



CASER INTEGRALE ZORG

Polis voor Medische Zorg

Algemene voorwaarden

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS

Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

Zetel: Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid

www.caser.es

Ingeschreven in het Handelsregister van Madrid
Band 2245 algemeen – Folio 179 – 8e Afdeling - Blad M-39662, Inschrijving A 435
BTW-nummer A 28013050

Overeenkomstig het bepaalde in Artikel 3 van de Wet 50/80, d.d. 8 oktober, met betrekking tot het Verzekeringscontract, worden de beperkende clausules die van toepassing zijn op de rechten van de Verzekerden die in de Algemene Voorwaarden van de polis zijn opgenomen vetgedrukt weergegeven.

Dit contract is onderworpen aan de Wet 50/1980, d.d. 8 oktober, met betrekking tot het Verzekeringscontract, aan het Koninklijk Wetgevend Besluit 6/2004, d.d. 29 oktober, waarbij de herziene tekst van de Wet Ordening van en Toezicht op de Particuliere Verzekeringen, en de normen voor de regulering ervan, goedgekeurd worden.

De Autoriteit aan wie het toezicht over deze activiteit toekomt is het Ministerie van Financiën, via het Algemeen Directoraat Verzekeringen en Pensioenfondsen.

INHOUD

ALGEMENE VOORWAARDEN

ALGEMENE VOORWAARDEN.....	5
INLEIDEND ARTIKEL.....	5
ARTIKEL 1 – BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	5
ARTIKEL 2 – DOEL VAN DE VERZEKERING.....	9
ARTIKEL 3 – OMSCHRIJVING VAN DE DEKKING	9
1. GEZINSGENEESKUNDE.....	9
2. SPOEDGEVALLEN.....	9
3. SPECIALISMEN.....	10
4. DIAGNOSEMIDDELEN.....	14
5. ZIEKENHUISOPNAME	15
6. PROTHESEN.....	16
7. SPECIALE BEHANDELINGEN	16
8. ANDERE DIENSTEN.....	17
ARTIKEL 4 – UITGESLOTEN RISICO’S	18
ARTIKEL 5 – WIJZE VAN DIENSTVERLENING	20
1. WEGWIJZER ZORG	21
4. DEELNAME VAN DE VERZEKERDE IN DE KOSTEN VAN DE DIENSTEN	21
5. AUTORISATIE VAN DIENSTVERLENINGEN.....	22
6. SPOEDGEVALLEN.....	22
7. TIJDELIJKE VERPLAATSINGEN	23
8. NIET DOOR CASER GECONTRACTEERDE ZORG.....	23
9. IDENTIFICATIE DOOR VERZEKERDEN	23
ARTIKEL 6 – WACHTTIJDEN.....	23
ARTIKEL 7 – GRONDSLAG, VERLIES VAN RECHTEN, BEËINDIGING EN ONBETWISTBAARHEID VAN HET CONTRACT	24
ARTIKEL 8 – DUUR VAN DE VERZEKERING	25
ARTIKEL 9° - BETALING VAN PREMIES	26
ARTIKEL 11 – ANDERE VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERAAR.....	29
ARTIKEL 12 – JAARLIJKSE HERZIENING VAN DE FINANCIËLE PREMIEVOORWAARDEN	30
ARTIKEL 13 - KENNISGEVINGEN.....	31

ARTIKEL 14 - VERJARING	31
ARTIKEL 15 - TOEPASSELIJK RECHT.....	31
BIJLAGE 1 – AANVULLENDE GARANTIE OP DE VERZEKERING VOOR MEDISCHE ZORG.....	32
DEKKING MEDISCHE SECOND OPINION.....	32
BIJLAGE 2 - AANVULLENDE GARANTIE OP DE VERZEKERING VOOR MEDISCHE ZORG.....	36
DEKKING VAN BIJSTAND OP REIS IN HET BUITENLAND	36
ALGEMENE UITSLUITINGEN VAN DE DEKKING VAN BIJSTAND OP REIS IN HET BUITENLAND.....	42
AANVULLENDE VOORWAARDEN BIJ DE DEKKINGEN VAN BIJSTAND OP REIS IN HET BUITENLAND	43
KLANTENSERVICE.....	44

ALGEMENE VOORWAARDEN

INLEIDEND ARTIKEL

Dit Verzekeringscontract is onderworpen aan de Wet 50/1980, d.d. 8 oktober, met betrekking tot Verzekeringscontracten (Staatsblad 17 oktober 1980), aan het Koninklijk Wetgevend Besluit 6/2004, d.d. 29 oktober, waarbij de herziene tekst van de Wet Ordening van en Toezicht op de Particuliere Verzekeringen, en de normen voor de regulering ervan, (Koninklijk Besluit nr. 2486/98 d.d. 20 november) goedgekeurd worden, en aan hetgeen overeengekomen is in de Algemene, Bijzondere en Speciale Voorwaarden van dit contract. De Autoriteit aan wie het toezicht over deze Verzekerende Activiteit toekomt in de Spaanse Staat is het Ministerie van Financiën, via het Algemeen Directoraat Verzekeringen en Pensioenfondsen.

De verzekeringnemer accepteert, door ondertekening van de aanvraag, van de Bijzondere Voorwaarden dan wel van het Verzekeringsbewijs, specifiek de beperkende clausules van de rechten van de Verzekerde die vetgedrukt zijn afgedrukt.

ARTIKEL 1 – BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In het kader van dit contract wordt verstaan onder:

AANGEBOREN ZIEKTE, LETSEL, HANDICAP OF MISVORMING: Is die welke op het moment van geboorte bestaat, als gevolg van erfelijke factoren of aandoeningen die tijdens de zwangerschap tot het precieze moment van de geboorte ontstaan zijn. Een aangeboren aandoening kan zich voordoen en herkend worden onmiddellijk na de geboorte, of kan later ontdekt worden, in elke gegeven periode van het leven van de Verzekerde.

ARTS: Wettelijk bevoegde beroepsuitoefenaar van de Geneeskunde.

BEVALLING: Onder normale bevalling binnen de termijn wordt die verstaan welke plaatsvindt tussen de 37^e en de 42^e week vanaf de datum van de laatste menstruatie. Bevalling vóór de termijn of voortijdige bevalling is die welke plaatsvindt tussen de 28^e en de 36^e week van de zwangerschap.

BIJZONDERE VOORWAARDEN: Document dat integraal deel uitmaakt van de polis waarin de aspecten van het verzekerde risico vastgesteld en uiteengezet worden.

CASER ZORGPAS: Document dat eigendom van de Verzekeraar is, dat afgegeven en overhandigd wordt aan elke Verzekerde die geregistreerd staat in de polis, en waarvan

het gebruik, persoonlijk en onoverdraagbaar, noodzakelijk is om de door de polis gedekte diensten te ontvangen.

CHIRURGISCHE INGREEP: Elke operatie door middel van incisie of langs een andere weg van interne insnijding, uitgevoerd door een chirurg in een erkende instelling, en die meestal het gebruik van een operatiekamer vereist.

