouwd uit modules voor klinische *behandeling*, ambulante *behandeling*, tandheelkundige *behandeling* en assistancediensten. De verschillende polisvormen onderscheiden zich in de aard en de omvang van de overeengekomen vergoedingen. In de collectieve verzekeringsovereenkomst is vastgelegd welke polisvorm(en) u kunt kiezen en/of op welke modulecombinaties uw verzekering gebaseerd kan worden.

Afhankelijk van de overeengekomen polisvorm/modulecombinatie worden kosten die daarvoor in aanmerking komen, zoals vermeld in de volgende vergoedingenoverzichten, volledig door ons vergoed, tenzij in deze vergoedingenoverzichten, de collectieve verzekeringsovereenkomst, de definities of elders in deze Algemene verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald.

4.2 *Eigen risico*

Het *eigen risico*, dat uitsluitend van toepassing is op de kosten van ambulante prestaties, kent de volgende varianten:

- polisvorm Classic: vast *eigen risico* van € 250/\$ 325/£ 210
- polisvormen Plus en Top: zonder of met *eigen risico* van naar keuze € 250/\$ 325/£ 210, € 500/\$ 650/£ 420 of € 1.000/\$ 1.300/£ 840

Het *eigen risico* geldt per verzekeringsjaar en per *verzekerde* en *meeverzekerde persoon*. Indien u met ons een *eigen risico* bent overeengekomen, worden de kosten die voor vergoeding in aanmerking komen, door ons terugbetaald voor zover deze dit *eigen risico* overschrijden.

De kosten worden toegerekend aan het verzekeringsjaar waarin er van de diensten van *zorgverstrekkers*, bijv. van een *arts*, gebruik wordt gemaakt en/of waarin genees-, verbanden hulpmiddelen worden verkregen.

Wij adviseren u nota's en kwitanties pas in te dienen, wanneer het overeengekomen *eigen risico* is overschreden.

4.3 Vergoedingenoverzicht: klinische *behandeling*

Omschrijving	Classic	Plus	Top
Verblijf in een één- of tweepersoonskamer en verstrekking van maaltijden	✓	✓	✓
Medische hulp	✓	✓	✓
Verpleging door verpleegkundigen voorgeschreven door een <i>arts</i>	✓	✓	✓
Overige bijkomende kosten	✓	✓	✓
Operaties (met inbegrip van <i>poliklinische operaties</i> , waarvoor geen ziekenhuisopname nodig is)	✓	✓	✓
<i>Genees- en verbandmiddelen</i>	✓	✓	✓
Fysiotherapie en andere therapeutische prestaties, zoals kinesitherapie en massage	✓	✓	✓
Hulpmiddelen	✓ bijv. pacemakers, indien deze als levensreddende maatregel noodzakelijk zijn	✓ bijv. pacemakers, indien deze als levensreddende maatregel noodzakelijk zijn; andere hulpmiddelen, bijv. prothesen, tot maximaal € 2.000* / \$ 2.600* / £ 1.680*	✓
Medische hulp bij zwangerschap en bevalling, hulp van een verloskundige en/of in de verloskunde gespecialiseerde verpleegkundige in het <i>ziekenhuis</i> , met uitzondering van preventief onderzoek tijdens de zwangerschap	✗	✓ tot maximaal € 5.000* / \$ 6.500* / £ 4.200*	✓
Complicaties bij zwangerschap en bevalling	✗	✓	✓
Zorg voor pasgeboren <i>kind</i>	✗	✓	✓
Poliklinische bevalling/thuisbevalling	✗	✓ vast bedrag van € 250/\$ 325/£ 210 per pasgeboren <i>kind</i> , bij voorlegging van de geboortakte zonder dat de gemaakte kosten aangetoond hoeven te worden	✓ vast bedrag van € 500/\$ 650/£ 420 per pasgeboren <i>kind</i> , bij voorlegging van de geboortakte zonder dat de gemaakte kosten aangetoond hoeven te worden
Chemotherapie en andere prestaties en <i>geneesmiddelen</i> die worden toegepast in de <i>oncologie</i> (bijv. bij <i>kanker</i>)	✓ tot maximaal € 50.000* / \$ 65.000* / £ 42.000*	✓ tot maximaal € 100.000* / \$ 130.000* / £ 84.000*	✓
Transportkosten naar het dichtstbijzijnde geschikte <i>ziekenhuis</i> voor eerste hulp na een <i>ongeval</i> en in <i>spoedgevallen</i> door erkende ambulancediensten in voor de situatie geschikte vervoermiddelen	✓	✓	✓

* De vermelde maximumbedragen, maximale vergoedingsperiodes en vaste bedragen gelden per *verzekerde persoon* en verzekeringsjaar.

Omschrijving	Classic	Plus	Top
Beenmerg- en/of orgaantransplantatie	✗	✓ tot maximaal € 200.000/ \$ 260.000/ £ 168.000 voor de duur van de collectieve verzekerings- overeenkomst	✓
Psychiatrische hulp	✓ onder voorwaarde dat wij voor aanvang van de <i>behandeling</i> schriftelijk hebben toegezegd de kosten te vergoeden	✓ onder voorwaarde dat wij voor aanvang van de <i>behandeling</i> schriftelijk hebben toegezegd de kosten te vergoeden	✓ onder voorwaarde dat wij voor aanvang van de <i>behandeling</i> schriftelijk hebben toegezegd de kosten te vergoeden
Klinische psychotherapie	✗	✓ onder voorwaarde dat wij voor aanvang van de <i>behandeling</i> schriftelijk hebben toegezegd de kosten te vergoeden	✓ onder voorwaarde dat wij voor aanvang van de <i>behandeling</i> schriftelijk hebben toegezegd de kosten te vergoeden
Verblijf in het <i>ziekenhuis</i> van een van de ouders bij klinische <i>behandeling</i> van <i>minderjarige kinderen</i>	✗	✓	✓
Thuisverpleging en <i>thuiszorg</i>	✗	✓ gedurende maximaal 7 dagen	✓ gedurende maximaal 14 dagen
Verpleging thuis na de bevalling in plaats van een ziekenhuisopname	✗	✓ gedurende maximaal 5 dagen indien vooraf goedgekeurd	✓ gedurende maximaal 5 dagen indien vooraf goedgekeurd
<i>Vervangende ziekenhuisdagvergoeding</i> voor uitgevoerde klinische prestaties voor zover de kosten daarvan niet op ons zijn verhaald	✗	✓ € 50/\$ 65/£ 42 per dag	✓ € 100/\$ 130/£ 84 per dag
Klinische <i>revalidatie in aansluiting op een klinische behandeling</i>	✗	✓ maximaal 14 dagen*	✓ maximaal 21 dagen*
<i>Palliatieve instelling</i>	✗	✗	✓ maximaal 7 weken
Ingenomen tandheelkundige <i>behandeling</i>	✗	✓	✓
Tandheelkundige noodbehandeling	✓	✓	✓

* De vermelde maximumbedragen, maximale vergoedingsperiodes en vaste bedragen gelden per *verzekerde persoon* en verzekeringsjaar.

4.4 Vergoedingenoverzicht: ambulante *behandeling*

Omschrijving	Classic*	Plus	Top
Medische hulp	✓	✓	✓
Chemotherapie en andere prestaties en <i>geneesmiddelen</i> die worden toegepast in de <i>oncologie</i> (bijv. bij <i>kanker</i>)	✓	✓	✓
Check-ups	✗	✓ tot maximaal € 500**/ \$ 650**/ £ 420**	✓ tot maximaal € 1.000**/ \$ 1.300**/ £ 840**
Preventieve vaccinaties, ongeacht de aard daarvan, inclusief de vaccins alsmede <i>profylactische maatregelen</i> , voor zover deze voor het <i>land van verblijf</i> worden aanbevolen	✗	✓ tot maximaal € 250**/ \$ 325**/ £ 210**	✓
Kraamzorg en bevalling, diensten van een verloskundige of verloskundige verpleegkundige	✗	✓ tot maximaal € 2.000**/ \$ 2.600**/ £ 1.680**	✓
Complicaties bij zwangerschap en bevalling	✗	✓ tot maximaal € 10.000**/ \$ 2.600**/ £ 1.680**	✓
Pre- en postnatale lessen	✗	✗	✓ tot maximaal € 250**/ \$ 325**/ £ 210**
<i>Acupunctuur, homeopathie, osteopathie en chiropraxie</i> inclusief <i>genees- en verbandmiddelen</i>	✗	✓ tot maximaal € 500**/ \$ 650**/ £ 420**	✓ tot maximaal € 1.000**/ \$ 1.300**/ £ 840**
<i>Behandeling</i> door een logopedist of spraaktherapeut	✗	✓ onder voorwaarde dat wij voor aanvang van de <i>behandeling</i> schriftelijk hebben toegezegd de kosten te vergoeden	✓ onder voorwaarde dat wij voor aanvang van de <i>behandeling</i> schriftelijk hebben toegezegd de kosten te vergoeden
Psychiatrische hulp	✓ onder voorwaarde dat wij voor aanvang van de <i>behandeling</i> schriftelijk hebben toegezegd de kosten te vergoeden	✓ onder voorwaarde dat wij voor aanvang van de <i>behandeling</i> schriftelijk hebben toegezegd de kosten te vergoeden	✓ onder voorwaarde dat wij voor aanvang van de <i>behandeling</i> schriftelijk hebben toegezegd de kosten te vergoeden

* Vast *eigen risico* van € 250/\$ 325/£ 210 per verzekeringsjaar.

** De vermelde maximumbedragen, maximale vergoedingsperiodes en vaste bedragen gelden per *verzekerde persoon* en verzekeringsjaar.

Omschrijving	Classic*	Plus	Top
Ambulante psychotherapie	✗	✓ maximaal 20 sessies**, onder voorwaarde dat wij voor aanvang van de <i>behandeling</i> schriftelijk hebben toegezegd de kosten te vergoeden	✓ maximaal 20 sessies**, onder voorwaarde dat wij voor aanvang van de <i>behandeling</i> schriftelijk hebben toegezegd de kosten te vergoeden
Genees- en verbandmiddelen	✓	✓	✓
Fysiotherapie en andere therapeutische prestaties inclusief massage	✓	✓	✓
Hulpmiddelen	✗	✓ tot maximaal € 2.000**/ \$ 2.600**/ £ 1.680**	✓
Pruiken en prothesen na een kankerbehandeling	✓ tot maximaal € 300**/ \$ 390**/ £ 252**	✓ tot maximaal € 300**/ \$ 390**/ £ 252**	✓ tot maximaal € 300**/ \$ 390**/ £ 252**
Voedingsconsulten	✗	✓ tot maximaal € 125**/ \$ 162.50**/ £ 105**	✓ tot maximaal € 250**/ \$ 325**/ £ 210**
Podologie	✗	✓ tot maximaal € 100**/ \$ 130**/ £ 84**	✓ tot maximaal € 200**/ \$ 260**/ £ 168**
Gezichtshulpmiddelen	✗	✓ tot maximaal € 100**/ \$ 130**/ £ 84**	✓ tot maximaal € 200**/ \$ 260**/ £ 168**
Hoortoestellen	✗	✓ tot maximaal € 1.000**/ \$ 1.300**/ £ 840**	✓ tot maximaal € 2.000**/ \$ 2.600**/ £ 1.680**
Transportkosten naar de dichtstbijzijnde geschikte <i>arts</i> of het dichtstbijzijnde geschikte <i>ziekenhuis</i> voor eerste hulp na een <i>ongeval</i> en in <i>spoedgevallen</i> door erkende ambulance- diensten in voor de situatie geschikte vervoermiddelen	✓	✓	✓
Vruchtbaarheidsbehandeling	✗	✓ 50 % tot maximaal € 7.500/ \$ 9.750/ £ 6.300 per verzekerd paar per levensduur	✓ 50 % tot maximaal € 15.000/ \$ 19.500/ £ 12.600 per verzekerd paar per levensduur

* Vast *eigen risico* van € 250/\$ 325/£ 210 per verzekeringsjaar.

** De vermelde maximumbedragen, maximale vergoedingsperiodes en vaste bedragen gelden per *verzekerde persoon* en verzekeringsjaar.

4.5 Vergoedingenoverzicht: tandheelkundige *behandeling*

Omschrijving	Classic	Plus	Top
Kleine tandheelkundige diensten			
Screenings voor het vroegtijdig opsporen van aandoeningen van het gebit in de mond en de kaak	×	✓	✓
Tandheelkundige <i>behandeling</i>	✓ <i>pijnstillende tandheelkundige behandeling</i>	✓	✓
Röntgenonderzoek	×	✓	✓
Tandsteen verwijderen en polijsten	×	✓	✓
<i>Behandeling</i> van aandoeningen van het mondslijmvlies en het parodontium	✓ <i>pijnstillende tandheelkundige behandeling</i>	✓	✓
Eenvoudige vullingen met betrekking tot de holte	✓ <i>pijnstillende tandheelkundige behandeling</i>	✓	✓
Chirurgische ingrepen, tanden trekken, wortelkanaalbehandeling	✓ <i>pijnstillende tandheelkundige behandeling</i>	✓	✓
Opname van een occlusale spalk	×	✓	✓
Tandheelkundige behandeling na ongeval	✓	✓	✓
Grote tandheelkundige <i>behandeling</i>	×	✓	✓
	De kosten van de volgende prestaties komen voor 50 % voor vergoeding in aanmerking, indien deze noodzakelijk zijn als gevolg van een <i>ongeval</i>	De kosten van de volgende prestaties komen voor vergoeding in aanmerking tot maximaal € 2.000* / \$ 2.600* / £ 1.680*	De kosten van de volgende prestaties komen voor vergoeding in aanmerking tot maximaal € 5.000* / \$ 6.500* / £ 4.200*
Tand- en gebitsprothesen (bijv. prothesen, vullingen, bruggen, kronen en onlays)	✓	✓	✓
<i>Implantologische prestaties</i>	✓ maximaal 4 implantaten met de daarop te bevestigen prothesen per kaak	✓ maximaal 4 implantaten met de daarop te bevestigen prothesen per kaak	✓ maximaal 4 implantaten met de daarop te bevestigen prothesen per kaak
Orthodontische prestaties (tot 18 jaar oud)	✓	✓	✓
Tandtechnische laboratoriumwerkzaamheden en materialen	✓	✓	✓
Maken van een behandelingsplan en een prijsopgave	✓	✓	✓

* De vermelde maximumbedragen, maximale vergoedingsperiodes en vaste bedragen gelden per *verzekerde persoon* en verzekeringsjaar.

