



Doorlopende zakenreis- verzekering (ZV ZR408)

Bijzondere voorwaarden

Rubriek 4 Geneeskundige kosten

De door verzekerden aan verzekeraar verstrekte inlichtingen, in welke vorm dan ook, zijn de grondslag van de verzekering en worden geacht daarmee één geheel te vormen. Het polisblad, de daarop vermelde Algemene voorwaarden en Verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van dat geheel.

1 Algemeen

Deze bijzondere voorwaarden vormen een onlosmakelijk geheel met de van toepassing verklaarde Algemene voorwaarden en de Verzekeringsvoorwaarden doorlopende zakenreisverzekering ZRS08.

2 Dekking

2.1 Omschrijving van de dekking

a In geval van een geneeskundige behandeling van een verzekerde, die medisch noodzakelijk is als gevolg van een hem overkomen ongeval of ziekte tijdens een reis binnen de verzekeringsduur, zullen uitsluitend de gemaakte kosten worden vergoed van:

- 1 de honoraria en kosten van (tand-)artsen en specialisten;
- 2 een opname in het ziekenhuis;
- 3 een operatie;
- 4 de door de arts voorgeschreven onderzoeken;
- 5 de door de (tand-)arts voorgeschreven medicijnen, verbandmiddelen en massage;
- 6 vervoer van verzekerde naar en van artsen en ziekenhuizen;

7 de door een ongeval, noodzakelijk geworden eerste prothesen, te vergoeden naar het Nederlands orthobandatarief;

8 de door of op voorschrift van een (tand)arts in verband met deze behandeling gemaakte röntgenfoto's;

9 de reparatie van of vervanging van een kunstgebit of kunstmatige elementen van het gebit.

b Nabehandelingskosten

De kosten van geneeskundige en tandheelkundige behandeling wegens de gevolgen van een ongeval, zoals omschreven in artikel 1.15 van de verzekeringsvoorwaarden Zakenreisverzekering, zijn ook verzekerd indien en voor zover zij in Nederland werden gemaakt na de periode gedurende welke de verzekering van kracht was, doch uiterlijk tot de 365ste dag na die waarop het ongeval plaatsvond.

c Indien de reis, als gevolg van de geneeskundige behandeling langer duurt dan de maximale reisduur zoals aangegeven op het polisblad, worden de kosten alleen vergoed als transport naar Nederland medisch onverantwoord is. De vergoeding wordt stopgezet op de 365ste dag na vertrek.

d Verzekerde klasse

Bij een ziekenhuisopname zal de uitkering gebaseerd zijn op dezelfde klasse waarop verzekerde in Nederland krachtens zijn ziektekostenverzekering recht heeft.

e Bestaande dekking in Nederland

De onder deze rubriek verzekerde dekking is uitsluitend van kracht indien er in Nederland een geldige primaire dekking voor geneeskundige kosten bestaat krachtens de zorg-



verzekeringwet of enige andere aanvullende ziektekostenverzekering.

- f Indien gedurende de looptijd van deze verzekering de primaire dekking wegvalt, komt de onderhavige dekking, per datum van het wegvallen van de primaire dekking, te vervallen. Van een zodanige omstandigheid dient de verzekeraar onmiddellijk te worden geïnformeerd. De premie zal dan dienovereenkomstig worden aangepast.

2.2 Omvang van de dekking

Voor de omvang van de dekking wordt verwezen naar artikel 2.2 van de verzekeringsvoorwaarden Zakenreisverzekering.

3 Uitsluitingen

Uitgesloten is schade:

a verband houdende met een behandeling die zonder medische gevaren uitgesteld had kunnen worden tot na de terugkeer in Nederland;

b waarbij de behandeling door een niet-erkende arts gebeurt;

c als de verzekerde op reis is gegaan (mede) met het doel een (para) medische behandeling

te ondergaan, voor zover de kosten verband houden met de te behandelen ziekte of gebrek; d verband houdende met een behandeling waarvan al voor het aangaan van de reis duidelijk was dat zij tijdens de reis moest plaatsvinden; e indien er geen sprake is van een door verzekerde afgesloten primaire medische kostenverzekering/voorziening in Nederland.

4 Schade

In geval van opname in een ziekenhuis dient vooraf of zo dit onmogelijk is, binnen een week na opneming telefonisch contact te worden opgenomen met de hulpcentrale, zodat deze in overleg met verzekerde of zijn/haar vertegenwoordiger, de behandelend arts en eventueel ook de huisarts, die maatregelen kan treffen, welke het belang van de betrokken verzekerde het beste dienen. Verzekerde is gehouden zich niet in een hogere klasse te doen verplegen dan die welke overeenkomt met de klasse van zijn/haar ziektekostenverzekering in Nederland of bij gebreke daarvan de laagste klasse.