DIENSTVERLENING: Is de Medische Zorg die voortvloeit uit het overkomen van het ongeval.

EIGEN RISICO: Bedrag dat de Verzekeringnemer aan de Verzekeraar dient te betalen voor elke door de Verzekerden gebruikte geneeskundige dienstverlening die deel uitmaakt van de polis. Genoemd bedrag kan verschillen door de diverse soorten geneeskundige dienstverleningen en/of geneeskundige specialismen; de hoogte ervan, die bepaald wordt in de Bijzondere Voorwaarden, kan jaarlijks herzien worden.

GEZONDHEIDSFORMULIER: Document waarin alle nodige gegevens opgenomen zijn waarvan de Verzekeraar kennis moet hebben ter evaluatie van het risico en dat de Verzekeringnemer en/of Verzekerde dient te ondertekenen en geheel en exact dient in te vullen.

LIJST VAN MEDISCH PERSONEEL: Lijst bestaande uit eigen of door de Verzekeraar erkende professionals en geneeskundige instellingen in iedere provincie, met inbegrip van adres, telefoonnummer en dienstregeling. Op elke lijst van medisch personeel per provincie staan, naast de professionals en geneeskundige instellingen van die provincie, de afdeling inlichtingen en de telefoonnummers voor de opvang van de Verzekerde op het gehele nationale grondgebied.

MEDISCH SPECIALIST OF SPECIALIST: Arts die over de vereiste betiteling beschikt om zijn/haar beroep uit te oefenen binnen een van de wettelijk erkende geneeskundige specialismen.

ONGELUK: Lichamelijk letsel ondervonden terwijl de polis van kracht is, voortvloeiend uit een gewelddadige, plotselinge, van buiten komende oorzaak, en buiten de bedoeling om van de Verzekerde.

ONGEVAL: Voorval waarvan de gevolgen verplichten tot het gebruik van medische dienstverleningen die geheel of gedeeltelijk door de polis gedekt zijn.

POLIS: Het document, of de documenten die de clausules en de regelingsovereenkomst bevat of bevatten van het Verzekeringscontract. Van de polis maken integraal en onscheidbaar deel uit: de Verzekeringsaanvraag, het Gezondheidsformulier, de Algemene Voorwaarden, de Bijzondere Voorwaarden die het risico individualiseren en de Speciale Voorwaarden, indien die er zijn, evenals de Bijlagen, dan wel de Appendices waarin de

wijzigingen weergegeven worden die tijdens de geldigheid van het contract overeengekomen zijn.

PREMIE: De prijs van de verzekering. De kwitantie van de premie bevat tevens de wettelijk verrekenbare toeslagen, belastingen en heffingen. De premie van de verzekering is jaarlijks, ook al is de betaling gefractioneerd.

PROTHESE: Ieder element van enigerlei aard dat tijdelijk of permanent het ontbreken van een orgaan, ledematen of een deel hiervan vervangt.

REVALIDATIE: Al die handelingen onder leiding van een arts die in het bezit is van de titel van het specialisme, bijgestaan door fysiotherapeuten en uitgevoerd in een geschikt revalidatiecentrum, dat zich bezighoudt met het functioneel herstellen van die delen van het bewegingsapparaat die tijdens de geldigheid van de polis door de gevolgen van ziekte of een ongeluk getroffen zijn.

SPECIALE ZORG THUIS: Bijstand van de algemene arts of huisarts en van een Technisch Sanitair Assistent of Universitair Gediplomeerde Verpleegkundige aan de Verzekerde op het adres dat in de polis staat, wanneer de ziekte van de patiënt speciale zorg vereist zonder noodzaak tot opname in het ziekenhuis, op voorwaarde van voorafgaand voorschrift van een arts van de Verzekeraar.

SPOEDGEVAL: Situatie waarin de Verzekerde verkeert die verplicht tot het verlenen van Medische Zorg van onmiddellijke aard om onherstelbare schade aan zijn/haar gezondheid te verhinderen.

TECHNISCH SANITAIR ASSISTENT/UNIVERSITAIR GEDIPLOMEERDE

VERPLEEGKUNDIGE: Wettelijk bevoegd en bekwaam beroepsuitoefenaar om verpleegkundige activiteit te kunnen uitvoeren.

TERMIJN OF PERIODE VAN BETWISTBAARHEID: Tijd geteld vanaf het moment dat de polis van kracht is voor elk van de in de polis opgenomen Verzekerden, tijdens welke de Verzekeraar de dekking van dienstverleningen kan afwijzen of het contract kan aanvechten met verwijzing naar het bestaan van voorafgaande ziekten van de Verzekerde en die deze niet heeft aangegeven in het Gezondheidsformulier. Na het verstrijken van genoemde termijn, zal de afwijzing van de Verzekeraar gebaseerd dienen te zijn op de frauduleuze verhulling daarvan door de Verzekerde.

VERZEKERAAR: De rechtspersoon die het contractueel overeengekomen risico op zich neemt, in deze polis CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., hierna Verzekeraar genoemd.

VERZEKERDE: De natuurlijke persoon of rechtspersoon, houder van het belang in deze verzekering en die, bij ontstentenis van de Verzekeringnemer, de verplichtingen op zich

neemt die uit het contract voortvloeien. Tenzij uitdrukkelijk vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, zijn Verzekeringnemer en Verzekerde een en dezelfde persoon.

VERZEKERINGNEMER: De natuurlijke persoon of rechtspersoon die samen met de Verzekeraar dit contract ondertekent en aan wie de daaruit voortvloeiende verplichtingen toekomen, met uitzondering van die verplichtingen die door hun aard door de Verzekerde voldaan dienen te worden.

VOORAF BESTAANDE ZIEKTE: Is die waaraan de Verzekerde lijdt voorafgaand aan de datum van zijn/haar daadwerkelijke opname (ingangsdatum) in de polis.

WACHTTIJDTERMIJN OF -PERIODE: Tijd tijdens welke bepaalde dekkingen niet van toepassing zijn die in de garanties van de polis zijn opgenomen. Genoemde termijn wordt in maanden geteld vanaf de datum dat de polis van kracht is voor elk van de in de polis opgenomen Verzekerden.

ZIEKENHUIS: Elke instelling waar wettelijk de medische of chirurgische behandeling kan worden uitgevoerd van ziekten of lichamelijk letsel, met poliklinische behandeling ofwel door middel van opname. Genoemde instelling dient te beschikken over permanente bijstand van een arts, en opname daar is uitsluitend toegestaan aan zieke of gewonde personen.

Als ziekenhuizen worden met betrekking tot deze polis niet beschouwd: hotels, tehuizen, rusthuizen of herstellingsoorden, kuuroorden, instellingen primair gebruikt voor de opname en/of behandeling van drugsverslaafden of alcoholici, en soortgelijke instellingen.