4.6 Vergoedingenoverzicht: medische assistance

Omschrijving	Classic	Plus	Top
24-uur service (telefoon en e-mail) met ervaren adviseurs, eigen <i>artsen</i> en specialisten	✓	✓	✓
Regeling van medisch noodzakelijk ziekentransport	✓	✓	✓
Informatie over de medische infrastructuur (medische zorg ter plaatse en naam- en adresgegevens van meertalige <i>artsen</i>)	✓	✓	✓
Begeleiding en informatie door onze medische dienst (<i>second opinion</i> , observatie van het ziektebeloop)	✓	✓	✓
Betalingsgarantie en/of betaling van een voorschot (voorbereiding van de ziekenhuisopname)	✓	✓	✓
Organisatorische ondersteuning na het overlijden van een <i>verzekerde</i> , participatie in de overbrengingskosten	✓ tot maximaal € 2.500/ \$ 3.250/ £ 2.100	✓ tot maximaal € 5.000/ \$ 6.500/ £ 4.200	✓ tot maximaal € 10.000/ \$ 13.000/ £ 8.400
Aanvullende medische ondersteuning (informatie over de aard, mogelijke oorzaken en behandelingsmogelijkheden van ziekten)	✓	✓	✓
Onlinediensten	✓	✓	✓

4.7 Vergoedingenoverzicht: aanvullende assistance

Omschrijving	Classic	Plus	Top
Aanvullende ondersteuning	✗	✓	✓
• Regeling van ziekenbezoek voor familieleden	✗	✓ tot maximaal € 1.500* / \$ 1.950* / £ 1.260*	✓ tot maximaal € 3.000* / \$ 3.900* / £ 2.520*
• Aanschaf en verzending van levensnoodzakelijke <i>geneesmiddelen</i>	✗	✓	✓
Regeling van de terugreis	✗	✓ tot maximaal € 2.000* / \$ 2.600* / £ 1.680*	✓ tot maximaal € 2.000* / \$ 2.600* / £ 1.680*
Reiskosten van verzekerde leden om bij een familielid te zijn dat in levensgevaar is of is overleden	✗	✓ tot maximaal € 1.500* / \$ 1.950* / £ 1.260*	✓ tot maximaal € 3.000* / \$ 3.900* / £ 2.520*
Reiskosten voor een begeleider, in geval van repatriëring van een <i>verzekerde</i>	✗	✗	✓ tot maximaal € 1.500* / \$ 1.950* / £ 1.260*
Regeling van de terugreis of de opvang van de <i>kinderen</i>	✗	✗	✓
Hulp bij eventuele door het verblijf in het buitenland ontstane psychische problemen	✗	✓ psychologisch-therapeutische hulp en advies via de telefoon (maximaal 3 gesprekken*)	✓ psychologisch-therapeutische hulp en advies via de telefoon (maximaal 5 gesprekken*)
Documentendepot (deponering van documenten, hulp bij het aanvragen van vervangende documenten)	✗	✗	✓
Regeling van hulp bij juridische problemen	✗	✗	✓
Info over interculturele training	✗	✗	✓

* De vermelde maximumbedragen, maximale vergoedingsperiodes en vaste bedragen gelden per *verzekerde persoon* en verzekeringsjaar.

4.8 Beschrijving van de prestaties die voor vergoeding in aanmerking komen

Belangrijk: de onder nr. 4.8 beschreven verrichtingen kunnen afhankelijk van de gekozen polisvorm afwijken of niet verzekerd zijn.

In acht te nemen regels bij klinische, ambulante en tandheelkundige prestaties

De *verzekerde persoon* kan zelf kiezen uit alle *artsen* en/of *tandartsen* die in het land waar de *behandeling* plaatsvindt, als *arts* en/of *tandarts* zijn toegelaten, en uit andere *zorgverstrekkers* die over een op hun vakgebied erkende en goede opleiding beschikken.

Uitsluitend de kosten van medische en/of tandheelkundige hulp die volgens de regels van de geneeskunde en/of tandheelkunde voor een medisch noodzakelijke *behandeling* nodig is, kunnen worden vergoed. Voor vergoeding in aanmerking komen medische en tandheelkundige hulp alsmede de verrichtingen van andere *zorgverstrekkers* voor zover de tarieven zijn gebaseerd op de *berekeningsgrondslagen* die in het betreffende land normaal gesproken worden gehanteerd (bijv. officiële tariefbeschikking voor *artsen*), en voor zover zij redelijk zijn. Bij verrichtingen van *zorgverstrekkers* (bijv. verloskundigen) waarvoor in het land van *behandeling* geen speciale *berekeningsgrondslag* bestaat, zullen wij uitgaan van de vergelijkbare vergoedingen voor *artsen* en/of van de gebruikelijke prijzen in het land van *behandeling*.

Bij de vergoeding van tandtechnische laboratoriumwerkzaamheden en materialen gaan wij uit van de gemiddelde prijzen in het land van *behandeling*. Tand- en gebitsprothesen, het herstel van de functie van tanden gebitsprothesen, kronen en orthodontische maatregelen met inbegrip van operatieve prestaties worden ook beschouwd als tandheelkundige hulp, indien de betreffende verrichtingen worden uitgevoerd door een *arts*. Zij vallen niet onder de rubriek ambulante of klinische *behandeling*. De contractueel overeengekomen vergoedingen worden uitsluitend verstrekt voor onderzoek- en behandelingsmethoden en *geneesmiddelen* die door de *academische geneeskunde* in het land van verblijf vrijwel algemeen zijn erkend. Daarnaast worden vergoedingen verstrekt voor methoden en *geneesmiddelen* waarmee in de praktijk goede resultaten zijn behaald of die worden

toegepast, omdat er geen door de *academische geneeskunde* erkende methoden of *geneesmiddelen* beschikbaar zijn; wij kunnen onze vergoedingen echter verminderen tot het bedrag dat wij bij toepassing van bestaande door de *academische geneeskunde* erkende methoden en *geneesmiddelen* hadden moeten vergoeden.

Voorwaarden voor de vergoeding van medisch noodzakelijke klinische prestaties volgens nr. 4.3

Verblijf in een één- of tweepersoonskamer en verstrekking van maaltijden

Voor stationaire *behandeling* – alsmede voor *behandeling* ter voorbereiding en opvolging van een hospitalisatie en voor dagopname – dienen u en de *meeverzekerde personen* naar een geschikt, in het *dekkingsgebied* algemeen erkend *ziekenhuis* te gaan dat onder permanente leiding staat van een medische staf, over voldoende diagnostische en therapeutische faciliteiten beschikt en patiëntendossiers bijhoudt. Voor medisch noodzakelijke prestaties in instellingen die ook kuurprogramma's en sanatoriumprestaties uitvoeren of herstellende patiënten opnemen maar verder voldoen aan de bovenstaande voorwaarden, worden de kosten van door de polis gedekte vormen van medische zorg uitsluitend terugbetaald, indien wij dit vóór aanvang van de *behandeling* schriftelijk hebben toegezegd. Bij *behandelingen* ivm tuberculose worden de contractueel overeengekomen terugbetalingen ook verstrekt voor stationaire *behandeling* in tbc-klinieken en -sanatoria. Gedurende de stationaire *behandeling* verstrekken wij de terugbetalingen zonder dat daaraan een tijdslimiet is verbonden. Voor of bij opname in het *ziekenhuis* dient het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* ingeschakeld te worden. Verblijf betekent een standaard een- of tweepersoonskamer zoals bepaald in de terugbetalingstabel. Luxekamers of suites worden niet terugbetaald.

Medische hulp

In aanmerking komende maatregelen zijn alle onkosten die zijn gemaakt voor onderzoek, diagnose en medische dienstverlening binnen het raamwerk voor medisch noodzakelijke klinische *behandeling*, tenzij elders in de verzekeringspolis uitdrukkelijk anders staat vermeld. Daarnaast komen o.a. de kosten van pathologisch en radiologisch onderzoek, computertomografie, *magnetic resonance imaging (MRI)*, *positronenemissietomografie (PET)* en *palliatieve geneeskunde* voor vergoeding in aanmerking.

Overige bijkomende kosten

Hieronder verstaan wij de overige kosten van het gebruik van speciale voorzieningen, zoals operatiekamers, intensive care, ic-afdelingen en laboratoria.

Operaties (met inbegrip van *poliklinische operaties*, waarvoor geen ziekenhuisopname nodig is)

Komen voor vergoeding in aanmerking: de kosten van de in dit kader noodzakelijke zorgverlening, zoals medisch specialistische zorg, anesthesie en het gebruik van speciale voorzieningen. De kosten van *poliklinische operaties*, waarvoor geen ziekenhuisopname nodig is, komen eveneens voor vergoeding in aanmerking.

Genees- en verbandmiddelen in het kader van een klinische behandeling

Deze moeten door een *arts/tandarts* in het *ziekenhuis* in verband met de klinische *behandeling* zijn voorgeschreven; *geneesmiddelen* moeten bovendien worden geleverd door een apotheek of een ander officieel erkend afgiftepunt. Voedingsmiddelen, versterkende middelen, mineraalwater, cosmetica, producten voor hygiëne en lichaamsverzorging alsmede badpreparaten worden niet als *geneesmiddelen* beschouwd.

Fysiotherapie en andere therapeutische prestaties in het kader van een klinische behandeling

Hieronder verstaan wij medisch-fysische prestaties (inhalaties, kinesitherapie en bewegingsoefeningen, massages, verbanden, *hydrotherapie* en medische baden, koude- en warmtebehandeling, ergotherapie, elektrotherapie en lichttherapie). De medisch-fysische prestaties moeten worden uitgevoerd door een *arts* en/of de houder van een officieel erkend diploma voor een ander (para)medisch beroep (bijv. fysiotherapeut) en worden voorgeschreven door een *arts* in het kader van een klinische *behandeling*. De *behandeling* moet voor aanvang daarvan zijn voorgeschreven met vermelding van diagnose, aard van de *behandeling* en aantal sessies. Andere behandelingsvormen zoals thermaalbaden, saunabaden e.d. worden niet beschouwd als fysiotherapie en andere therapeutische prestaties.

Hulpmiddelen in het kader van een klinische behandeling

Voor vergoeding in aanmerking komen de kosten van hulpmiddelen die tot doel hebben de *verzekerde* of *meeverzerde* in leven te houden of lichamelijke beperkingen direct

te verminderen of te compenseren, zoals pacemakers en prothesen (met uitzondering van tand- en gebitsprothesen). Deze moeten tijdens de ziekenhuisopname worden ingebracht of aangemeten en in of aan het lichaam blijven. Onkosten voor redelijke handhaving (zoals jaarlijks onderhoud of vervanging batterijen) en reparatie van therapeutische hulpmiddelen en apparaten worden binnen het kader van deze bepalingen vergoed.

Medische hulp bij zwangerschap en bevalling; hulp van een verloskundige en/of in de verloskunde gespecialiseerde verloskundige in het ziekenhuis

Wij vergoeden de in aanmerking komende kosten voor bevaling, zwangerschap of zwangerschapsgerelateerde ziekte in een *ziekenhuis*, kraamhuis of soortgelijke instelling, de kosten voor verpleging thuis of huishoudelijke hulp als gevolg van zwangerschap of zwangerschapsgerelateerde ziekte en diensten van verloskundige of verloskundige verpleegkundige.

De diensten van de verloskundige tijdens de bevalling zijn alleen gedekt in geval van een door de verloskundige geleide bevalling. Het honorarium van de *arts* wordt in deze gevallen niet vergoed, tenzij dit na een complicatie tijdens de bevalling noodzakelijk is. Medisch voorgeschreven verpleging thuis is ook gedekt na een opname en ontslag uit het *ziekenhuis* binnen 24 uur. Globality Health vergoedt dergelijke kosten voor maximaal 5 opeenvolgende dagen na de bevalling. Niet-medisch noodzakelijke keizersneden worden gedekt tot de kosten van een in aanmerking komende routinelevering in hetzelfde *ziekenhuis*, tot het maximum volgens het gekozen planniveau.

Complicaties van zwangerschap en bevalling

Wij vergoeden de in aanmerking komende kosten voor vroeggeboorte, miskraam, een medisch noodzakelijke abortus, doodgeboorte, ectopische zwangerschap, hydatidiforme moedervlek, keizersnede, post-partum bloeding, ingehouden placenta-membraan en complicaties na een van deze aandoeningen.

Zorg voor pasgeboren kind

Behandeling van een routine- of acute medische aandoening van een pasgeboren baby, die zich binnen 30 dagen na de geboorte manifesteert, is gedekt onder de uitkering voor pasgeborenen van de polis van het *kind*, en niet onder een andere uitkering van de polis. Complicaties bij begeleide conceptie of

geboorte, inclusief vroegtijdige of meerdere geboortes, zijn van deze uitkering uitgesloten.

Poliklinische bevalling/thuisbevalling

Van een poliklinische bevalling is sprake, indien de kraamvrouw uiterlijk 24 uur na de bevalling uit het *ziekenhuis*, de kraamkliniek of vergelijkbare inrichting wordt ontslagen. Het vaste bedrag dat door ons bij geboorte van een *kind* wordt uitgekeerd, betalen wij na voorlegging van de geboortekte.

Chemotherapie en andere prestaties en geneesmiddelen die worden toegepast in de oncologie

Bij een klinische *behandeling* vergoeden wij de daarvoor in aanmerking komende kosten van medische hulp, diagnostisch onderzoek, bestralingstherapie, chemotherapie en *geneesmiddelen* alsmede de ziekenhuiskosten.

Beenmerg- en orgaantransplantatie in het kader van een klinische behandeling

Bij een beenmerg- of orgaantransplantatie (bijv. hart, nier, lever, pancreas) vergoeden wij de daarvoor in aanmerking komende kosten van zowel de patiënt als de donor. Komen voor vergoeding in aanmerking: de kosten die verbonden zijn aan het verkrijgen van het orgaan van de orgaandonor, de kosten van het transport van het orgaan naar de patiënt en de kosten van een eventuele opname van de donor in hetzelfde *ziekenhuis* als de patiënt. De kosten die verbonden zijn aan het vinden van een orgaan of een geschikte donor, worden niet vergoed.

Psychiatrische hulp

Wij vergoeden de kosten van psychiatrische hulp in het kader van een klinische *behandeling*. Deze kosten worden echter alleen vergoed, indien en voor zover wij dit voor aanvang van de *behandeling* schriftelijk hebben toegezegd. Onder welke voorwaarden de kosten van klinische psychotherapie voor vergoeding in aanmerking komen, wordt hieronder beschreven.

Klinische psychotherapie

Voorwaarde voor vergoeding is, dat de *behandeling* wordt uitgevoerd door een psychiater, een psychotherapeut of een specialist die door het volgen van een opleiding op het gebied van de psychiatrie, psychotherapie of psychoanalyse over de vereiste vakkennis beschikt. De kosten van klinische psychotherapie worden uitsluitend vergoed, indien en voor

zover wij dit voor aanvang van de *behandeling* schriftelijk hebben toegezegd.

Verblijf in het ziekenhuis van een van de ouders bij klinische behandeling van een verzekerd kind

Wij vergoeden de meerkosten voor verblijf in het *ziekenhuis* van een van de ouders bij klinische *behandeling* van *minderjarige kinderen*, die meeverzekerd zijn.

Thuisverpleging en thuiszorg

Wij vergoeden de daarvoor in aanmerking komende kosten van thuisverpleging en *thuiszorg* op voorschrift van een *arts* door geschikte, als verpleegkundige of ziekenverzorger opgeleide personen ter vervanging van een door een *arts* geadviseerde ziekenhuisopname en/of ter verkorting daarvan. De thuisverpleging vindt plaats in aanvulling op de medische *behandeling* en komt naast deze *behandeling* voor vergoeding in aanmerking.