ZIEKENHUISOPNAME:

- Algemene ziekenhuisopname: Het feit dat een persoon geregistreerd staat als patiënt in een ziekenhuis en daar de nacht doorbrengt of daar een hoofdmaaltijd gebruikt.
- Dagziekenhuis: Het feit dat een persoon geregistreerd staat als patiënt in die afdelingen van het ziekenhuis die specifiek zo genaamd zijn, zowel medische als chirurgische als psychiatrische, om een bepaalde behandeling te ontvangen of door het feit onder narcose geweest te zijn, zonder dat deze een overnachting inhoudt, daarbij al dan niet een van de hoofdmaaltijden gebruikend op genoemde afdeling.

ZIEKTE: Iedere verandering in de gezondheid van de Verzekerde die niet het gevolg is van een ongeval, geconstateerd is door een arts, en die het verlenen van Medische Zorg vereist en waarvan de eerste tekenen zich voordoen terwijl de polis van kracht is.

ARTIKEL 2 – DOEL VAN DE VERZEKERING

Binnen het kader van de in de polis bepaalde beperkingen en voorwaarden en door middel van de betaling van de premie en het eigen risico dat van toepassing kan zijn in elk van de gevallen, verplicht de Verzekeraar zich om de Verzekerde, binnen het nationale grondgebied, te voorzien van medische en chirurgische bijstand, evenals bijstand in ziekenhuizen, die van toepassing is voor enigerlei ziekte of letsel die in de beschrijving van de dekking van de polis is inbegrepen.

De Verzekeraar verplicht zich in ieder geval tot bijstand in spoedgevallen overeenkomstig het bepaalde in de voorwaarden van de polis, ingevolge het bepaalde in ARTIKEL 103 van de Wet Verzekeringscontract.

In deze verzekering van Medische Zorg kunnen geen contante vergoedingen verleend worden in plaats van de dienstverlening van Medische Zorg.

ARTIKEL 3 – OMSCHRIJVING VAN DE DEKKING

De specialismen, en medische en andere diensten die door deze polis gedekt worden zijn de volgende:

1. GEZINSGENEESKUNDE

Algemene geneeskunde/Huisarts: Bijstand in de huisartsenpraktijk of thuis. In dit laatste geval mits de zieke zich om medische redenen niet kan verplaatsen.

Kindergeneeskunde - Kinderverzorging: Voor kinderen tot het bereiken van de zestienjarige leeftijd. Daarin zijn inbegrepen preventieve controles en controles van de ontwikkeling van het kind.

Dienstverlening door Technisch Sanitair Assistent of Universitair Gediplomeerde Verpleegkundige: In de praktijk en thuis. In dit laatste geval mits de zieke zich om medische redenen niet kan verplaatsen en met voorafgaand voorschrift van een arts van de Verzekeraar.

2. SPOEDGEVALLEN

De Medische Zorg in spoedgevallen wordt verleend in permanente centra voor spoedgevallen (24 uur) die aangegeven staan op de lijst van medisch personeel en door de Verzekeraar erkende medische centra. De bijstand zal aan huis zijn mits de toestand van de zieke dat zo vereist, en wordt verleend door een huisarts en/of Technisch Sanitair Assistent van de Verzekeraar.

3. SPECIALISMEN

Medische Zorg in poliklinisch verband of met opname in het ziekenhuis (in voorkomend geval, afhankelijk van het oordeel van de arts van de Verzekeraar), voor de hierna te noemen specialismen:

3.1. Allergologie. De vaccins komen voor rekening van de Verzekerde.

3.2. Anesthesie.

3.4. Angiologie en Cardio-vasculaire chirurgie.

3.5. Maag-darmstelsel.

3.6. Cardiologie. Hierin is inbegrepen preventie van het risico voor het hart en de bloedvaten in personen ouder dan 45 jaar.

3.7. Anorectale chirurgie. Proctologie.

3.8. Artroscopische chirurgie.

3.9. Laparoscopische chirurgie.

3.10. Cardio-vasculaire chirurgie.

3.11. Algemene chirurgie en van Maag-darmstelsel. Daarin is inbegrepen de laparoscopische techniek. **Daarbij is uitgesloten Bariatrische Chirurgie.**

3.12. Kaakchirurgie.

3.13. Kinderchirurgie.

3.14. Plastische en reconstructieve chirurgie. Daarin is inbegrepen het herstel van de borst na een radicale mastectomie bij de Verzekerde tijdens de geldigheid van de polis. Ook inbegrepen: mammaprothese.

3.15. Thoraxchirurgie.

3.16. Medische en chirurgische dermatologie en venerologie. Niet inbegrepen: behandelingen met uitsluitend esthetische doeleinden.

3.17. Endocrinologie en Voeding.

3.18. Geriatrie.

3.19. Hematologie en Hemotherapie. Hierin is inbegrepen autogene beenmergtransplantatie uitsluitend voor de behandeling van tumoren met een hematologische aard.

3.20. Immunologie.

3.21. Infectie- en tropische ziekten.

3.22. Interne geneeskunde.

3.23. Nucleaire geneeskunde.

3.24. Nefrologie.

3.25. Neonatologie.

3.26. Longziekten.

3.27. Neurochirurgie.

3.28. Klinische Neurofysiologie.

3.29. Neurologie.

3.30. Verloskunde en Gynaecologie.

- a) Bijstand/Zwangerschapscontrole en van de Bevalling: zwangerschap onder toezicht van een arts verloskundige, en bijstand door hem/haar bij de bevalling/keizersnede.
- b) Gezinsplanning: Controle van anovulatorische behandeling, invoering van intra-uterien pessarium en monitoring, daarbij inbegrepen de kosten van het intra-uterien pessarium. Afbinding van eileiders.
- c) Preventieve geneeskunde: jaarlijkse gynaecologische controle. Gericht op vroegtijdige diagnose van borstkanker en van de baarmoederhals. Tevens is inbegrepen het onderzoek en de diagnose van infertiliteit en steriliteit, evenals gynaecologische laparoscopische ingrepen.
- d) Controle en behandeling van de Menopauze.
- e) Kunstmatige bevruchting: Voor behandeling bij steriliteit van het koppel. In de dekking is inbegrepen het onderzoek, de diagnose (met de gebruikelijke in protocollen opgenomen aanvullende onderzoeken) en de behandeling van de infertiliteit van het koppel, tot een limiet van **3 pogingen van kunstmatige inseminatie en 1 poging van**

in vitro fertilisatie, ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie), daarbij inbegrepen, indien nodig. De maximum leeftijd voor de toepassing van de diverse technieken wordt op 40 jaar gesteld. De behandeling wordt uitgesloten indien de steriliteit vrijwillig is veroorzaakt, of indien deze het gevolg van een natuurlijk fysiologisch proces is.

In deze garantie is niet inbegrepen het invriezen / ontdoeien en onderhoud van embryo's, ovocytten, ovariaal weefsel of sperma, noch de donatiekosten van ovocytten.

Onontbeerlijke voorwaarde voor het ontvangen van deze dekking is dat beide leden van het koppel verzekerd zijn. Er wordt een wachttijd bepaald van 24 maanden voor elk der leden van het koppel.

De behandeling vindt plaats in medische centra en ziekenhuizen en door de daartoe door de Verzekeraar aangewezen artsen, die zich niet noodzakelijkerwijs in de provincie van het adres van de Verzekerde bevinden.

De toepassing van kunstmatige bevruchting is onderworpen aan de van kracht zijnde wetgeving.

3.31. Tandheelkunde - Stomatologie. Alleen inbegrepen extracties, stomatologische genezingen als gevolg daarvan, röntgenopnames en gebitsreiniging eenmaal per jaar, voorgeschreven door een tandheelkundig stomatoloog van de lijst van medisch personeel van de Verzekeraar.

3.32. Oogheelkunde. Inbegrepen is fotocoagulatie met laser en hoornvliestransplantatie waarbij het te transplanteren hoornvlies voor rekening van de Verzekerde komt.

3.33. Medische oncologie. Inbegrepen zijn de implanteerbare injectiekamers voor het intraveneus infuus, van het soort port-a-cath, die gebruikt worden in chemotherapie.

3.34. Radiotherapie.

3.35. Otorhinolaryngologie. Gedekt is Radiofrequentie, uitsluitend voor de behandeling van Hypertrofie van de neusschelpen.

3.36. Klinische psychologie. Inbegrepen is de psychologische zorg op individuele en tijdelijke basis, in poliklinische behandeling, voorgeschreven door een psychiater op de lijst van medisch personeel van de Verzekeraar, die tot doel heeft het behandelen van processen die vatbaar zijn voor psychologische ingrepen, tot een maximum van 20 sessies per Verzekerde en jaar.

In deze dekking is inbegrepen **Kinderpsychologie**: inbegrepen zijn 20 sessies per jaar met een specialist op de lijst van medisch personeel van de Verzekeraar, voor verzekerden jonger dan 16 jaar.

Hiervoor is voorafgaande autorisatie van de Verzekeraar vereist.

Uitgesloten processen: psychoanalyse, hypnose, ambulante narcolepsie, sofrologie, neuropsychologische en psychometrische tests, psychoanalytische psychotherapie, evenals psychosociale revalidatie of neuropsychiatrie.

3.37. Psychiatrie.

3.38. Revalidatie en Fysiotherapie. Op voorafgaand voorschrift van een arts van de Verzekeraar, verbonden aan de te behandelen specialiteit en in een van de centra op de lijst van medisch personeel, behalve van de bekkenbodem en drainage van de lymfklier, met uitzondering van postchirurgische drainage van de lymfklier bij borstkanker, overkomen tijdens de geldigheid van de polis.

3.39. Reumatologie.

3.40 Behandeling van pijn. Inbegrepen zijn uitsluitend implanteerbare injectiekamers (van het soort port-a-cath) **en uitdrukkelijk uitgesloten zijn implanteerbare infuuspompen voor het toedienen van medicijnen en elektroden voor het stimuleren van het ruggenmerg.**

3.41. Traumatologie en Orthopedische chirurgie. Niet inbegrepen is de behandeling met ozontherapie voor discushernia. **Uitgesloten zijn infiltraties van Autogene Groeifactoren (Plasma rijk aan groeifactoren).**

3.42. Urologie. Inbegrepen vasectomie, diagnose van impotentia (niet de behandeling), evenals onderzoek en diagnose van de infertiliteit en steriliteit. Inbegrepen is Groene Laser, **uitsluitend voor de behandeling van goedaardige prostaatvergroting, en wel in de voor die behandeling, vooraf door de Verzekeraar erkende centra.**

4. DIAGNOSEMIDDELEN

De diagnoseproeven worden in alle gevallen uitgevoerd met voorafgaand voorschrift van een arts van de Verzekeraar. Zij omvatten de gebruikelijke, in de medische praktijk erkende diagnosemiddelen op het moment van ondertekening van de polis, **met uitsluiting van enigerlei diagnose die verband houdt met studie of onderzoek (van wetenschappelijke aard)**. De contrastmiddelen en het radiopharmacon die gebruikt worden zijn niet in de dekking inbegrepen.

- Klinische analyse: biochemie, hematologie, microbiologie, parasitologie, pathologische chirurgische anatomie, pathologische cytologie.

- Conventionele radiologie.

Andere diagnosemiddelen:

- Röntgendiagnose: inbegrepen zijn de gebruikelijke diagnose technieken zoals angiografie, digitale arteriografie, beenderdensitometrie, echografie, mammografie, en radiologie zonder interventie.
- Nucleaire geneeskunde. Radioactieve isotopen en Scintigrafie.
- Nucleaire Magnetische Resonantie (NMR).
- Computertomografie (CAT/CT-Scan).
- Positron-emissietomografie (PET-CT) in gevallen van oncologie en resistente epilepsie.
- Hartcatheterisatie door middel van CAT uitsluitend voor aandoeningen van het bloedvatenstelsel.
- Endoscopieën.
- Hartdiagnose. Electrocardiogram, Inspanningselektrocardiografie op de loopband, Echocardiografie, conventionele Holter, Holter, Doppler en Hemodynamica.
- Klinische neurofysiologie: Elektro-encefalografie en elektromyografie.
- Triple Screening, Vruchtwaterpunctie en Onderzoek van het Karyotype van de Foetus bij risicovolle zwangerschap.
- Polysomnografie. Uitsluitend voor het onderzoek van slaap-apnoe die de slaap verhindert.

- Radiologische interventie of invasieve radiologie.
- Digitale dermatoscopie. Op voorafgaand voorschrift van een arts van de Verzekeraar, die verbonden is aan het te behandelen specialisme en in een van de door de Verzekeraar erkende centra. Bij vroegtijdige diagnose van de maligne melanoom bij personen met familiale en/of persoonlijke antecedenten van melanoom, bij het dysplastisch naevus-syndroom en/of aanwezigheid van talrijke naevi/moedervlekken (meer dan honderd laesies).
- Opsporing van de schildwacht lymfeklier. Aandoeningen van mamma.

5. ZIEKENHUISOPNAME

De ziekenhuisopname gebeurt in eigen of door de Verzekeraar erkende centra op aanwijzing van een arts daarvan, waarbij de patiënt een eenpersoonskamer bezet, die voorzien is van badkamer en bed voor een begeleidende persoon (behalve bij manifeste onmogelijkheid), met uitzondering van de uitdrukkelijk uitgesloten gevallen. Voor rekening van de Verzekeraar komen de kosten voor de operatiekamer, de anesthesieproducten en zowel de bij de chirurgische handeling als bij ziekenhuisopname gebruikte medicijnen, evenals de behandelingen en het materiaal en het onderhoud van de patiënt, zolang deze in het ziekenhuis opgenomen is.

5.1. Medische ziekenhuisopname (zonder chirurgische ingreep): De duur van de opname wordt door de arts van de Verzekeraar bepaald die de zorg op zich heeft, en duurt totdat deze het wenselijk acht de patiënt over te plaatsen naar zijn eigen huis. Inbegrepen is de dagopname in het ziekenhuis.

5.2. Kindergeneeskundige ziekenhuisopname: Inbegrepen is zowel de conventionele ziekenhuisopname als de couveuse (in dit laatste geval is het bed van een begeleidende persoon niet inbegrepen). Ziekenhuisopname van de onvoldragen pasgeborene of pasgeborene met aandoeningen in een specialistisch centrum (Neonatologie).