Klinische revalidatie in aansluiting op een klinische behandeling

Voor vergoeding in aanmerking komen de kosten van klinische *revalidatie in aansluiting* en vervolg op een medisch noodzakelijke klinische *behandeling* (bijv. na een bypass-operatie, een hartinfarct, een orgaantransplantatie of een operatie aan beenderen of gewrichten), indien en voor zover wij vooraf schriftelijk hebben toegezegd de betreffende kosten te vergoeden. Met de revalidatie moet principieel binnen twee weken na ontslag uit het *ziekenhuis* worden begonnen. Kuurprogramma's en het verblijf in baden kuurcentra, sanatoria, herstellingsoorden en verpleeghuizen zijn niet verzekerd.

Palliatieve instelling

Indien ambulante zorgverlening in de eigen huishouding of bij familie van de *verzekerde persoon/de meeverzekerde personen* niet mogelijk is en onder voorwaarde dat de *palliatieve instelling*

- samenwerkt met zorginstellingen en *artsen* die ervaring hebben op het gebied van de *palliatieve geneeskunde*,
- onder verantwoording staat van een verpleegkundige of een andere persoon met een adequate vakopleiding die een aantal jaren ervaring heeft in de palliatieve zorg of op dit gebied is nageschoold en kan aantonen een vervolgopleiding voor leidinggevend verpleegkundige of een vergelijkbare leidinggevende functie te hebben gevolgd,

vergoeden wij de kosten van het verblijf, de maaltijden, verpleging en begeleiding afhankelijk van de ziekte-toestand voor maximaal zeven weken.

Voorwaarde voor het verstrekken van een vergoeding voor (deeltijd)opname in een *palliatieve instelling* is dat de *verzekerde of meeverzekerde persoon* lijdt aan een ziekte

- die progrediënt) verloopt (d.w.z. verergert) en reeds in een gevorderd stadium is,
- waarbij genezing is uitgesloten en opname in een instelling waar palliatieve zorg wordt verleend, noodzakelijk is en
- de levensverwachting nog maar beperkt is tot enkele weken of maanden.

Palliatieve kosten worden onder andere vergoed bij de volgende ziektebeelden:

- *kanker* in een gevorderd stadium
- *aids* met infectieziekte door HIV
- aandoeningen van het zenuwstelsel met onomkeerbare verlammingen
- eindstadium van een chronische nier-, lever-, hart- of longziekte of een aandoening van het spijsverteringskanaal.

Ingenomen tandheelkundige behandeling

Wij vergoeden de kosten van complexe kaakchirurgische ingrepen met een bovengemiddelde incidentie van levensbedreigende complicaties, zoals *aangeboren* kaakafwijkingen (bijv. gespleten kaak), kaakbreuken en tumoren.

Tandheelkundige noodbehandeling

Met *spoedgevallen* in een *ziekenhuis* wordt bedoeld een ernstig *ongeval* waarbij een ziekenhuisopname nodig is (bijv. reconstructie van de kaak na een *ongeval*). De *behandeling* moet binnen 24 uur na de noodsituatie worden ontvangen. Houd er rekening mee dat de dekking onder dit voordeel zich niet uitstrekt tot de volgende tandheelkundige *behandeling*, tandheelkundige chirurgie, tandprothesen of implantaten, orthodontie of parodontie.

De behandelende *arts* moet specifiek bevestigen dat de tandheelkundige *behandeling* in het *ziekenhuis* het gevolg is van een ernstig *ongeval* en het optreden van het *ongeval* moet worden bewezen door middel van een overeenkomstig medisch of politierapport.

Voorwaarden voor de vergoeding van ambulante prestaties volgens nr. 4.4

Check-up

Routinecheck-ups zijn tests of screenings die worden uitgevoerd zonder de aanwezigheid van klinische symptomen. Deze testen omvatten de volgende onderzoeken die op een geschikte leeftijd worden uitgevoerd om bijvoorbeeld:

- Vitale functies (bloeddruk, polsslag, ademhaling, temperatuur enz.)
- Lipideprofiel
- Cardiovasculair onderzoek
- Neurologisch onderzoek
- Kankerscreening
- Follow-up kinderarts
- Diabetestest
- Hiv en aidstest
- Gynaecologische screening

Kraamzorg en bevalling, diensten van een verloskundige of verloskundige verpleegkundige

Wij vergoeden de daarvoor in aanmerking komende kosten terug van zwangerschap of zwangerschapsziekte, inclusief preventieve (routine-) screenings en alle medisch noodzakelijke diagnostische tests. Deze omvatten ook NT-screening, vruchtwaterpunctie en afname van de koortslip (CVS). NIPT en alle andere vormen van genetisch onderzoek zijn uitgesloten.

Prestaties van een verloskundige of in de verloskunde gespecialiseerde verpleegkundige worden vergoed. De bijbehorende onderzoeks- en behandelkosten door verloskundigen zijn alleen mogelijk als de kosten voor dezelfde diensten niet ook door een *arts* in rekening worden gebracht.

Prestaties geleverd door een verloskundige of vroedvrouw na de geboorte zijn gelimiteerd tot 12 bezoeken per zwangerschap. Doula-diensten worden niet vergoed.

Complicaties van zwangerschap en bevalling

Wij vergoeden de in aanmerking komende kosten voor vroeggeboorte, miskraam, een medisch noodzakelijke abortus, doodgeboorte, ectopische zwangerschap, hydatidiforme moedervlek, keizersnede, post-partum bloeding, ingehouden

placenta membraan en complicaties na een van deze voorwaarden.

Pre- en postnatale lessen

Globality vergoedt pre- en postnatale lessen, afhankelijk van het geselecteerde planniveau. De lessen moeten worden uitgevoerd door een gediplomeerd en bevoegd behandelaar, zoals verloskundige of fysiotherapeut. Yoga- of Pilates lessen zijn uitgesloten van de dekking.

Medische hulp

In aanmerking komende maatregelen zijn alle onkosten die zijn gemaakt voor onderzoek, diagnose en therapie binnen het raamwerk voor ambulante *behandeling*, tenzij elders in de verzekeringspolis uitdrukkelijk anders staat vermeld. Onkosten die worden gemaakt voor pathologie, radiologie, computertomografie, *magnetische resonanties*, *positronemissietomografie* en *palliatieve geneeskunde* worden eveneens vergoed.

Acupunctuur, homeopathie, osteopathie en chiropraxie

Wij dragen uitsluitend bij in de kosten die voor vergoeding in aanmerking komen, indien de bovengenoemde prestaties worden uitgevoerd door *artsen* of andere *zorgverstrekkers* die kunnen aantonen dat zij een in het land waar de *behandeling* plaatsvindt, erkende opleiding op het betreffende vakgebied hebben gevolgd en bevoegd en/of gerechtigd zijn in dat land prestaties van de betreffende aard uit te voeren. Door deze *artsen* of *zorgverstrekkers* in verband met de *behandeling* voorgeschreven *genees- en verbandmiddelen* komen eveneens voor vergoeding in aanmerking.

Spraaktherapie

Wij vergoeden de in aanmerking komende kosten van medisch voorgeschreven oefeningen en therapie voor de *behandeling* van stem- en spraakstoornissen, zolang de *behandeling* wordt uitgevoerd door een arts of een logopedist. Wij vergoeden deze kosten alleen als wij schriftelijk hebben ingestemd met terugbetaling voor aanvang van de *behandeling*.

Psychiatrische hulp

Wij vergoeden de kosten van psychiatrische hulp in het kader van een ambulante *behandeling*. Deze kosten worden echter alleen vergoed, indien en voor zover wij dit voor aanvang van

de *behandeling* schriftelijk hebben toegezegd. Onder welke voorwaarden de kosten van ambulante psychotherapie voor vergoeding in aanmerking komen, wordt hieronder beschreven.

Ambulante psychotherapie

Voorwaarde voor terugbetaling is, dat de *behandeling* wordt uitgevoerd door een psychiater, een psychotherapeut of een specialist die door het volgen van een opleiding op het gebied van de psychiatrie, psychotherapie of psychoanalyse over de vereiste vakkennis beschikt. Zulke *behandelingen* dienen te worden voorgeschreven door een *arts* voor aanvang van de *behandeling* en het voorschrift de specifieke diagnose, de aard van de *behandeling* en het aantal sessies vermelden. De kosten van ambulante psychotherapie worden uitsluitend terugbetaald na voorafgaand schriftelijk akkoord.

Genees- en verbandmiddelen

Genees- en verbandmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een *arts/tandarts* of een wettelijk daartoe gerechtigde *zorgverstrekker*. *Geneesmiddelen* moeten bovendien worden geleverd door een apotheek of een ander officieel erkend afgiftepunt. Voedingsmiddelen, versterkende middelen, mineraalwater, cosmetica, producten op het gebied van hygiëne en lichaamsverzorging alsmede badpreparaten worden niet als *geneesmiddelen* beschouwd.

Fysiotherapie en andere therapeutische prestaties

Hieronder verstaan wij medisch-fysische prestaties (inhalaties, kinesitherapie en bewegingsoefeningen, massages, verbanden, *hydrotherapie* en medische baden, koude- en warmtebehandeling, ergotherapie, elektrotherapie en lichttherapie). Deze moeten worden uitgevoerd door een *arts* in zijn eigen praktijk of door de houder van een officieel erkend diploma voor een ander (para)medisch beroep (masseur, masseur/medisch badmeester, kinesist of fysiotherapeut) die een eigen praktijk voert, en zijn voorgeschreven door een *arts*. De *behandeling* moet voor aanvang daarvan zijn voorgeschreven onder vermelding van diagnose, aard van de *behandeling* en aantal sessies. Indien er meer dan 20 sessies fysiotherapie werden voorgeschreven voor éénzelfde diagnose, dan is voorafgaande schriftelijke goedkeuring door ons noodzakelijk. Andere behandelingsvormen zoals thermaalbaden, saunabaden e.d. worden niet beschouwd als fysiotherapie en andere therapeutische prestaties. Meerkosten voor *behandeling* in de woning van de *verzekerde persoon*/

de *meeverzekerde personen* komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Hulpmiddelen in het kader van een ambulante *behandeling*

Komen voor vergoeding in aanmerking :de kosten van prothesen, orthopedische en andere hulpmiddelen die ertoe dienen lichamelijke beperkingen te voorkomen of deze direct te verminderen of te compenseren. Hulpmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een *arts* en mogen niet te beschouwen zijn als algemene gebruiksvoorwerpen.

Als hulpmiddelen in het kader van ambulante prestaties worden beschouwd: bandages, breukbanden, steunzolen, loophulpmiddelen (krukken en stokken), compressiekousen, spalken, prothesen (met uitzondering van tand- en gebitsprothesen), zitten ligschalen, orthopedische romp-, arm- en beenondersteunende apparaten alsmede spreekapparaten (elektronische spreekapparatuur).

Pruiken en prothesen voor vrouwen na een kankerbehandeling worden vergoed tot een maximum van € 300. Alle andere therapeutische hulpmiddelen en hulpmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking voor zover de prestaties vooraf schriftelijk zijn goedgekeurd. Kosten voor redelijk onderhoud (zoals een jaarlijkse service of het vervangen van batterijen) en reparatie van therapeutische hulpmiddelen worden in het kader van deze bepalingen vergoed.

Gezichtshulpmiddelen

Voor vergoeding in aanmerking komen brilmonturen, brillenglazen en contactlenzen tot het maximumbedrag.

Voedingsconsultaties

Wij zullen de in aanmerking komende kosten voor poliklinische raadplegingen met een voedingsdeskundige vergoeden bij de diagnose van een aandoening die baat zou hebben bij een voedingsadvies om de aandoening beter te kunnen beheren. Dergelijke aandoeningen zijn onder meer *kanker*, eetstoornissen, maag-darmziekten, hartziekten en voedselintoleranties en allergieën.

Deze diensten moeten worden voorgeschreven door de adolescent. De verwijzing moet voor het begin van de *behandeling* zijn uitgeschreven en moet de diagnose, de aard en het aantal benodigde sessies specificeren.

Podologie

Wij vergoeden de in aanmerking komende kosten voor medisch noodzakelijke podotherapeutische *behandelingen*. Deze diensten moeten worden voorgeschreven door een *arts*. De verwijzing moet voor aanvang van de *behandeling* zijn afgegeven en moet de diagnose, de aard en het aantal benodigde sessies vermelden.

Hoortoestellen

Wij vergoeden in aanmerking komende onkosten voor een medisch voorgeschreven *hoortoestel* binnen het overeengekomen kader van uitkeringen. Onkosten die zijn gemaakt voor de vervanging van batterijen voor *hoortoestellen* worden niet vergoed.

Vruchtbaarheidsbehandeling

Binnen het kader voor het toepassingsgebied van teruterugbetalingen, vergoeden wij de kosten, mits voorafgaande schriftelijke goedkeuring door de verzekeraar, voor de volgende diagnostische tests en *behandelingen* ter bevordering van vruchtbaarheid en *behandelingen* om toekomstige miskramen te voorkomen, onderzoek naar miskramen en begeleide reproductie en aanverwante complicaties:

- Diagnostisch onderzoek, consultaties en tests, met inbegrip van invasieve procedures zoals hysterosalpingogram, laparoscopie of hysteroscopie
- Laboratoriumwerkzaamheden
- *Behandeling* met voorgeschreven *geneesmiddelen*, inclusief maar niet beperkt tot ovulatiestimulatie
- In-vitrofertilisatie (IVF)
- Intracytoplasmatische sperminjectie (ICSI)
- Gamete intrafallopian transfer (GIFT)
- Zygote intrafallopian transfer (ZIFT)
- Kunstmatige inseminatie (AI)

Bovendien komen de kosten alleen voor vergoeding in aanmerking onder voorwaarde dat:

- de vrouw op het tijdstip van *behandeling* (eerste stimulatiedag van een behandelingscyclus en/of eerste cyclusdag bij inseminatie zonder hormonale stimulatie) jonger is dan veertig jaar en de man jonger dan vijftig jaar,
- er sprake is van steriliteit van de *verzekerde of meeverzekerde persoon* door een organische oorzaak en deze steriliteit alleen verholpen kan worden door middel van assisted reproduction en

- zowel de man als de vrouw die baat heeft bij de *behandeling* bij ons verzekerd zijn en in aanmerking komen voor *behandeling* op het door hen gekozen planningsniveau.

Voorwaarden voor de vergoeding van tandheelkundige prestaties volgens nr. 4.5

Kleine tandheelkundige diensten

Algemene tandheelkundige diensten:

- Screenings voor het vroegtijdig opsporen van aandoeningen van het gebit in de mond en de kaak
- Röntgenonderzoek
- Intraorale plaatselijke verdoving in verband met kleine tandheelkundige diensten

Profylactische diensten:

- Verwijdering van tandsteen en polijsten
- Professionele gebitsreiniging
- Beoordeling van de toestand van de mondhygiëne
- Lokale fluoridering voor *minderjarigen*
- Het afdichten van cariësvrije tandgaten voor *minderjarigen*

Conservatieve diensten:

- Eenvoudige vullingen met betrekking tot de holte
- Wortelkanaalbehandeling in verband met een volgende eenvoudige vulling

Chirurgische diensten:

- Afzuiging van tanden
- Verwijdering van een diepe breuk of tand met diepe verwoesting
- Hemisectie of gedeeltelijke extractie
- Verwijdering van een vastgehouden, gestoten of verkeerd uitgelijnde tand in een osteotomie
- Reimplantatie van een tand inclusief eenvoudige fixatie
- Uitsnijding van het slijmvlies of granulatieweefsel
- Resectie van een wortelpunt/Wortelamputatie en Cystectomie

Diensten die worden verleend voor ziekten van het mondslijmvlies en parodontium:

- Voorbereiding en documentatie van de status van de parodontium
- Lokale *behandeling* van ziekten van het mondslijmvlies

- Parodontale chirurgie (met name het verwijderen van subgingivaal beton en het gladstrijken van de wortels) gesloten procedure; de zakdiepte moet meer dan 3 millimeter bedragen.
- Flapchirurgie, open curettage inclusief oteoplastiek; de zakdiepte moet meer dan 5 millimeter zijn en de gesloten procedure heeft al eerder plaatsgevonden.