5.3. Ziekenhuisopname door moederschap: Bijgestaan door verloskundige arts en vroedvrouw. Inbegrepen is de anesthesie (peridurale anesthesie inbegrepen), evenals nidus en couveuse voor de pasgeborene.

5.4. Chirurgische ziekenhuisopname: Inbegrepen is de dagopname in het ziekenhuis (poliklinische, omvangrijkere chirurgie).

5.5. Ziekenhuisopname op intensive care: Deze zal plaatsvinden in de daartoe door de Verzekeraar aangewezen centra, op voorafgaand voorschrift van een arts daarvan, in geschikte faciliteiten. Het hoofd van de intensive care zal de duur van het verblijf van de patiënt aangeven. **Door de aard ervan is geen bed inbegrepen voor een begeleidende persoon.**

5.6. Psychiatrische ziekenhuisopname: Uitsluitend voor patiënten waarbij voorafgaand diagnose is gesteld door een specialist van de Verzekeraar voor de behandeling van acute aanvallen die van reversibele aard zijn, in het kader van dagopname in het ziekenhuis, **met een limiet van zestig dagen per kalenderjaar. Door de aard ervan, is geen bed inbegrepen voor een begeleidend persoon.**

5.7. Speciale zorg thuis: Indien de arts van de Verzekeraar van mening is dat de Verzekerde zorg behoeft, zoals die in een ziekenhuis verleend wordt en die door de polis gedekt is maar die geen opname in een ziekenhuis vereist, is het mogelijk deze medische zorg, evenals de technisch sanitaire diensten, thuis te verlenen bij de Verzekerde die in de polis vermeld staat.

Niet inbegrepen zijn kosten die gemaakt zijn naar aanleiding van sociale hulp, horeca, linnengoed, voedsel, medicijnen, sanitair materiaal en andere zorg niet specifiek van de huisarts, Technisch Sanitair Assistent of Universitair Gediplomeerde Verpleegkundige, noch de voortgezette aanwezigheid van het professioneel sanitair personeel in het huis van de Verzekerde.

6. PROTHESEN

Inbegrepen zijn de interne vaste prothesen van tijdelijke of definitieve aard: hartkleppen, by-pass, pacemaker, stent, kunstheup, materiaal voor osteosynthese, overige interne vaste prothesen, intraoculaire lenzen en mammaprothesen post mastectomie van neoplastische aard, mits de mastectomie verricht is tijdens de geldigheid van de polis.

Uitgesloten is elk soort orthopedisch materiaal, orthesen, externe fixeerstoffen, biologische of synthetische materialen, transplantaties (bottransplantaties uitgezonderd), dentale en cochleaire prothesen en implantaten, penisprothese, scrotum, weefsel-expanders en/of hoorprothesen en multifocale intraoculaire lenzen, evenals de implanteerbare automatische defibrillator.

7. SPECIALE BEHANDELINGEN

In alle gevallen worden deze verricht op voorafgaand schriftelijk voorschrift van een arts specialist inbegrepen in de lijst van medisch personeel van de Verzekeraar, in de door deze daartoe aangewezen centra waar de betreffende aandoening behandeld wordt.

- Aërosoltherapie - ademhalingstherapie. **De medicatie zal, in alle gevallen, voor rekening van de Verzekerde komen.**
- Oxygeentherapie. Zowel in gevallen van ziekenhuisopname als poliklinische behandeling. Inbegrepen is de ambulante oxygeentherapie voor die patiënten die gedurende ten minste 16 uur per dag behandeling met zuurstof behoeven.

- Dialyse (Hemodialyse en Peritoneale Dialyse). Uitsluitend voor de behandeling, gedurende de overeenkomstige dagen, van de acute nierinsufficiënties, **waarbij de chronische aandoeningen uitdrukkelijk uitgesloten zijn.**
- Logopedie en Foniatrie. **Uitsluitend als revalidatie en grotere ingrepen in de larynx,** tot een maximum van 60 sessies.
- Lasertherapie. Alleen inbegrepen bij oogheekundige behandelingen, revalidatie van de skeletspier en Groene Laser (overeenkomstig het bepaalde in lid 3.42 van ARTIKEL 3).
- Chemotherapie en Radiotherapeutische Oncologie. Met ziekenhuisopname of dagopname. De Verzekeraar neemt alleen de kosten op zich voor de specifiek cytostatische medicijnen die op de nationale markt verkocht worden en reglementair geautoriseerd zijn door het Ministerie van Volksgezondheid, en toegediend worden volgens de instructies op de bijsluiter van het product.
- Extracorporele niersteenvergruizing (lithotripsie).
- Vroegtijdige opsporing en behandeling van doofheid bij kinderen. Inbegrepen is consult en onderzoek, Oto-akoestische emissies en opgeroepen reacties (evoked potentials) van het gehoor in de hersenstam.

8. ANDERE DIENSTEN

- Ambulance: De verzekering dekt uitsluitend het vervoer van de Verzekerde vanaf zijn woning naar het medisch centrum, of omgekeerd, en alleen voor ziekenhuisopname of spoedbehandeling. Alleen op voorschrift van de arts van de Verzekeraar, behalve bij spoedgevallen.

Het vervoer, indien van toepassing, is over land en gebeurt uitsluitend op schriftelijk voorschrift van de arts en indien er speciale omstandigheden zijn van lichamelijke incapaciteit die de Verzekerde verhinderen de gewone transportdiensten (openbaar vervoer, taxi of eigen voertuig) te gebruiken.

Uitgesloten van deze dienst zijn de vereiste verplaatsingen ten behoeve van revalidatie en fysiotherapie, dialyse en ten behoeve van het uitvoeren van diagnostische testen in ambulante kader.

- Podotherapie: voetchirurgie, alleen in polikliniek.
- Voorbereiding op de Beving. Omvat een aantal technieken die toegepast worden om de zwangere vrouw lichamelijk en psychologisch voor te bereiden voor het moment van

de bevalling. Gericht op zwangere vrouwen vanaf het tweede trimester van de zwangerschap.