Inbrengen van occlusale spalken:

- Opname van een occlusale spalk zonder aanpassing van het oppervlak
- Opname van een occlusale spalk met oppervlakteverstelling
- Inspectie van een occlusale spalk of aanpassingen van het oppervlak, bv. additief of substractief. maatregelen

Functionele analyse en functionele therapie:

- Klinische functionele analyse inclusief documentatie
- Registratie van de gezamenlijke centrale positie van de onderkaak, met inbegrip van de steunpinregistratie (creatie van een gezichtsboog, en coördinatie van een gezichtsboog met een articulator)

Grote tandheelkundige *behandeling*

Prothetische diensten:

- Impressie of gedeeltelijke indruk van een kaak voor een situatiemodel met inbegrip van een beoordeling voor diagnose of planning
- Opstellen van een schriftelijk schema van de *behandeling* en de kosten voor de prothesebehandeling
- Bereiding van een vernielde tand met plastic augmentatie materiaal of en pin om een kroon te ontvangen
- Inlegvulling/Onlay
- Kleefstof bevestiging (plastic opbouw, speld, inlegwerk, kroon, gedeeltelijke kroon)
- Restauratie van een tand met een volledige of gedeeltelijke kroon
- Inbrengen van een geprefabriceerde kroon in een *kind*
- Voorlopige kronen/Brug
- Restauratie van een gedeeltelijk edentate boog met een brug of prothese
- Telescopische kroon en prothese
- Restauratie van een edentate kaak met een volledige of gedeeltelijke prothese

Implantologische prestaties:

- Implanthaatgerelateerde analyse
- Gebruik van een oriëntatiespalk/positioneringsspalk
- Implantaten inbrengen; slechts 4 implantaten per kaak en ondersteunende prothesen
- Blootstelling van een implantaat
- Inbrengen van augmentatie materiaal (bot en/of botvervangend materiaal)
- Sinusbodemverhoging

Voor- en nabehandeling, bijvoorbeeld een tandheelkundige *behandeling* in verband met tandprothesen, worden op dezelfde wijze vergoed als de kosten in verband met het voorschrijven of verstrekken van deze prothesen.

Orthodontische *behandeling*

Orthodontische *behandeling* voor een *kind* ontvangen voor de datum van hun 18e verjaardag, inclusief metalen beugels en beugels en een behandelplan. De medische noodzaak van een orthodontische *behandeling* wordt door ons geëvalueerd op basis van de Index of Orthodontic Treatment Needs (IOTN) van de Britse orthodontische vereniging. Extra kosten of diensten zoals speciale beugels, zoals linguale beugels, maar ook duidelijke uitlijners, zoals Invisalign, worden door ons niet vergoed.

Aanvullende diensten zoals speciale vormen van *behandeling* (bv. interne beugels, zogenaamde linguale technologie) en kunststof spalken volgens de uitlijnmethode (bv. Invisalign) worden niet vergoed.

Accidentele tandheelkundige *behandeling*

Tandheelkundige *behandeling* die nodig is als gevolg van een ongeluk met de tanden, veroorzaakt door een directe externe impact op het hoofd, bijvoorbeeld een val, of andere ongelukken die letsel veroorzaken door een externe kracht. Letsel veroorzaakt door eten/drinken of letsel veroorzaakt door bijten, kauwen, klemmen of tandenknarsen onder dit voordeeltypes vallen niet onder onze *behandeling*. Het ontvangstbewijs van de *tandarts* moet specifiek bevestigen dat de *behandeling* een gevolg is van een *ongeval*. U moet het bewijs van het *ongeval* leveren door middel van een medisch of politierapport.

Uitsluitingen

- Fluoridering van het tandoppervlak en het afdichten van scheuren voor volwassenen
- Fineers met inbegrip van gedeeltelijke voortandkronen
- Bleken of andere cosmetische en esthetische diensten die daarmee verband houden
- Sedatie/anesthesie
- Pijn- en angst verlichtende maatregelen, zoals *acupunctuur*, hypnose, algemene anesthesie, sedatie met lachgas, schemering slaap anesthesie

Uitzonderingen op deze regel zijn:

- Als een angststoornis is gediagnosticeerd door een gekwalificeerde specialist, zal Globality Health de kosten voor *kinderen* tot de leeftijd van 12 jaar dekken
- Sedatie/algemene verdoving
- *Behandeling* onder plaatselijke verdoving als onmogelijk te beschouwen vanwege geestelijk en lichamelijk gehandicapte patiënt of abnormaal gedrag, Globality Health zou de kosten voor sedatie of algemene verdoving terugbetalen

5. Hulp en ondersteuning van onze assistance-/servicediensten

Als u of een *meeverzekerde persoon* in het buitenland ziek wordt of een *ongeval* heeft, brengt dat tal van verwikkelingen met zich mee: de taal is vreemd, u kent de medische infrastructuur niet en het kost misschien moeite om in contact te komen met behandelend *artsen* en *ziekenhuizen* en met uw familie in het *land van vertrek* of uw *vaderland*.

Daarom dekken wij niet alleen uw ziektekosten, maar bieden wij u in aanvulling daarop een uitgebreid pakket assistance-/diensten die bij uw verzekering zijn inbegrepen en waarmee wij u en de *meeverzekerde personen* gedurende het verblijf in het buitenland actief willen ondersteunen.

Wij staan u bij als zich problemen voordoen en bieden u nuttige organisatorische hulp tijdens uw verblijf in het buitenland.

Van deze assistance-/servicediensten kunt u 24 uur per dag, 7 dagen per week en 365 dagen per jaar gebruik maken. Het in uw verzekeringsdocumenten vermelde telefoonnummer kunnen u en de *meeverzekerde personen* dag en nacht bellen voor advies en ondersteuning van onze meertalige medewerkers, assistance-coördinatoren en *artsen*.

U en de *meeverzekerde personen* kunnen afhankelijk van de gekozen polisvorm gebruikmaken van deze assistance-/diensten bij het optreden van een verzekerde gebeurtenis en in *spoedgevallen*. Zodra de verzekering voor u of een *meeverzekerde persoon* eindigt, maakt u en/of deze *meeverzekerde persoon* ook geen aanspraak meer op onze assistance-/servicediensten.

Belangrijk: de onder de nrs. 5.1 en 5.2 vermelde assistance-diensten kunnen afhankelijk van de gekozen polisvorm afwijken of niet verzekerd zijn.

5.1 Toelichting – medische assistance (zie nr. 4.6)

Regeling van medisch noodzakelijk ziekentransport

De omvang van de vergoedingen in verband met ziekentransport is geregeld onder nr. 4.3 en 4.4. Indien de medische ziekenhuiszorg in het land waar het voorval gebeurde onvolgende is, hebben u en de *meeverzekerde personen* bovendien recht op grensoverschrijdend ziekentransport.

In dit geval vergoeden wij de daaraan verbonden kosten onder de volgende voorwaarden:

- Het ziekentransport moet zijn voorgeschreven door de behandelende *arts* en medisch noodzakelijk zijn.
- Het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* moet vooraf hebben toegezegd dat de kosten worden vergoed.

Het ziekentransport vindt plaats na overleg tussen het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* en de behandelende *arts*:

- naar een voor de verdere *behandeling* geschikte plaats in een derde land (binnen het gekozen *dekkingsgebied*),
- bij een verzekerde gebeurtenis buiten het *land van verblijf* naar de actuele woonplaats van de *verzekerde/meeverzekerde persoon* in het *land van verblijf*,
- naar de laatste vaste woonplaats van de *verzekerde/meeverzekerde persoon* in het *land van vertrek* of het *vaderland*.

Indien medisch noodzakelijk, wordt ook geregeld dat een *arts* het transport begeleidt. U en de *meeverzekerde personen* hebben alleen recht op transport naar een plaats waar een adequate *behandeling* mogelijk is.

Informatie over de medische infrastructuur

Bij het optreden van een verzekerde gebeurtenis en in *spoedgevallen* kan het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* u en de *meeverzekerde personen* informeren over de medische zorg ter plaatse. Daarnaast kunt u bij dit *service-centrale* terecht voor de naam- en adresgegevens van ter plaatse beschikbare Duits-, Engels-, Frans- of Spaanstalige *artsen* en ondersteunende diensten in *ziekenhuizen*, voor de adresgegevens van *ziekenhuizen* en speciale klinieken en voor informatie over de mogelijkheden van overplaatsing naar een ander *ziekenhuis* of een andere kliniek.

Begeleiding en informatie

Zodra u of een *meeverzekerde persoon* ter plaatse medische hulp nodig heeft, kunt u telefonisch contact opnemen met de medische dienst van het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health*.

Bij het optreden van een verzekerde gebeurtenis en in *spoedgevallen* kan dit *service-centrale van Globality Health* op uw

verzoek en/of op verzoek van de *meeverzekerde personen* – voor zover dit technisch mogelijk is – uw naasten informeren. U en de *meeverzekerde personen* kunnen bij levensbedreigende ziekten en ernstige gezondheidsproblemen van blijvende aard via het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* een *second opinion* laten uitbrengen, d.w.z. een diagnose laten stellen door een tweede *arts*. Onze *service-centrales* helpen *verzekerde* en *meeverzekerde personen* in het kader van een klinische *behandeling* bij het plannen van opname in en ontslag uit het *ziekenhuis*.

Wij bieden de mogelijkheid het ziektebeloop door *artsen* van het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* en door assistance-coördinatoren te laten volgen om een ziekenhuisopname te vermijden. Bovendien kan tot overleg tussen dokters onderling worden overgegaan inzake klinische of ambulante *behandeling* om een ziekenhuisopname te vermijden.

Betalingsgarantie

In *spoedgevallen* waarin een stationaire *behandeling* noodzakelijk is, dient het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* onverwijld te worden ingeschakeld. Bij een geplande stationaire *behandeling* dient dit *service-centrale* uiterlijk zeven dagen vóór opname te worden ingeschakeld; dit geldt ook voor poliklinische operaties, waarvoor geen ziekenhuisopname nodig is. Om zo goed mogelijk te kunnen oordelen over een mogelijke dekking van een geplande *behandeling*, vereisen we een kostenraming en medisch rapport, met inbegrip van de diagnose, ziektegeschiedenis en aard van de geplande *behandeling*.

Alleen onder deze voorwaarden kan bij geplande stationaire *behandelingen* en bij spoedopnamen worden geregeld dat er aan de *artsen* en/of het *ziekenhuis* een betalingsgarantie wordt afgegeven en alleen dan is het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* in staat te toetsen of de op de betreffende facturen in rekening gebrachte medische kosten redelijk zijn. Daarnaast maken wij op uw verzoek afspraken met de *ziekenhuizen* over de verzending van de facturen en de betalingsmodaliteiten en proberen wij een gecentraliseerde betaling te regelen. In dergelijke gevallen zal het daartoe aangewezen *service-centrale* u schriftelijk of per e-mail informeren over de gang van zaken.

Gelieve ervan op de hoogte te zijn dat het in sommige regio's normaal is dat u uw kredietkaart gegevens dient op te geven als garantie voor de betaling. Indien er in uw polis vrijstellingen gelden of als de kosten de verzekeringslimieten overschrijden, dan kan een bedrag van uw kredietkaart afgeboekt worden.

Organisatorische ondersteuning na het overlijden van een verzekerde, participatie in de overbrengingskosten

Ook wanneer een *verzekerde persoon* in het buitenland overlijdt, biedt het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* u de nodige hulp.

Dit *service-centrale van Globality Health*:

- zorgt voor de overlijdensakte of het proces-verbaal van het *ongeval*, voor zover de wettelijke bepalingen dit toelaten,
- legt contact met de overheidsinstanties en consulaten in het buitenland,
- gaat na welke nabestaanden gerechtigd zijn te beschikken over overbrenging van het stoffelijk overschot of crematie,
- vervult overeenkomstig de bepalingen van het betreffende land alle formaliteiten in verband met de overbrenging van het stoffelijk overschot en/of de crematie of begravenis ter plaatse.

Wij vergoeden:

- de directe kosten van overbrenging van het stoffelijk overschot naar het *land van vertrek* of het *vaderland* (inclusief de formaliteiten),
- bij crematie in het *land van verblijf* de kosten van overbrenging van de urn naar het *land van vertrek* of het *vaderland*.

De eigenlijke begravenis- en crematiekosten worden door ons niet vergoed.

Aanvullende medisch noodzakelijke ondersteuning

Het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* informeert u en de *meeverzekerde personen* onafhankelijk van het optreden van een verzekerde gebeurtenis over algemene (informatie over het land, douaneformaliteiten) en medische (vaccinatieadvies, telefonische medische informatie) reisvoorbereidingen en geeft u tips over de inhoud en aanschaf van een reisapotheek/verbanddoos.

Indien u of een *meeverzekerde persoon* ziek wordt, kunt u bij het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* terecht voor algemene informatie over de aard, de mogelijke oorzaken en de mogelijkheden tot *behandeling* van de ziekte alsmede voor een verklaring van de medische vaktermen. Voor informatie over *geneesmiddelen* en identieke/vergelijkbare preparaten en hun bij- en wisselwerkingen kunt u eveneens contact opnemen met dit *service-centrale van Globality Health*.

Bij ambulante prestaties informeert het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* zich (eventueel door gesprekken van *arts tot arts*) over de *behandeling* en het ziekteproces en volgt het *service-centrale* het verloop van de ziekte en de verdere *behandeling*.

Onlinediensten

Het beveiligde gedeelte van onze homepage www.globality-health.com heeft een beveiligde pagina waar u rechtstreeks toegang hebt tot een heleboel nuttige onlinediensten. De informatie over de toegangsprocedure tot deze beveiligde pagina ontvangt u samen met uw *Globality Service Card* van ons.

5.2 Toelichting – aanvullende assistance (zie nr. 4.7)

Aanschaf van *geneesmiddelen*

Indien u of een *meeverzekerde persoon* levensnoodzakelijke *geneesmiddelen* moet gebruiken die, niet verkrijgbaar zijn op uw verblijfplaats, kunt u het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* inschakelen. Voor zover er geen wettelijke bepalingen zijn die dit onmogelijk maken, zal dit *service-centrale* dan zorgen voor de aanschaf en verzending van deze wettelijk toegelaten *geneesmiddelen*.

Regeling van de terugreis

Indien de terugreis vanuit het *land van verblijf* ingevolge een medisch *spoedgeval* dat reizen onmogelijk maakt, moet worden uitgesteld, zorgt het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* ervoor dat hotels en vluchten worden omgeboekt. De meerkosten die daardoor ontstaan, worden door ons tot een bedrag van maximaal € 2.000/\$ 2.600/£ 1.680 vergoed.

Bezoek van familieleden

Indien u of een *meeverzekerde persoon* met spoed in het *ziekenhuis* moet worden opgenomen (zowel in het *land van verblijf* als tijdens een vakantie- of zakenreis), zorgt het *service-centrale van Globality Health* ervoor dat er een familielid op bezoek kan komen. Het daartoe aangewezen *service-centrale* regelt de reis van een familielid naar de plaats waar het *ziekenhuis* zich bevindt, en de terugreis van dit familielid naar zijn woonplaats, indien de ziekenhuisopname langer duurt dan zeven dagen. Wij vergoeden de reiskosten (treinreis 1e klas, vlucht economy class) en de hotelkosten (maximaal zeven dagen) tot het vermelde maximumbedrag – onder voorwaarde dat het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* vooraf wordt ingeschakeld.

Reiskosten van verzekerde leden om bij een familielid te zijn dat in levensgevaar is of is overleden

Indien een *verzekerde persoon* gedwongen wordt terug te keren naar zijn/haar thuisland als gevolg van een ernstig ziekte/*ongeval* of overlijden van een familielid, zal Globality Health de kosten vergoeden, tot de maximale bedragen genoemd in lid 4.7 van de Algemene Voorwaarden onder de vervoerskosten (retourticket in eerste klas en vliegticket in toeristenklasse) naar de woonplaats of de plaats van ziekenhuisopname van het gezinslid in het land van herkomst, in geval van ernstige ziekte of *ongeval*, en naar de plaats van begrafenis in het land van herkomst, in geval van overlijden van het gezinslid, respectievelijk. Als ernstige ziekte en ernstig *ongeval* worden beschouwd de ziekten en *ongevallen* die het leven van het gezinslid in gevaar brengen. Voor de toepassing van deze dekking worden als familieleden beschouwd de echtgeno(o)t(e) of ongehuwde partner en de ouders en *kinderen* van de *verzekerde*. De vervoerskosten voor de terugzending wegens ernstige ziekte en ernstig *ongeval* worden enkel terugbetaald op voorwaarde dat er vooraf contact wordt opgenomen met het corresponderende *service-centrale van Globality Health*. Vervoerskosten bij overlijden worden alleen vergoed als de overlijdensakte vooraf wordt overlegd.

Reiskosten voor een begeleider, in geval van repatriëring van een *verzekerde*

In het geval van een medisch noodzakelijke repatriëring van een *verzekerde*, waarvoor we vooraf een vergoeding van de kosten hebben afgesproken in overeenstemming met Nr. 5.1.

van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, vergoeden we tot de sublimiet vermeld in Nr. 4.7. van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, de reiskosten (treinreis eerste klas en vliegticket toeristenklasse) van een begeleider naar de laatste vaste verblijfplaats van de *verzekerde* in zijn/haar thuisland of *land van vertrek*, of naar de plaats waar de *verzekerde* inpatiente *behandeling* na repatriëring zal ontvangen.

Regeling van de terugreis of de opvang van de kinderen

Indien een spoedopname van beide ouders in het *land van verblijf* noodzakelijk is, regelen wij dat er gedurende de klinische *behandeling* door een *kinderopvangorganisatie* voor de *kinderen* wordt gezorgd. Indien beide ouders tijdens een vakantie (maximaal zes weken) met spoed een klinische *behandeling* moeten ondergaan, geeft de verzekering recht op regeling van de terugreis van *minderjarige kinderen* met een begeleider naar de actuele woonplaats in het *land van verblijf*.

Hulp bij eventuele psychische problemen ontstaan door het verblijf in het buitenland

Indien er bij u of de *meeverzekerde personen* als gevolg van het verblijf in het buitenland een psychische conflictsituatie ontstaat, kunt u telefonisch contact opnemen met het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* voor psychologisch-therapeutische hulp en advies. Zo nodig regelt het *service-centrale* hulp ter plaatse.

Documentendepot (deponering van documenten, hulp bij het aanvragen van vervangende documenten)

Kopies van reisdocumenten (bijv. paspoort, identiteitsbewijs, visum, creditcard, rijbewijs, kentekenbewijs, (deel I en II), vaccinatiebewijs, allergiepas, zakelijke documenten maximaal twintig pagina's A4) kunnen in een gesloten omslag met een persoonlijk wachtwoord bij het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* in bewaring worden gegeven. In geval van verlies van de originelen wordt – afhankelijk van de vraag of er sprake is van een verzekerde gebeurtenis – hulp verleend bij het aanvragen van vervangende documenten door verzending van de kopies per post, koeriersdienst of fax. De documenten worden vijf jaar in depot gehouden, voor zover zij niet door u of de *meeverzekerde personen* worden geactualiseerd.

Regeling van hulp bij juridische problemen

Het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* kan u de namen adresgegevens verstrekken van Duits-, Engels-, Frans- of Spaanstalige advocaten of experts overal ter wereld. Zo nodig regelt dit *service-centrale van Globality Health* de betaling van een voorschot op en/of de voorlopige betaling van advocatenkosten, gerechtskosten of een borgsom. Het betreffende bedrag wordt niet betaald door het *service-centrale*, maar deze neemt contact op met bijv. de huisbank of familieleden en helpt eventueel bij de transfer van het geld.

Info over interculturele training

Het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* kan u gegevens verstrekken van speciale aanbieders bij wie u ter voorbereiding van uw verblijf in het buitenland land- en regio-specifieke cursussen kunt volgen waarin wordt ingegaan op de aspecten leven en werken in het buitenland.

6. Uitsluitingen

Wanneer ontvangt u geen terugbetaling?

Behandeling door bepaalde artsen, tandartsen en andere zorgverstrekkers en behandeling in bepaalde ziekenhuizen

Hieronder vallen prestaties van *artsen, tandartsen* en andere *zorgverstrekkers* van wie en/of *ziekenhuizen* waarvan wij de nota's om een ernstige fout van vergoeding hebben uitgesloten. Deze vrijstelling van onze vergoedingsplicht geldt alleen voor verzekerde gebeurtenissen die zich voordoen nadat u en/of de *meeverzekerde personen* over de betreffende uitsluiting bent en/of zijn geïnformeerd. Voor zover er op het moment van berichtgeving al sprake is van een verzekerde gebeurtenis, vervalt onze vergoedingsplicht alleen voor kosten die worden gemaakt nadat er sinds de berichtgeving drie maanden zijn verstreken.

Behoeftte aan langdurige zorg en bewaring

Wij vergoeden geen kosten voor huisvesting in verband met de behoefte aan langdurige zorg en bewaring.

Complicaties veroorzaakt door uitgesloten dekking

We betalen geen kosten terug als gevolg van complicaties die rechtstreeks werden veroorzaakt door en gerelateerd zijn aan een ziekte, aandoening of *behandeling* die we niet of slechts in beperkte mate in ons tariefplan hebben opgenomen.

Cosmetische/plastische chirurgie en behandeling

Onkosten die worden gemaakt voor plastische chirurgie en *behandeling* worden niet vergoed.

Draagmoederschap

Wij vergoeden niet de kosten van *behandelingen* die rechtstreeks verband houden met het draagmoederschap, of u nu optreedt als draagmoeder of als de beoogde ouder.

Kinderen die geboren zijn bij een draagmoeder zijn uitgesloten van de dekking.

Epidemieën, pandemieën en uitbraken van ziekten

Kosten in verband met *behandeling* en/of medische evacuatie en/of repatriëring die direct of indirect het gevolg zijn van epidemieën, pandemieën of uitbraken van ziekten en die onder de controle van de plaatselijke volksgezondheidsinstanties zijn gebracht, worden niet vergoed, tenzij schriftelijk anders door ons is overeengekomen.

Experimentele en onderzoekende *behandelingen*

We zullen geen enkele vorm van *behandeling* of drugstherapie behandelen die we als experimenteel of onderzoekend beschouwen. Een dienst, technologie, levering, procedure, *behandeling*, medicijn, apparaat, faciliteit, apparatuur of biologisch product wordt beschouwd als experimenteel of onderzoekend wanneer het niet voldoet aan alle volgende eisen:

- Het moet een definitieve vergunning hebben en duidelijk aangegeven toestemming van ten minste een van de volgende organisaties: EMA (Europees Geneesmiddelenbureau), FDA (Food and Drug Administration – fase III voltooid), Europees netwerk voor de evaluatie van gezondheidstechnologie (EUnetHTA). Tussentijdse goedkeuring is niet voldoende. De goedkeuring komt alleen in aanmerking voor de overeenkomstige indicaties en voorwaarden. In het geval van procedures en goedgekeurde klinische trajectbegeleiding moet het duidelijk als zodanig worden vermeld op een van de volgende richtlijnen: NICE (National Institute for Health and Care Excellence), AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), AHRQ National Guideline (Agency for Healthcare Research and Quality – National Guideline Clearinhouse).
- Alle goedkeuringen en richtlijnen moeten sluitend zijn en kunnen niet de behoefte aan meer onderzoek, of onderzoeksomgeving, of beperkt bewijs, of onvoldoende bewijs of gebrek aan klinische bruikbaarheid vermelden.

Geneeskundige *behandeling* door de huwelijksof levenspartner, ouders of kinderen

De kosten van geneeskundige prestaties door de huwelijksof levenspartner, ouders of *kinderen* worden niet door ons vergoed. Wel vergoeden wij de voor de *behandeling* noodzakelijke onkosten na voorlegging van de betreffende nota's overeenkomstig de polisvoorwaarden.

Genetisch testen

Wij zijn niet aansprakelijk voor kosten voor genetisch testen, behalve wanneer specifiek genoemde genetische tests bij uw plan zijn inbegrepen, of wanneer wij schriftelijk uitdrukkelijk anders zijn overeengekomen.

Geslachtsverandering

We betalen geen kosten terug voor het veranderen van de biologische, seksuele kenmerken door chirurgische ingrepen en hormoon*behandeling* aan personen van het andere geslacht.

Handelen of reizen tegen medisch advies in/Nalaten advies in te winnen

Wij dekken geen *behandeling* die nodig is ten gevolge van het niet inwinnen of opvolgen van medisch advies, of ten gevolge van reizen die tegen medisch advies in zijn ondernomen.

Letsels veroorzaakt door de militaire dienstplicht

Wij dekken geen ziekten en *ongevallen* en de gevolgen daarvan, die worden veroorzaakt terwijl de *verzekerde* zijn militaire dienstplicht vervult.

Niet-medische ziekenhuiskosten

De vergezelende partner, alle niet-medische verbruiksgoederen en catering en alle mediagebonden kosten (bijv. tv en radio).

Nucleaire, chemische en biologische besmetting

We hebben geen betrekking op ziekten en *ongevallen* en de gevolgen daarvan, die zijn veroorzaakt door kernenergie (kernreacties, bestralingen en besmetting), maar ook op ziekten en *ongevallen* en de gevolgen daarvan die zijn veroorzaakt door chemische of biologische wapens.

Ontgiftingsprogramma's met inbegrip van therapieën

Ontgiftingsprogramma's, inclusief therapieën voor drugsverslaving en alcoholisme, worden niet gedekt door de verzekering. Zonder afbreuk te doen aan deze bepaling, worden de contractuele voordelen betaald voor een eerste ontgiftiging waarvoor de vergoeding van de kosten of voordelen niet elders kan worden geclaimd. In het geval van een klinische ontgiftiging worden alleen de kosten voor algemene basisdienstverlening in het *ziekenhuis* vergoed.

Wij vergoeden geen andere *behandelingen* die veroorzaakt worden door of direct verband houden met schadelijk, gevaarlijk of verslavend gebruik van welke stof dan ook, inclusief alcohol en drugs.

Ontwikkelingsstoornissen

De verzekering dekt geen dienstverlening, therapieën, opleidingstests of training die verband houdt met leerproblemen of stoornissen in de psychologische ontwikkeling, zoals vertraging in de ontwikkeling, schoolvaardigheden, pervasieve stoornissen, mentale achterstand, waarnemingshandicap, hersenschade die niet is veroorzaakt door ongevallen/letsel of ziekte, minimale hersendysfunctie, dyslexie of apraxie.

Oorlog, binnenlandse onlusten, terrorisme

De verzekering biedt geen dekking voor ziekten of *ongevallen* en de gevolgen daarvan, noch voor overlijden ten gevolge van oorlogshandelingen, burgerlijke onlusten of terreurdaden, tenzij de *verzekerde* gewond raakt als niet-betrokken derde die het gevaar niet opzettelijk of uit onachtzaamheid heeft veronachtzaamd en de *verzekerde* zich niet opzettelijk in het conflictgebied heeft begeven.

De verzekeringsdekking wordt in geen geval verleend indien de niet bij het conflict betrokken derde zich in een gebied van rechtstreekse oorlogvoering begeeft of diensten voor een van de strijdende partijen verricht. De uitsluiting van prestaties is van toepassing ongeacht of de oorlog al dan niet is verklaard.

Indien de *verzekerde* kennis krijgt van de oorlog, de onlusten of de terroristische daden terwijl hij zich in het land bevindt, dekt de verzekering slechts een dringende en levensreddende behandeling en slechts zolang de *verzekerde* verhinderd is het betrokken land of gebied te verlaten, doch maximaal gedurende 28 dagen.

Opzettelijk veroorzaakte ziekten en *ongevallen* (zelf veroorzaakt letsel waaronder ook zelfmoordpoging) met inbegrip van de gevolgen ervan

Opzettelijk veroorzaakte ziekten en *ongevallen* met inbegrip van de gevolgen ervan, worden niet door de verzekering gedekt. Een ziekte of *ongeval* wordt beschouwd als opzettelijk, indien de handelende persoon op zijn minst een idee had van de gevolgen van zijn handelen en het veroorzaakte letsel als mogelijk gevolg op de koop toe heeft genomen.

Overmacht

Kosten gerelateerd aan *behandeling(en)* en/of medische evacuaties en/of repatriëringen, direct of indirect voortvloeiend uit overmacht en waar we verhinderd worden om bijstand

te bieden, of in geval we door de lokale overheden geen controle kunnen uitoefenen over de situatie, worden niet terugbetaald, tenzij dit door ons schriftelijk wordt bevestigd. Overmacht houdt onder andere in: gebeurtenissen die onvoorspelbaar, onvoorzienbaar of onvermijdelijk zijn, zoals extreme weersomstandigheden, aardverschuivingen, aardbevingen en -schuivingen, brand, overstromingen, verzakkingen, en alle andere handelingen of gebeurtenissen die buiten onze redelijke controle liggen.

Spa- en wellnessmassages

Wij dekken geen verblijven of *behandelingen* in een kuurcentrum, een badcentrum, een kuuroord of een herstelcentrum, ook al zijn ze medisch voorgeschreven. Dit omvat ook thermale baden, sauna's en alle soorten wellness-massages.

Sterilisatie, seksuele disfunctie en anticonceptie

We zullen geen enkele procedure die gericht is op het maken van een persoon niet in staat om te reproduceren, geen enkele procedure, *behandeling* of medicatie om een zwangerschap of een *behandeling* van seksuele disfunctie te voorkomen (tenzij een deel van de IVF-behandeling).