ARTIKEL 4 – UITGESLOTEN RISICO'S

- a) Lichamelijk letsel als gevolg van oorlogen, opstanden, revoluties en terrorisme; lichamelijk letsel als gevolg van officieel uitgeroepen epidemieën; lichamelijk letsel dat direct of indirect verband houdt met straling of radioactieve straling, en lichamelijk letsel afgeleid van cataclysmen (aardbevingen, overstromingen en andere seismische of meteorologische verschijnselen).**
- b) Geneesmiddelen en medicijnen van enigerlei soort buiten het kader van de ziekenhuisopname, evenals vaccins van enigerlei soort en producten voor de verzorging van het lichaam.**
- c) Medische Zorg afgeleid van chronisch alcoholisme of verslaving aan drugs van welk soort ook.**
- d) Medische Zorg voor lichamelijk letsel veroorzaakt door dronkenschap, ruzie (behalve in gevallen van zelfverdediging), zelfverwondingen of pogingen tot zelfmoord.**
- e) De vereiste Medische Zorg als gevolg van het lichamelijk letsel veroorzaakt tijdens het uitvoeren van activiteiten met een hoog risico, zoals stierenvechten en stierenrennen met wilde stieren, of van gevaarlijke sporten, zoals onderwatersport, speleologie, boksen, vechtsporten, overhang, rugby, wedstrijden met motorvoertuigen, quad, parapente, ongeautoriseerde activiteiten in de lucht voor het openbaar vervoer van personen, vaaractiviteiten of die welke in wilde wateren uitgevoerd worden, bungeejumpen, canyoning en elke andere activiteit die manifest gevaarlijk is; evenals de Medische Zorg afgeleid van de uitoefening op professionele basis van welke sport ook.**
- f) Medische Zorg voor enigerlei ziekten, lichamelijk letsel, ongelukken en de gevolgen ervan, aangeboren of reeds bestaande gebreken of mismaaktheden die bestonden voor aanvang van de toetreding van elke Verzekerde in de polis, evenals voor die tekenen die beschouwd zouden kunnen worden als het begin van enigerlei aandoeningen, die ofwel voorafgaand onderzoek, diagnostische testen of behandeling van welk soort ook behoeften, behalve indien genoemde ziekten, lichamelijk letsel, ongelukken, symptomen, gebreken of mismaaktheden opgegeven zijn door de Verzekeringnemer of Verzekerde in het gezondheidsformulier en waarvan de dekking uitdrukkelijk aanvaard is door de Verzekeraar in de Bijzondere Voorwaarden. Deze uitsluiting is niet van**

toepassing op de Verzekerden die tot de polis zijn toegetreden vanaf hun geboorte, krachtens punt 1. e), ARTIKEL 10.

g) Alternatieve medicijnen. Behandelingen in tehuizen, residenties, kuuroorden en soortgelijke.

h) Check-ups of algemene medische onderzoeken van preventieve aard, behalve hetgeen uitdrukkelijk opgenomen is in punt 3., ARTIKEL 3.

i) Behandelingen bij steriliteit of infertiliteit (behalve hetgeen uitdrukkelijk opgenomen is in punt 3.30. ARTIKEL 3), vrijwillige onderbreking van de zwangerschap onder welke voorwaarde ook, evenals de diagnostische testen die verband houden met genoemde onderbreking en de behandeling (Chirurgie inbegrepen) van impotentia.

j) Uitdrukkelijk uitgesloten zijn chirurgische ingrepen, infiltraties en behandelingen, evenals elk ander soort ingreep die uitsluitend van esthetische aard is. Tevens is uitdrukkelijk uitgesloten elk soort aandoening of complicatie die zich kan openbaren op een later moment en die direct of indirect veroorzaakt is doordat de Verzekerde een ingreep, infiltratie of behandeling van uitsluitend esthetische aard heeft ondergaan.

k) Al wat verband houdt met psychologie, psychoanalyse, hypnose, psychotherapie, individueel of in een groep, psychologische testen, narcolepsie en rust- of slaapkuren, behalve hetgeen uitdrukkelijk opgenomen is in punt 3.36., ARTIKEL 3.

l) Orgaantransplantaties, behalve de autogene beenmergtransplantatie en hoornvliestransplantatie (waarbij het te transplanteren hoornvlies niet voor rekening komt van de Verzekeraar).

m) Medische Zorg bij AIDS en bij de ziekten veroorzaakt door het menselijk immuundeficiëntievirus (H.I.V.).

n) Bijstand en behandeling in een ziekenhuis om sociale of familiale redenen, evenals die welke vervangbaar is door bijstand aan huis of door poliklinische bijstand.

o) Bij het specialisme tandheelkunde zijn niet inbegrepen tandvullingen, endodontische behandelingen, plaatsing van tandheelkundige prothesen, orthodontie, paradontologie en implantaten, noch andere tandheelkundige behandelingen anders dan de genoemde in punt 3.31., ARTIKEL 3.

- p) Chirurgische correctie van bijziendheid, verziendheid of astigmatisme en ouderdomslechiendheid en enigerlei refractieve oculaire aandoeningen.**
- q) Alle chirurgische en/of therapeutische technieken met gebruik van laser, behalve hetgeen uitdrukkelijk opgenomen is in punt 7, ARTIKEL 3.**
- r) De reis- en vervoerkosten, behalve ambulance in de termen zoals bedoeld in punt 8., ARTIKEL 3.**
- s) Chronische behandelingen van dialyse.**
- t) Behandelingen in het kader van fysiotherapie en revalidatie na het bereiken van het functionele herstel of het maximaal bereikbare daarvan, of wanneer die overgaat in een therapie voor onderhoud van de activiteit, of indien de specialist, opgenomen in de lijst van medisch personeel en die de behandeling uitvoert, dat zo aangeeft. Uitgesloten is educatieve therapie.**
- u) Uitgesloten is elk soort genetische proef die tot doel heeft de vatbaarheid te kennen van de Verzekerde of van die van zijn huidige of toekomstige nakomelingen voor het lijden aan bepaalde ziekten die verband houden met genetische wijzigingen, met als enige uitzondering die proeven welke uitdrukkelijk zijn opgenomen in de dekking, zoals vruchtwaterpunctie (behalve de techniek in situ hybridisatie) en het karyotype.**
- v) De diagnostische en/of therapeutische testen waarvan het gebruik niet gangbaar is of niet geaccepteerd wordt in het nationale gezondheidssysteem.**

De opname in de dekking van de polis van nieuwe manieren voor het stellen van diagnose, nieuwe therapieën en nieuwe technologieën, zal plaatsvinden overeenkomstig de Geneeskunde gebaseerd op wetenschappelijke bewijzen, nadat de effectiviteit en veiligheid ervan bewezen is en er voldoende middelen beschikbaar zijn voor de uitvoering ervan in de door de Instelling erkende centra.

w) Bariatrische chirurgie

x) Uitgesloten is de Robotchirurgie (Da Vinci en soortgelijke).

ARTIKEL 5 – WIJZE VAN DIENSTVERLENING

De door de polis gedekte Medische Zorg wordt verleend in alle plaatsen waar de Verzekeraar kantoren heeft of over een lijst van erkende artsen beschikt. Indien een van deze plaatsen niet over de in het contract begrepen diensten beschikt, zullen die verleend worden in een andere plaats waar die wel verleend kunnen worden, naar keuze van de Verzekerde.

1. WEGWIJZER ZORG

De Verzekeraar beschikt over een Dienst Wegwijzer Bijstand waarvan het doel is de Verzekerden de toegang tot de dienstverleningen te vergemakkelijken, door te informeren over de te volgen procedures en deze zoveel mogelijk te vergemakkelijken.

2. VRIJE ARTSENKEUZE

De Verzekerden kunnen zich vrijelijk en direct richten tot de artsen van primaire geneeskunde en tot de specialisten die deel uitmaken van de lijst van medisch personeel van de Verzekeraar die op dat moment geldig is.