Therapieën en *behandelingen* in sanatoria, herstellingsoorden en verpleeghuizen en specifieke revalidatiemaatregelen

We zullen geen therapieën en *behandelingen* in sanatoria of herstellingsoorden en verpleeghuizen behandelen. Echter, afhankelijk van het door u gekozen planniveau, vergoeden wij een deel van de kosten voor de vervolgrevalidatie.

Transportkosten

Zonder dat wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven, vergoeden wij uw transportkosten niet, behalve voor de ambulancediensten in geval van nood.

Verblijf in een inrichting bij hulpbehoevendheid

De kosten van verblijf in een inrichting bij hulpbehoevendheid worden niet door ons vergoed.

Vitaminen en mineralen

We betalen de kosten niet terug van producten die zijn geclassificeerd als vitamines of mineralen (behalve tijdens de zwangerschap of voor de *behandeling* van gediagnosticeerde, klinisch significante syndromen van vitaminedeficiëntie), voedingssupplementen, inclusief maar niet beperkt tot

speciale babyformules en cosmetische producten, zelfs indien medisch aanbevolen, voorgeschreven of erkend voor therapeutische effecten.

We erkennen voedingsmiddelen, tonics, mineraalwater, cosmetica, gezondheids- en lichaamsverzorgingsproducten en badadditieven niet als medisch noodzakelijk. Daarom betalen we deze kosten niet terug.

Zicht

We betalen geen *behandelingen* of chirurgische ingrepen terug die het zicht corrigeren zoals laserbehandelingen, refractieve keratotomie (RK) en fotorefractieve keratectomie (PRK).

Zwangerschapsafbreking

Wij dekken zwangerschapsafbreking in geval van lichamelijk levensbedreigend gevaar voor de zwangere vrouw of als de foetus niet-levensvatbaar is geworden, en alleen als dit voortgaand aan de *behandeling* schriftelijk door ons is overeengekomen. De bovenstaande voorwaarden moeten worden bewezen door noodzakelijke medische onderzoeksrapporten en een medisch rapport van de *arts*, waarin de redenen voor de zwangerschapsafbreking worden vermeld.

Overige beperkingen

Als de *behandeling* of andere maatregel waarvoor er waarborgen voorzien zijn, meer inhoudt dan de medische noodzakelijkheid of als het bedrag van het schadegeval geen gangbare en redelijke kost is, behouden wij het recht om

de terugbetaling te beperken. De *verzekerde persoon* is dan verantwoordelijk om die kosten, die niet gangbaar en redelijk zijn, op zich te nemen met als reden dat wij geen bedragen terugbetalen die niet gangbaar en redelijk zijn. Wij behouden het recht om alle kosten of kosteringen te laten evalueren door dokters om vast te stellen of een kost als gangbaar en redelijk kan worden beschouwd. Indien er ook aanspraak kan worden gemaakt op terugbetalingen op grond van een wettelijk verplichte ziektekostenverzekering, een wettelijk verplichte of particuliere ongevalverzekering, een wettelijk verplichte pensioenverzekering of op terugbetalingen van een andere verzekeraar of instelling, bent u en/of zijn de *meeverzekerde personen* verplicht de betreffende rechten aan ons af over te dragen.

In het belang van alle betrokken partijen, zullen wij de geldende internationale sancties en voorschriften naleven. We moeten geen dekking aanbieden en zullen ook niet aansprakelijk zijn om schades uit te betalen of waarborgen te voorzien onder deze verzekeringspolis, in die mate dat de voorziening van dergelijke dekking, betaling van een dergelijke claim of voorziening ons zou blootstellen aan sancties, verboden of beperkingen onder resoluties van de Verenigde Naties, aan economische of handelssancties van het Verenigd Koninkrijk of aan sancties van de Verenigde Staten van Amerika.

7. Handelswijze en bepalingen ten aanzien van verzekerde gebeurtenissen

7.1 Medische noodzaak

Medisch noodzakelijk zijn alle passende medische maatregelen, gebaseerd op internationaal erkende medische normen op het desbetreffende tijdstip en de desbetreffende plaats, die worden gebruikt om de ziekte, aandoening of het letsel te diagnosticeren, te behandelen, te genezen of te verlichten en die door de verzekeraar als passend worden erkend.

Deze maatregelen moeten

- a) worden uitgevoerd in een door de autoriteiten van het land waar de *behandeling* plaatsvindt erkende en van een vergunning voorziene inrichting voor gezondheidszorg.
- b) de meest geschikte zijn, rekening houdend met zowel de veiligheid van de patiënt als de kosteneffectiviteit.
- c) in overeenstemming zijn met de diagnose, symptomen of behandeling van de onderliggende aandoening.
- d) Klinisch passend zijn, wat type, frequentie, omvang, plaats en duur betreft, en doeltreffend worden geacht voor de ziekte, het letsel of de ziekte van de patiënt.
- e) Niet vereist louter voor het comfort of het gemak van de patiënt, medische zorgverleners, *therapeuten* of *artsen*.
- f) Niet voor klinische proeven, experimenten, onderzoek of cosmetische doeleinden (zie ook 6).
- g) Niet voor screening en preventieve zorg.

7.2 Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U en de *meeverzekerde personen* kunnen zelf kiezen uit alle *artsen* en/of *tandartsen* die in het land waar de *behandeling* plaatsvindt, als *arts* en/of *tandarts* zijn toegelaten, en uit andere *zorgverstrekkers* die over een op hun vakgebied erkende en goede opleiding beschikken. Uitsluitend de kosten van medische en/of tandheelkundige hulp die volgens de regels van de geneeskunde en/of tandheelkunde voor een medisch noodzakelijke *behandeling* nodig is, kunnen worden vergoed.

Voor vergoeding in aanmerking komen medische en tandheelkundige hulp alsmede de verrichtingen van andere *zorgverstrekkers*, voor zover de tarieven zijn gebaseerd op de *berekeningsgrondslagen* die in het betreffende land normaal gesproken worden gehanteerd, en voor zover deze redelijk zijn. Ook kosten die de op deze *berekeningsgrondslagen* gebaseerde maximumtarieven overschrijden, komen voor vergoeding in aanmerking, mits de omvang ervan voortvloeit uit het feit dat de aard van de ziekte of diagnose de *behandeling* extra gecompliceerd maakt en de kosten in redelijkheid

zijn berekend. Bij verrichtingen van *zorgverstrekkers* zoals masseurs, verloskundigen en natuurgeneeskundigen zonder artsdiploma (Heilpraktiker) waarvoor in het *land van verblijf* geen speciale *berekeningsgrondslag* bestaat, zullen wij uitgaan van de vergelijkbare vergoedingen voor *artsen* en/of van de gebruikelijke prijzen in het land van *behandeling*.

Bij de vergoeding van tandtechnische laboratoriumwerkzaamheden en materialen gaan wij uit van de gemiddelde prijzen in het *land van verblijf*. Tand- en gebitsprothesen alsmede implantaten en orthodontische prestaties worden ook beschouwd als tandheelkundige prestatie, indien de betreffende prestaties niet worden uitgevoerd door een *tandarts* maar door een *arts*. Zij vallen niet onder de rubriek ambulante of klinische *behandeling*. De contractueel overeengekomen vergoedingen worden uitsluitend verstrekt voor onderzoek en behandelingsmethoden en *geneesmiddelen* die door de *academische geneeskunde* vrijwel algemeen zijn erkend. Daarnaast worden vergoedingen verstrekt voor methoden en *geneesmiddelen* waarmee in de praktijk goede resultaten zijn behaald of die worden toegepast, omdat er geen door de *academische geneeskunde* erkende methoden of *geneesmiddelen* beschikbaar zijn; wij kunnen onze vergoedingen echter verminderen tot het bedrag dat wij bij toepassing van bestaande door de *academische geneeskunde* erkende methoden en *geneesmiddelen* hadden moeten vergoeden.

7.3 Wat u moet doen, wanneer u recht heeft op vergoeding

Wij streven ernaar de vergoedingen ook in uw belang zo snel mogelijk te betalen. Daarvoor is het noodzakelijk dat u de vergoedingen waarop u recht heeft, direct na afloop van de *behandeling* onder voorlegging van nota's en eventuele andere bewijsstukken bij ons aanvraagt.

- a) Wij zijn alleen tot vergoeding verplicht, indien de door ons verlangde bewijsstukken zijn ingediend; deze worden onze eigendom. Wij behouden ons het recht voor deze bewijsstukken te archiveren.

- b) Belangrijk!

Tenzij wij met u anders overeenkomen, dient u wanneer u recht heeft op vergoeding, de bewijsstukken direct toe te zenden aan het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health*. Van nota's en kwitanties dient u de originelen in te dienen. Deze moeten in overeenstemming zijn met de in het betreffende land geldende rechtsvoorwaarden voor het opmaken van facturen (zorg ervoor dat u

ook voldoet aan de onder nr. 7.4 vermelde voorwaarden). Om u de afwikkeling zo gemakkelijk mogelijk te maken en uw kosten zo snel mogelijk te kunnen vergoeden, accepteren wij echter ook de verzending van nota's en kwitanties per e-mail of fax, voor zover de ontvangstkwaliteit goed genoeg is om verwerking mogelijk te maken. Indien nodig, kan de verzekeraar desondanks verlangen dat de originele bewijsstukken worden ingediend. Indien een deel van de kosten is voldaan door een andere zorgverzekeraar en/of een andere instelling, kan worden volstaan met kopieën van de nota's, mits deze zijn voorzien van een originele aantekening waaruit blijkt welke vergoeding door de betreffende verzekeraar of instelling is betaald. Ook indien wij een vergoeding betalen aan de toonder of inzender van originele bewijsstukken die aan de voorschriften voldoen, geldt dit als een bevrijdende betaling.

- c) Aanspraken op vergoeding op grond van de verzekering kunnen principieel niet worden overgedragen of verpand (behalve in bepaalde gevallen aan zorgverleners, zie nr. 7.6 a)).

7.4 Inhoud van nota's en kwitanties

a) Nota's moeten bevatten:

- de voor- en achternaam alsmede de geboortedatum van de *verzekerde* en/of *meeverzekerde persoon*,
- zo mogelijk de exacte, door de *arts* vermelde naam van de ziekte (diagnose) of anders een nauwkeurige omschrijving van de klachten,
- een gespecificeerd overzicht van de prestaties met behandeldata en prijzen,
- bij een tandheelkundige *behandeling* tevens de namen van de behandelde of vervangen gebitselementen alsmede de uitgevoerde verrichtingen.

b) Daarnaast zijn de volgende punten van belang:

- Bewijsstukken moeten zo mogelijk worden ingediend in de Engelse, Duitse, Franse, Nederlandse of Spaanse taal. Zo mogelijk dienen er Arabische cijfers en Latijnse letters (1, 2, 3 ... a, b, c ...) te worden gebruikt alsmede de codes van ICD-code (International Classification of Diseases) 9 of 10.
- Op recepten moeten de voornaam, de achternaam en de geboortedatum van de *verzekerde* of *meeverzekerde persoon*, het voorgeschreven *geneesmiddel* en de prijs daarvan vermeld staan en moet duidelijk aangegeven zijn dat het verschuldigde bedrag is voldaan.
- Recepten moeten samen worden ingediend met de bijbehorende nota van de *arts* en nota's van therapeutische

prestaties en hulpmiddelen samen met het document waarbij deze zijn voorgeschreven.

- Indien u in plaats van vergoeding van de kosten een *vervangende ziekenhuisdagvergoeding* aanvraagt, moet er een verklaring inzake de klinische *behandeling* worden ingediend waarin de voornaam, achternaam en geboortedatum van de behandelde persoon, de naam van de ziekte, de opname- en ontslagdatum vermeld staan alsmede eventuele tussengelegene data waarop de behandelde persoon niet in het *ziekenhuis* verbleef.

Gebruik voor het aanvragen van vergoedingen zo mogelijk ons behandelingsformulier. Dit vindt u terug op onze website en is eveneens verkrijgbaar bij het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health*. Laat dit formulier ondertekenen door de *arts* alvorens u het indient. Zo weet u zeker dat uw vergoedingsaanvraag snel kan worden behandeld en kunt u vragen die tot vertraging van de betaling zouden kunnen leiden, in de meeste gevallen voorkomen.

7.5 Handelswijze bij ongevallen/in spoedgevallen

U kunt dag en nacht contact met ons opnemen. Adressen, telefoonnummers en e-mailadressen vindt u in al onze documenten. Indien u of een *meeverzekerde persoon* in geval van een ernstige verzekerde gebeurtenis, in het bijzonder na een *ongeval*, in een *spoedgeval* of bij een klinische *behandeling*, het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* inschakelt, bieden wij onmiddellijk aan om terug te bellen.

7.6 Afhandeling van vergoedingsaanspraken

a) Vergoedingen voor klinische prestaties:

Vaste kosten, zoals het verpleegtariaf of de toeslag voor klasse-verpleging in het *ziekenhuis* of de kosten van vervoer per ambulance, betalen wij op uw verzoek direct aan de instelling waarvan de nota afkomstig is. Daarnaast kunnen u en de *meeverzekerde personen* de aanspraken op vergoeding jegens ons afstaan aan de *zorgverstreker*, bijv. met een zogenaamde overdrachts-verklaring jegens het *ziekenhuis*. Directe afrekening is echter alleen mogelijk, indien het *ziekenhuis* daarmee akkoord gaat en voor zover de situatie in het *land van verblijf* dit toestaat.

b) Vergoedingen voor ambulante en tandheelkundige prestaties:

U en de *meeverzekerde personen* zijn contractpartner van de behandelende *arts* of andere *zorgverstreker*. Bij aan-

vang van de *behandeling* sluit deze met u of de *meeverzekerde persoon* een behandelingsovereenkomst af op basis waarvan hij later zijn nota opmaakt. U kunt deze nota dan indienen bij het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health*, waarna de contractueel overeengekomen vergoedingen van daaruit aan u worden uitbetaald.

7.7 Betaling van de vergoedingen

Als bijzondere dienstverlening kunnen wij op uw verzoek onze terugbetaling direct aan de partij betalen die de factuur uitgeeft, op voorwaarde dat deze met een directe betaling akkoord gaat en dit niet door juridische overwegingen wordt verhinderd.

7.8 Contractvaluta

De basisvaluta van onze polissen is de euro (€). Het is echter ook mogelijk als contractvaluta de Amerikaanse dollar (\$) of het Britse pond (£) te kiezen. De wisselkoersen voor deze valuta's ten opzichte van de euro worden in januari en juli van elk jaar door ons geverifieerd en zo nodig aangepast. Indien voor de overeenkomst een valuta is overeengekomen waarvan de wisselkoers ten opzichte van de euro moet worden aangepast, kan dit tot gevolg hebben dat de premies worden verhoogd of verlaagd.

7.9 Wisselkoersen

Facturen worden in de met u overeengekomen valuta terugbetaald. Kosten in vreemde valuta's worden tegen de werkelijke koers omgerekend, die op de dag van uitgifte van de factuur toepasselijk was.

8. Verplichtingen

- a) Van iedere ziekenhuisbehandeling dienen wij onverwijld op de hoogte te worden gesteld. Het volstaat dit mee te delen aan het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health*.
- b) U en de *meeverzekerde personen* zijn verplicht op ons verzoek en/of op verzoek van het daartoe aangewezen *service-centrale van Globality Health* alle informatie te verstrekken die nodig is om na te kunnen gaan of er sprake is van een verzekerde gebeurtenis en/of wij verplicht zijn kosten te vergoeden en voor welk bedrag. U en de *meeverzekerde personen* zijn tevens verplicht ons en/of onze *assistance-coördinator* in staat te stellen de hiervoor benodigde informatie in te winnen (in het bijzonder door de betreffende *zorgverstrekkers* te ontslaan van hun zwijgplicht).
- c) U en de *meeverzekerde personen* zijn verplicht zich op ons verzoek te laten onderzoeken door een door ons daartoe aangewezen *arts*. De kosten van het onderzoek en eventueel noodzakelijke reiskosten naar de *arts* worden door ons na voorlegging van een desbetreffend bewijs vergoed.
- d) U en de *meeverzekerde personen* dienen ervoor te zorgen dat de schade tot een minimum wordt beperkt en af te zien van iedere handeling die de genezing belemmert.
- e) U en de *medeverzekerden* moeten kostenbewust zijn wanneer zich een verzekerde gebeurtenis voordoet en de uitgaven voor de *behandeling* tot het noodzakelijke beperken, wat onder meer kan betekenen dat u generieke *geneesmiddelen* kiest in plaats van merkgeneesmiddelen.

Indien een van de onder nr. 8 a) t/m e) vermelde *verplichtingen* niet wordt nagekomen, zijn wij onder het voorbehoud van wat in de wet bepaald is, vrijgesteld van onze vergoedingsplicht of gerechtigd de omvang van de vergoedingen te beperken. Dit geldt echter niet, indien u zich niet heeft schuldig gemaakt aan opzet of grove nalatigheid. Kennis en schuld van de *meeverzekerde personen* staan hierbij gelijk aan uw kennis en schuld.

Overdracht van aanspraken jegens derden

Indien u of een *meeverzekerde persoon* schadevorderingen van niet-verzekeringsrechtelijke aard jegens derden heeft, bent u en/of is deze *meeverzekerde persoon* onverminderd de wettelijke vorderingsovergang verplicht deze vorderingen – tot de hoogte van de op grond van de verzekeringsovereenkomst te vergoeden kosten – schriftelijk aan ons over te

dragen. Indien u of een *meeverzekerde persoon* zonder onze toestemming afstand doet van een dergelijke vordering of een tot bewaring van een dergelijke vordering dienend recht, zijn wij vrijgesteld van onze vergoedingsplicht voor zover wij op grond van de betreffende vordering of het betreffende recht schadeloosstelling hadden kunnen verkrijgen.

Verrekening

U en de *meeverzekerde personen* kunnen vorderingen van ons alleen verrekenen met vorderingen op ons, indien de tegenvordering door ons niet omstreden is of indien de rechtsgeldigheid daarvan is vastgesteld.

Fraude

Indien een vordering niet juist is, bewijsstukken of bewijzen zijn vervalst of derden met uw goetdaden frauduleuze middelen hebben gebruikt om vergoedingen op grond van de verzekeringsovereenkomst zonder juridische basis in ontvangst te nemen, heeft u geen aanspraak op vergoeding. Iedere aanspraak op vergoeding op grond van de overeenkomst vervalt. Vergoedingen die zijn betaald voordat de frauduleuze handelingen bekend waren, dienen volledig aan ons te worden terugbetaald.

9. Premiebetaling en premieberekening

Premiebetaling

De premie-omvang, de vervaldag van de premie en de betalingsmodaliteiten worden bepaald door hetgeen daarover in de collectieve verzekeringsovereenkomst is vastgelegd.

Indien er in het *verzekeringsbewijs* een premie staat vermeld, worden door ons verlangde verzekeringsgeneeskundige toeslagen apart gespecificeerd.

Indien de verzekering niet ingaat op de eerste dag van een kalendermaand en/of de verzekering niet eindigt op de laatste dag van een kalendermaand, is voor de eerste en/of de laatste verzekeringsmaand alleen het naar rato berekende gedeelte van de maandelijkse premie verschuldigd.

Niet-tijdige premiebetaling

Voor zover u als verzekerde premieplichtig bent, geldt het volgende:

Indien de overeengekomen premie niet binnen een termijn van 10 dagen na de vervaldag wordt betaald, kunnen wij u na afloop van deze termijn een aanmaning sturen. Deze aanmaning wordt naar uw laatste woonplaats gestuurd. Indien de premie niet binnen 30 dagen na toezending van de aanmaning alsnog wordt voldaan, zijn wij voor verzekerde gebeurtenissen die zich na afloop van deze termijn voordoen, overeenkomstig artikel 21 van de Luxemburgse wet op de verzekeringsovereenkomst van 1997 vrijgesteld van onze vergoedingsplicht. U blijft desondanks verplicht tot betaling van toekomstige premies.

Voor zover de premie 10 dagen na afloop van de aanvullende termijn nog altijd niet is voldaan, hebben wij het recht de verzekering met onmiddellijke ingang op te zeggen. Indien de verzekering niet wordt opgezegd, zijn wij weer verplicht tot het betalen van vergoedingen voor alle nieuwe verzekerde gebeurtenissen, zodra u de tot op dat moment verschuldigde bedragen heeft betaald alsook de aantoonbare kosten in verband met de laattijdige betaling. Voor deze nieuwe gebeurtenissen is de verzekering dan van kracht vanaf 0.00 uur op de dag volgend op die waarop de verschuldigde bedragen door ons of een daartoe door ons gemachtigde persoon zijn ontvangen. Indien u echter pas betaalt op een tijdstip waarop er geen onzekerheid meer bestaat over het optreden van een verzekerde gebeurtenis, zijn wij niet verplicht tot het betalen

van vergoedingen. Wanneer er over een periode van meer dan twee jaar geen premiebetaling plaatsvindt, wordt de verzekering geacht te zijn vervallen.

10. Algemene informatie

10.1 Wijziging van de AVV

Wij kunnen de algemene verzekeringsvoorwaarden aanpassen of wijzigen. U wordt dan schriftelijk geïnformeerd aan gaande deze aanpassing of wijziging ten minste drie maanden voor de start van het volgende verzekeringsjaar.

De aanpassingen of wijzigingen in de algemene verzekeringsvoorwaarden zullen van toepassing zijn vanaf het volgende verzekeringsjaar. Indien u niet instemt met de aanpassing(en) of wijziging(en) van de algemene verzekeringsvoorwaarden, kan u de verzekeringspolis laten stopzetten binnen drie maanden na het ontvangen van de berichtgeving. De verzekering zal dan eindigen op de datum dat de aanpassing(en) of wijziging(en) anders geldend worden.

10.2 Communicatie tussen u en ons

Onverminderd het bepaalde in artikel 10.1 hierboven, gaat u akkoord dat alle door ons verschuldigde informatie met betrekking tot de verzekeringspolis of krachtens enige toepasselijk wetten, rechtsgeldig op papier of elektronisch wordt bezorgd, via de website van Globality S.A., per e-mail of per enig ander communicatiemiddel dat u en wij zijn overeengekomen.

Als u niet reageert binnen een termijn van zestig dagen na de datum van de informatie, wordt u geacht het te hebben geaccepteerd en ermee akkoord te zijn gegaan ertoe verplicht te zijn, zowel voor uzelf als namens de *verzekerde personen* en elke andere persoon die u wettelijk vertegenwoordigt.

In dit opzicht verplicht u zich ertoe, waar relevant, de *verzekerde personen* en elke andere persoon die u wettelijk vertegenwoordigt, te informeren. U gaat ermee akkoord dat wij op geen enkele wijze aansprakelijk zullen worden gesteld voor enig verlies, schade of kosten die optreden of veroorzaakt worden in verband met de voornoemde *verplichting* om de *verzekerde personen* en personen die u wettelijk vertegenwoordigt, te informeren.

10.3 Verzekering van pasgeboren kinderen

Als een *kind* wordt geboren, is dit zonder wachttijd vanaf de dag van de geboorte direct verzekerd onder voorwaarde dat een van de ouders op de dag van de geboorte op basis van deze polis is verzekerd en wij de aanmelding voor de verzekering van het betreffende *kind* binnen twee maanden na de geboorte ontvangen. Indien de betreffende berichtgeving

later dan twee maanden na de geboorte plaatsvindt, begint de verzekering voor het pasgeboren *kind* op zijn vroegst op de dag waarop wij de berichtgeving ontvangen. Bij berichtgeving van de geboorte na het verstrijken van de termijn van twee maanden kan de premie op basis van een risicobeoordeling worden verhoogd met een verzekeringsgeneeskundige toeslag van maximaal 100 %. De dekking voor het pasgeboren *kind* mag niet hoger of uitgebreider zijn dan die van een bij ons meeverzekerde ouder.

Adoptie wordt gelijkgesteld aan de geboorte van een *kind*, voor zover het *kind* op het tijdstip van adoptie nog minderjarig is. Bij aanwezigheid van een verhoogd risico mag de premie worden verhoogd met een toeslag van maximaal 100 %.

10.4 Wijziging van uw contractgegevens

Wilsverklaringen, *omzettingen* en mededelingen die betrekking hebben op uw verzekering, moeten altijd schriftelijk aan ons kenbaar worden gemaakt.

Nieuw adres of naamswijziging, bijv. door een huwelijk

Deel ons uw nieuwe adres en/of uw nieuwe naam in een dergelijk geval onverwijld mee. Anders kan het gebeuren dat u belangrijke mededelingen van ons niet of met vertraging ontvangt.

Wijziging van uw bankrelatie

Deel ons uw nieuwe bankrekeningnummer onmiddellijk mee, zodat wij onze vergoedingen op de juiste rekening kunnen overmaken.

Wijziging van uw creditcardgegevens

Deel ons uw nieuwe creditcardgegevens (nieuwe geldigheidsdatum, nieuwe veiligheidscode of nieuw kredietinstituut) onmiddellijk mee.

10.5 Geef ons uw mening

Wanneer u suggesties heeft of om de een of andere reden niet tevreden over ons bent, horen wij dat graag van u. U kunt ons per post, telefonisch, per fax of per e-mail bereiken op de volgende adressen en nummers:

Globality S.A.
1A, rue Gabriel Lippmann
L-5365 Munsbach
Luxembourg

Telefoon: +352 270 444 3505
Fax: +352 270 444 3599
E-mail: feedback@globality-health.com
Internet: www.globality-health.com

Natuurlijk kunt u zich ook wenden tot de ombudsman voor verzekeringszaken (A.C.A. – Association des Compagnies d'Assurance, 12, rue Erasme, L-1468 Luxembourg – in samenwerking met de U.L.C. – Union Luxembourgeoise des Consommateurs, 55, rue des Bruyères, L-1274 Howald) of tot de toezichthoudende instantie voor alle zorgverzekeraars in Luxemburg, het Commissariat aux Assurances, 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg.

10.6 Bevoegde rechtbank

Bij de uitvoering van de verzekering kunnen zich gevallen voordoen waarin er tegen de verwachting in geen overeenstemming kan worden bereikt. U heeft dan de mogelijkheid uw aanspraken jegens ons in rechte te doen gelden.

Alle geschillen die uit de collectieve verzekeringsovereenkomst voortvloeien, kunnen worden voorgelegd aan de rechtbanken van het groothertogdom Luxemburg of de rechtbanken waaronder de plaats van vestiging van de *verzekeringnemer* of uw woonplaats ressorteert. Indien de plaats van vestiging van de *verzekeringnemer* of uw woonplaats niet is gelegen in een lidstaat van de Europese Unie, kunnen uit de verzekering voortvloeiende geschillen uitsluitend worden voorgelegd aan de rechtbanken van het groothertogdom Luxemburg.

10.7 Toepasselijk recht

Tenzij op grond van nationale voorschriften een ander recht moet worden toegepast of de toepassing van een ander recht contractueel is overeengekomen, is op de collectieve verzekeringsovereenkomst en uw verzekering en/of die van de *meeverzekerde personen* het recht van het groothertogdom Luxemburg van toepassing.

10.8 Taal

Tenzij anders overeengekomen, verloopt alle correspondentie tussen u en ons in het Engels. De Engelse versie van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden (AVV) staat in ieder geval boven elke andere taal of vertaling.

11. Definities

Betekenis van de gebruikte begrippen

Aanmeldingsformulier

Om u bij de collectieve verzekering aan te sluiten, moet u een *aanmeldingsformulier* invullen. Dit formulier kunt u ook gebruiken om een aanvraag tot meeverzekering van uw huwelijks- of levenspartner en *kinderen* in te dienen.

Academische geneeskunde

Academische geneeskunde is de aan universiteiten onderwezen, wetenschappelijk gefundeerde en daarom algemeen erkende en toegepaste vorm van de geneeskunde.

Acupunctuur

Acupunctuur is een oude methode uit de traditionele Chinese geneeskunde waarbij geprobeerd wordt ziekten te genezen of pijn te verminderen door het aanbrengen van dunne naalden in het lichaam. Door de *academische geneeskunde* tot nu toe vooral erkend als methode ter *behandeling* van pijn.

Aids

Aids is de afkorting van “acquired immune deficiency syndrome”, d.w.z. “verworven immunodeficiëntiesyndroom”, een ernstige ziekte waarbij het afweersysteem is verzwakt.

Arts

Een *arts* is een medicus (algemeen medicus of specialist) of houder van een wettelijk erkend medisch diploma die in het land waar de *behandeling* plaatsvindt, bevoegd is tot het uitvoeren van geneeskundige prestaties (zie *behandeling*). U en de *meeverzekerde personen* zijn vrij in de keuze van een *arts*, mits deze aan de genoemde criteria voldoet.

Assistance-coördinator

De *assistance-coördinator* is erin gespecialiseerd *verzekerden* en *meeverzekerden* in noodsituaties en bij ziekenhuisopname met raad en daad bij te staan. De aanvullende service die tot doel heeft het verblijf in het buitenland voor u en de *meeverzekerde personen* gemakkelijker te maken, en de vergoeding van bepaalde kosten, zoals die van de reis terug naar de woonplaats in het buitenland, worden geregeld via onze *assistance-coördinator*.

Behandeling

Onder een *behandeling* verstaan wij diagnostische en therapeutische maatregelen die behoren tot het vakgebied van een *arts* en tot doel hebben gezondheidsproblemen, ziekten of lichamelijk letsel te herkennen, te verminderen of te genezen. Een diagnostische of therapeutische maatregel is medisch noodzakelijk, wanneer het op grond van de objectieve medische bevindingen en wetenschappelijke inzichten op het tijdstip van de *behandeling* te rechtvaardigen was deze als noodzakelijk te beschouwen.

Berekeningsgrondslagen

De *berekeningsgrondslagen* zijn de grondslagen op basis waarvan de kosten van medische en tandheelkundige hulp worden berekend. Deze grondslagen kunnen van land tot land verschillen.

Bestaande ziekten

Bestaande ziekten zijn bij ingang van de verzekering aanwezige ziekten, de gevolgen daarvan en de gevolgen van *ongevallen* die u of de *meeverzekerde personen* bekend zijn en/of waarvoor u of de *meeverzekerde personen* worden behandeld.