De Verzekeraar raadt aan dat elke Verzekerde over een huisarts of vaste kinderarts beschikt, die verantwoordelijk is voor de zorg van de familie. Elke Verzekerde kan zijn huisarts of vaste kinderarts en Technisch Sanitair Assistent uitkiezen onder het medisch personeel dat op de lijst met medisch personeel van de Verzekeraar staat; daarvoor volstaat om de Verzekeraar de keuze of de wijziging daarin aan te geven. Indien deze keuze betrekking heeft tot medisch personeel waarvan het territoriaal gebied niet de woonplaats van de Verzekerde omvat, is de Verzekeraar niet verplicht thuiszorg te verlenen.

3. BEZOEK AAN HUIS

Het bezoek aan huis van de huisarts of Technisch Sanitair Assistent vindt plaats met voorafgaande telefonische melding bij het medisch personeel tussen 09.00 en 17.00. Het bezoek aan huis wordt alleen gedaan op het adres dat in de polis staat. Iedere wijziging daarin dient minimaal 8 dagen voor het aanvragen van enigerlei dienst aan de Verzekeraar meegedeeld te worden.

Bij spoedgevallen dient de Verzekerde zich te wenden tot de permanente spoeddiensten die door de Verzekeraar vastgesteld zijn, of contact op te nemen met de telefonische service die hiervoor bij de aan de Verzekerden verschaft documenten inbegrepen is.

4. DEELNAME VAN DE VERZEKERDE IN DE KOSTEN VAN DE DIENSTEN

De Verzekerde betaalt voor elke ontvangen medische handeling het bedrag dat in de Bijzondere Voorwaarden vastgesteld is op basis van het eigen risico of de deelname aan de kosten daarvan.

In verband daarmee zal de Verzekeraar de Verzekeringnemer geregeld een overzicht opsturen met daarin de diensten die eventueel gebruikt zijn door de Verzekerden die in de polis inbegrepen zijn, samen met het bedrag van de overeenkomstige eigen risico's.

De inning van het resulterende totaalbedrag zal door middel van een automatische overschrijving plaatsvinden, op naam van de rekening die de Verzekeringnemer heeft aangegeven voor de betaling van de premie.

Het bedrag van de eigen risico's kan door de Verzekeraar herzien worden, overeenkomstig het bepaalde in ARTIKEL 12 (JAARLIJKSE HERZIENING VAN DE FINANCIËLE PREMIEVOORWAARDEN).

5. AUTORISATIE VAN DIENSTVERLENINGEN

In het algemeen is voorafgaande, uitdrukkelijke autorisatie nodig van de Verzekeraar voor ziekenhuisopnames, chirurgische ingrepen en bepaalde speciale behandelingen en diagnostische testen, op voorafgaand schriftelijk voorschrift van het medisch personeel van de Verzekeraar.

Stukken die voorgelegd dienen te worden in geval van dienstverleningen die autorisatie vereisen:

Voor de medische dienstverleningen die uitdrukkelijke autorisatie van de Onderneming vereisen zal de Verzekerde, op verzoek van de Onderneming, een medisch rapport dienen te verstrekken waarin de antecedenten staan, datum van aanvang, datum van diagnose, evenals de oorzaken en oorsprong en ontwikkeling van de ondervonden aandoening.

De Verzekerde dient voor de dienstverlening voorafgaande bevestiging te verkrijgen van de Verzekeraar, die deze zal geven behalve indien hij beschouwt dat het een dienstverlening betreft die niet gedekt is door de polis, of verband houdt met een niet gedekte dienstverlening, of daarvan een voorbereiding is. Na het afgeven van de schriftelijke bevestiging is de Verzekeraar financieel verplicht.

Bij spoedgevallen volstaat een verwijzing van de arts van de Verzekeraar, maar de Verzekerde dient bevestiging te verkrijgen van de Verzekeraar binnen een termijn van tweeënzeventig uur volgend op de ziekenhuisopname of aan het begin van de dienstverlening. De Verzekeraar is financieel verplicht tot het moment waarop het bezwaar maakt tegen de verwijzing van de arts indien hij beschouwt dat de medische handeling of de ziekenhuisopname niet door de polis gedekt is.

6. SPOEDGEVALLEN

De medische spoedhulpdienst dient telefonisch aangevraagd te worden, of door direct naar het Permanente Centrum voor Spoedgevallen te gaan dat de Verzekeraar heeft uitgekozen; het adres en telefoonnummer staan op de lijst van medisch personeel.

7. TIJDELIJKE VERPLAATSINGEN

De Verzekeraar verplicht zich Medische Zorg te verlenen aan de Verzekerde die tijdelijk niet op zijn vaste adres woont, in elke plaats op het nationale grondgebied. Daarvoor dienen de eigen of de door de Verzekeraar erkende diensten gebruikt te worden, die aangegeven staan in de stukken die aan de Verzekerden overhandigd zijn.

8. NIET DOOR CASER GECONTRACTEERDE ZORG

De Verzekeraar stelt zich niet verantwoordelijk voor de honoraria van medisch personeel dat niet op de lijst van erkend medisch personeel staat, noch voor de kosten van ziekenhuisopnames en andere diensten die deze zouden kunnen voorschrijven.

9. IDENTIFICATIE DOOR VERZEKERDEN

Bij het aanvragen van de dienstverleningen dient de Verzekerde de individuele Caser zorgpas te tonen, die de Verzekeraar met dat doel zal verstrekken, evenals de laatst betaalde kwitantie van de premie, waarvan de periode geldig moet zijn. De Verzekerde dient het kwitantiebewijs van de dienst te ondertekenen.

Indien de arts of het centrum dat nodig achten, kunnen zij ook het tonen van het Nationaal Identiteitsdocument eisen van de personen die verplicht zijn daarover te beschikken.

ARTIKEL 6 - WACHTTIJDEN

Alle diensten tot de welke de Verzekeraar zich krachtens de polis verplicht, zullen verstrekt worden vanaf het moment van aanvang van de geldigheid van het contract. Uitzondering op het voorgaande algemene principe vormen de hierna volgende diensten, waarvoor het een vereiste is dat de voorafgaande wachttijden verlopen zijn, die vervolgens worden aangegeven:

Wachttijd van zes maanden:

- **Gezinsplanning.**
- **Chirurgische ingrepen en opnames in Ziekenhuizen voor medische behandelingen of chirurgische ingrepen. Deze wachttijd is niet van toepassing op spoedgevallen met levensgevaar.**
- **Oncologische en cardiologische behandelingen, Lithotripsie, Dialyse, Aërosoltherapie.**

Wachttijd van acht maanden:

- **Bijstand bij Bevallingen: deze wachttijd is niet van toepassing bij vroegtijdige of abnormale bevallingen.**

Wachttijd van 24 maanden:

- **Kunstmatige bevruchting.**

ARTIKEL 7 – GRONDSLAG, VERLIES VAN RECHTEN, BEËINDIGING EN ONBETWISTBAARHEID VAN HET CONTRACT

1. De door de Verzekeringnemer en Verzekerde afgelegde verklaringen in de vragenlijst - het aanvraagformulier van de verzekering over zijn gezondheidstoestand vormen de grondslag voor de aanvaarding van het risico van dit contract en maken daarvan integraal deel uit.