Chiropraxie

Chiropraxie wordt ook wel manuele therapie genoemd. Door bepaalde handgrepen worden ten opzichte van elkaar verschoven of ontwrichte wervellichamen of andere gewrichten weer op hun plaats gebracht.

Conserverende prestaties

Conserverende prestaties zijn prestaties die tot doel hebben gebitselementen te behouden (bijv. het aanbrengen van vulingen, prestaties m.b.t. het wortelkanaal).

Deeltijdopname

Van *deeltijdopname* is sprake, wanneer een patiënt alleen voor een periode tussen de 8 en 24 uur in een *ziekenhuis* of kliniek verblijft en een volledige klinische *behandeling* waarbij de patiënt dag en nacht in het *ziekenhuis* verblijft, niet nodig is.

Dekkingsgebied

De verzekering geldt in de volgende *dekkingsgebieden*:
dekkingsgebied I: wereldwijd met de Verenigde Staten
dekkingsgebied II: wereldwijd zonder de Verenigde Staten

Eigen risico

Een *eigen risico* houdt in dat u en/of de *meeverzekerde personen* een bepaald deel van de kosten zelf dragen. Dit betekent dat door u en/of de *meeverzekerde personen* gemaakte kosten die voor vergoeding in aanmerking komen, alleen worden vergoed voor zover deze het *eigen risico* te boven gaan. Wanneer er een *eigen risico* is overeengekomen, vermelden wij dat in het *verzekeringsbewijs* (zie nr. 4.2).

Functioneelanalytische en functietherapeutische verrichtingen

Tandheelkundige verrichtingen waarbij gebruik wordt gemaakt van functioneelanalyse en functietherapie, een onderzoek- en behandelingsmethode voor het diagnosticeren van stoornissen in en aandoeningen van het kauwapparaat.

Geneesmiddelen

Geneesmiddelen zijn werkzame stoffen die alleen of in combinatie met andere stoffen worden toegepast in de diagnostiek of therapie van ziekten, aandoeningen, lichamelijke letsels of gezondheidsklachten. Levensmiddelen, cosmetica en lichaamsverzorgingsproducten worden niet als *geneesmiddelen* beschouwd. *Geneesmiddelen* moeten zijn voorgeschreven door een arts en worden geleverd door een apotheek. Synoniemen: medicijnen, farmaca.

Globality Service Card

U en de *meeverzekerde personen* ontvangen een gepersonaliseerde *Globality Service Card* met het adres en de belangrijke telefoonnummers van het *service-centrale van Globality Health* waaronder u valt. De *Globality Service Card* dient als persoonlijk *verzekeringsbewijs* jegens alle zorgverleners.

Homeopathie

Homeopathie berust op drie grondslagen: de gelijksoortigheidsregel, het geneesmiddelenbeeld en de potentiëring van substanties. Een homeopaat gaat ervan uit dat een ziekte die zich uit in bepaalde symptomen, genezen kan worden met een middel dat bij een gezond mens gelijksoortige symptomen veroorzaakt.

Hoortoestel

Een *hoortoestel* is een elektronisch apparaat dat in of achter het oor wordt gedragen om geluid te versterken.

Hydrotherapie

Hydrotherapie is de gerichte uitwendige *behandeling* met water.

ICD-codes

ICD staat voor International Classification of Diseases. Dit is een internationaal systeem voor de codering en classificatie van alle bekende diagnoses.

Implantologische prestaties

Onder *implantologische prestaties* wordt verstaan het inbrengen van tandheelkundige implantaten (van metaal of keramiek) ter vervanging van tandwortels of in een tandeloze kaak.

Kanker

Kanker is de algemene benaming voor alle kwaadaardige (maligne) aandoeningen die worden gekenmerkt door een ongecontroleerde vermeerdering van veranderde cellen (gezwel, tumor, carcinoom). Deze cellen kunnen het omringende weefsel vernietigen en uitzaaiingen (metastasen) vormen.

Kinderen

Als *kinderen* worden beschouwd alle eigen *kinderen*, adoptie-, stief- en pleegkinderen van een *verzekerde* tot 25 jaar.

Kuur- en sanatoriumbehandeling

Een *Kuur- of sanatoriumbehandeling* heeft tot doel uw gezondheidstoestand te verbeteren.

Land van verblijf

Het *land van verblijf* is het land waar u en de *meeverzekerde personen* na aanvang van het verblijf in het buitenland zullen verblijven.

Land van vertrek

Het *land van vertrek* is het land waar u en de *meeverzekerde personen* vóór het verblijf in het buitenland uw vaste woon- of verblijfplaats hadden.

Magnetic resonance imaging (MRI)

Magnetic resonance imaging (MRI) is een diagnostische techniek waarbij met behulp van magneetvelden en radiogolven doorsneden van inwendige organen en weefsel in beeld worden gebracht.

Minderjarige

Als *minderjarigen* worden personen tot 18 jaar beschouwd.

Omzetting

Omzetting is de wijziging van een bij ons lopende verzekering, bijv. door opname van een gewijzigd *eigen risico*, die niet van invloed is op de rechten die u en de *meeverzekerde personen* hebben op grond van verzekeringen die voor die tijd ononderbroken bij ons hebben gelopen.

Oncologie

Oncologie is een deelgebied van de interne geneeskunde dat zich bezighoudt met het ontstaan, de diagnostiek en de *behandeling* van tumoren en door tumoren veroorzaakte ziekten.

Ongeval

Onder een *ongeval* wordt verstaan een plotseling en onverwacht van buiten af op het lichaam inwerkende gebeurtenis die schade toebrengt aan de gezondheid.

Osteopathie

De osteopathische geneeskunde houdt zich bezig met uitgebreide manuele diagnostiek en therapie van stoornissen van het bewegingsapparaat, de inwendige organen en het zenuwstelsel. *Osteopathie* wordt vooral toegepast bij chronische pijn in de wervelkolom en de perifere gewrichten.

Palliatieve geneeskunde

Uitgebreide en actieve *behandeling* van patiënten met een beperkte levensverwachting bij wie de ziekte waaraan ze lijden, niet meer genezen kan worden. Het doel van de *behandeling* is een zo goed mogelijke levenskwaliteit voor de patiënt zelf en voor zijn familieleden.

Palliatieve instelling

Instelling die uitsluitend tot doel heeft patiënten met een levensverwachting van enkele maanden te verplegen en symptomen van de ziekte die de dood tot gevolg heeft, door *palliatieve geneeskunde* te verlichten.

Poliklinische operaties

Operaties die zowel bij een *arts* als in het *ziekenhuis* poliklinisch kunnen worden uitgevoerd en waarbij er in aansluiting op de operatie geen overnachting en geen opname in het *ziekenhuis* nodig is.

Positronenemissietomografie (PET)

Positronenemissietomografie (PET) is een niet-invasieve beeldvormende techniek die het mogelijk maakt de verdeling van een met een positronenemissietomograaf gemarkeerde stof in het lichaam van de patiënt weer te geven. De concentratie van een dergelijke “marker” in een tumor kan ook kwantitatief worden bepaald. De stof wordt intraveneus geïnjecteerd en de straling wordt aangetoond met externe detectoren. Met behulp van *PET* kunnen belangrijke biologische processen in tumoren worden gevisualiseerd.

Profylactische maatregelen

Profylactische maatregelen maken deel uit van de preventieve geneeskunde; individuele en algemene maatregelen ter voorkoming van dreigende ziekten (bijv. vaccinaties, passieve immunisatie, preventieve medicatie bij het maken van reizen naar gevaarlijke gebieden, ongevallenpreventie, enz.).

Revalidatie in aansluiting op een klinische behandeling

Revalidatie in aansluiting op een klinische behandeling is een geheel van medische maatregelen die tot doel hebben de vroegere lichamelijke toestand van een patiënt na een ernstige ziekte of zware operatie (bijv. een bypassoperatie, een hartinfarct, een orgaantransplantatie, een operatie aan been-deren of gewrichten of een ernstig *ongeval*) te herstellen.

Second opinion

Een *second opinion* is het medisch advies van een tweede *arts* die niet eerder is geraadpleegd, bij levensbedreigende ziekten en ernstige gezondheidsstoornissen van blijvende aard.

Service-centrales van Globality Health

De service-centrales van Globality Health ter plaatse bieden rechtstreekse toegang tot lokale specialisten, vlekkeloze service en een eersteklas ondersteuning. U kan beroep doen op de diensten zoals overeengekomen in de door u gekozen dekking als er zich een verzekerd geval of *spoedgeval* voordoet. Als u uw persoonlijk *service-centrale van Globality Health* aanspreekpunt wil contacteren, bel dan het nummer dan vermeld staat op de achterkant van uw *Globality Service Card*. U kan hier 24 uur per dag en 7 dagen op 7 terecht. Denk eraan om altijd uw verzekeringsnummer bij de hand te houden (uw verzekeringsnummer wordt gevormd door 9 cijfers).

De service-centrales van Globality Health zijn bekend met de lokale ziektezorgsystemen en- structuren van uw nieuw land van verblijf. Ze kunnen u artsen en ziekenhuizen aanraden, afspraken voor u regelen of uw medicatie verschaffen. Uw service-centrale kan ook een betalingsgarantie regelen en aan u geven of kan een snelle en simpele afhandeling van de kosten verzekeren.

Spoedgeval

Onder een *spoedgeval* verstaan wij het plotselinge, acute optreden van een ziekte of een acute verslechtering van de gezondheidstoestand waardoor de gezondheid van de betreffende *verzekerde persoon* direct wordt bedreigd.

Tandarts

Zorgverstrekker die zich vooral bezighoudt met aandoeningen van de tanden en kiezen en de mondholte.

Thuiszorg

Thuiszorg maakt deel uit van de zorg die thuis wordt verleend. *Thuiszorg* omvat hulpverlening bij de normale en regelmatig terugkerende verrichtingen in het dagelijkse leven op het gebied van de huishouding, zoals boodschappen doen, koken, schoonmaken, afwassen, het verschonen en wassen van linnengoed en kleding en stoken.

Vaderland

Het *vaderland* is het land waarvan u en/of de *meeverzekerde personen* de nationaliteit bezitten of waarheen u en/of de *meeverzekerde personen* in geval van overlijden overgebracht willen worden.

Verbandmiddelen

Verbandmiddelen zijn middelen die nodig zijn om verbanden aan te leggen.

Verplichtingen

Verplichtingen zijn gedragsnormen die in acht moeten worden genomen om aanspraak te kunnen maken op vergoedingen op grond van de verzekeringsovereenkomst.

Vervangende ziekenhuisdagvergoeding

Indien u of een *meeverzekerde persoon* de kosten van een medische noodzakelijk klinische *behandeling* in het *ziekenhuis* die door de verzekering wordt gedekt, niet op ons verhaalt, betalen wij afhankelijk van de gekozen polisvorm een *vervangende ziekenhuisdagvergoeding* voor elke dag die u en/of de *meeverzekerde persoon* op voorschrift van een *arts* in het *ziekenhuis* verblijft.

Verzekeringnemer/verzekerde en meeverzekerde personen

Verzekeringnemer is de rechtsbevoegde en handelingsbekwame organisatie die met ons een collectieve verzekeringsovereenkomst heeft afgesloten, bijv. uw werkgever, vereniging, bond, enz. *Verzekerde personen* zijn werknemers, leden of medewerkers van de *verzekeringnemer* die zich vrijwillig bij de collectieve verzekeringsovereenkomst hebben aangesloten of door de *verzekeringnemer* voor de collectieve verzekering zijn aangemeld. *Meeverzekerde personen* zijn bijv. huwelijks- of levenspartners en kinderen van *verzekerde personen* voor wie is overeengekomen dat zij eveneens zijn verzekerd.

Verzekeringsbewijs

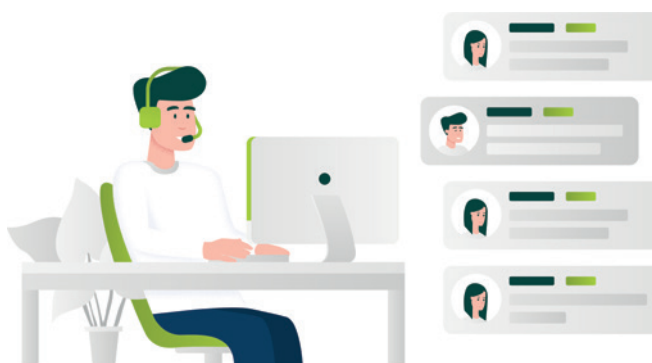
De gegevens van de voor u en de *meeverzekerde personen* overeengekomen dekking en de te betalen premie leggen wij vast in een *verzekeringsbewijs*.

Ziekenhuis

Instelling voor klinische, poliklinische en bepaalde ambulante prestaties die in het land waar deze zich bevindt, als zodanig erkend en toegelaten is. Wij betalen de *behandeling* in een *ziekenhuis* alleen, indien dit onder permanente leiding staat van een medische staf, over voldoende diagnostische en therapeutische faciliteiten beschikt en patiëntendossiers bijhoudt. Voor medisch noodzakelijke prestaties in instellingen die ook kuurprogramma's en sanatoriumprestaties uitvoeren of herstellende patiënten opnemen maar verder voldoen aan de bovenstaande voorwaarden, worden de kosten van door de polis gedekte vormen van medische zorg uitsluitend vergoed, indien wij dit voor aanvang van de *behandeling* schriftelijk hebben toegezegd. Bij tbc worden de contractueel overeengekomen vergoedingen ook verstrekt voor klinische *behandeling* in tbc-klinieken en -sanatoria. De volgende instellingen worden niet als *ziekenhuis* beschouwd: herstellingsoorden en verpleeghuizen, kuuroorden, bad- en kuurcentra en sanatoria.

Zorgverstrekker

Zorgverstrekkers kunnen naast *artsen* ook personen zijn die een op hun vakgebied erkende en goede opleiding hebben gevolgd en in het land waar de *behandeling* plaatsvindt, bevoegd en/of gerechtigd zijn prestaties binnen hun vakgebied uit te voeren. Onder *zorgverstrekkers* verstaan wij: natuurgeneeskundigen zonder artsdiploma (Heilpraktiker), logopedisten/spraaktherapeuten, verloskundigen/in de verloskunde gespecialiseerde verpleegkundigen en houders van een officieel erkend diploma voor een ander (para) medisch beroep die een eigen praktijk voeren (bijv. kinesisten en fysiotherapeuten). U en de *meeverzekerde personen* zijn vrij in de keuze van een *zorgverstrekker*, mits deze aan de genoemde criteria voldoet.



Neem contact op met ons

Indien u vragen heeft over onze Algemene Verzekeringsvoorwaarden of onze producten, neem dan contact met ons op.

De lijnen zijn open
Maandag tot vrijdag: 8am tot 5pm (CET)

Telefoon +352 270 444 35 05
Fax +352 270 444 36 99

Of neem op elk moment contact op via
e-mail: service-cogenio@globality-health.com

Globality S.A.
1A, rue Gabriel Lippmann
L-5365 Munsbach
Luxembourg

www.globality-health.com
R.C.S. Luxembourg B 134.471