2. De Verzekerde verliest het recht op gegarandeerde dienstverlening:

a) In geval van voorbehoud of onjuistheid bij het invullen van de vragenlijst over de gezondheidstoestand (ARTIKEL 10 van de Wet).

De Verzekeraar kan het contract door een verklaring gericht aan de Verzekeringnemer beëindigen binnen de termijn van een maand, te tellen vanaf de datum waarop deze kennis nam van het voorbehoud of de onjuistheid van de Verzekeringnemer of Verzekerde. Aan de Verzekeraar komen de premies toe, behalve indien er sprake is van bedrog of ernstige schuld, voor de lopende periode op het moment dat hij deze verklaring doet.

Indien het ongeval gebeurt voordat de Verzekeraar de verklaring doet die bedoeld is in de vorige alinea, zal zijn dienstverlening zich naar evenredigheid beperken tot het verschil tussen de overeengekomen premie en de premie die toegepast zou zijn indien de ware entiteit van het risico bekend was geweest. Indien er sprake is geweest van bedrog of ernstige schuld van de kant van de Verzekeringnemer of Verzekerde wordt de Verzekeraar ontslagen van zijn verplichting de dienstverlening te betalen.

b) In geval van verergering van het risico, indien de Verzekeringnemer of de Verzekerde dat niet meedeelt aan de Verzekeraar en hij/zij te kwader trouw gehandeld heeft. (ARTIKEL 12 van de Wet).

c) Indien het ongeval waarvan de dekking als risico gegarandeerd wordt, gebeurt voordat de premie betaald is, behoudens uitdrukkelijke overeenkomst in tegengestelde zin (ARTIKEL 15 van de Wet).

d) Indien het ongeval door de Verzekerde te kwader trouw veroorzaakt zou zijn (ARTIKEL 19 van de Wet).

3. De Verzekeringnemer kan het contract beëindigen indien de lijst met medisch personeel van zijn provincie voor 50% gewijzigd wordt, waarbij de beslissing aan de Verzekeraar meedeeld dient te worden door middel van enigerlei rechtsgeldig medium. Deze norm is niet van toepassing wanneer het tijdelijke vervangingen betreft met gegronde oorzaak, of wanneer het artsen betreft van speciale chirurgische technieken, en ook niet in het geval van tandheekkundigen, analisten of radiologen.

4. Indien medisch onderzoek uitgevoerd is of indien de volle rechten erkend zijn, zal de polis onbetwistbaar zijn wat betreft de gezondheidstoestand van de Verzekerde of de Verzekerden, en zal de Verzekeraar zijn diensten niet kunnen weigeren door zich op het bestaan van vroegere ziekten te beroepen, tenzij op uitdrukkelijke wijze en als gevolg van genoemde erkenning er enig voorbehoud gemaakt wordt in de Bijzondere Voorwaarden van de polis.

Indien geen medisch onderzoek uitgevoerd is en ook geen volle rechten erkend zijn, zal de polis onbetwistbaar zijn na het verstrijken van 1 jaar vanaf het afsluiten van het contract, tenzij de Verzekeringnemer te kwader trouw gehandeld heeft.

5. Indien de Verzekeringnemer bij het aanvragen van de verzekering het geslacht of het geboortejaar van een der Verzekerden onjuist heeft opgegeven, zal de Verzekeraar het contract slechts kunnen beëindigen indien hun ware leeftijd of ware geslacht op de datum van aanvang van de polis de door hem vastgestelde toelatingsbeperkingen of het inschrijvingsbeleid van de polis overschrijdt.

In het geval dat als gevolg van een onjuiste opgave van het geboortejaar of van het geslacht de betaalde premie lager is geweest dan die welke betaald had moeten worden, zal de Verzekeringnemer verplicht zijn de Verzekeraar het verschil te betalen tussen de aan hem de facto betaalde bedragen als premie en die welke de Verzekeringnemer, overeenkomstig de tarieven, zou hebben moeten betalen overeenkomstig zijn ware leeftijd of geslacht.

Indien echter de betaalde premie hoger is dan die welke betaald had moeten worden, is de Verzekeraar verplicht de Verzekeringnemer het teveel van de ontvangen premies, zonder rente, terug te betalen.

ARTIKEL 8 – DUUR VAN DE VERZEKERING

De verzekering wordt afgesloten voor de duur van de periode voorzien in de Bijzondere Voorwaarden en de duur van de polis, tenzij anders overeengekomen, zal samenvallen met die van het kalenderjaar. Op de vervaldatum, en overeenkomstig ARTIKEL 22 van de

Wet Verzekeringscontract, zal deze stilzwijgend verlengd worden voor perioden van een jaar.

Beide partijen kunnen echter bezwaar maken tegen de verlenging door middel van een schriftelijke kennisgeving aan de andere partij, te doen minimaal twee maanden voor de datum van beëindiging van de lopende periode van de verzekering. De kennisgeving van de Verzekeringnemer dient aan het adres van de Verzekeraar gedaan te worden.

De Verzekeraar kan de polis niet ontbinden wanneer de Verzekerde behandeld wordt in het kader van een ziekenhuisopname, tot zijn/haar ontslag, tenzij de Verzekerde uitdrukkelijk afstand doet van voortzetting van de behandeling.

Ten aanzien van iedere Verzekerde vervalt de verzekering:

1. Door overlijden.

2. Indien in de polis familieleden zijn opgenomen die samenwonen met de Verzekeringnemer: wanneer die ophouden op geregelde basis op zijn adres te wonen, wat meegedeeld dient te worden aan de Verzekeraar. Indien deze personen een nieuwe verzekering afsluiten, voor het verstrijken van 1 maand vanaf de voornoemde kennisgeving, zal de Verzekeraar alle door hen verkregen rechten in stand houden, mits zij zich inschrijven op dezelfde garanties.

Minderjarigen kunnen uitsluitend opgenomen worden in de verzekering indien de persoon of personen die de ouderlijke macht of voogdij heeft / hebben eveneens verzekerd is / zijn, tenzij anders overeengekomen.

De afgesloten dekkingen worden niet van kracht zolang de eerste kwitantie van de premie niet voldaan is.

ARTIKEL 9° - BETALING VAN PREMIES

De Verzekeringnemer, overeenkomstig ARTIKEL 14 van de Wet, is verplicht tot het betalen van de premie.

1. De eerste premie of een fractie ervan is opeisbaar overeenkomstig ARTIKEL 15 van de Wet na ondertekening van het contract; indien die niet betaald is door schuld van de Verzekeringnemer, is de Verzekeraar gerechtigd het contract te ontbinden of om de betaling op te eisen van de verschuldigde premie met dwangmiddelen op grond van de polis. De Verzekeraar wordt in ieder geval ontslagen van zijn verplichting indien de premie niet betaald is voor het gebeuren van het ongeval, tenzij anders overeengekomen is.

2. In geval van wanbetaling van de tweede en volgende premies of fracties ervan, wordt de dekking een maand na de vervaldatum van de kwitantie opgeschort, en indien de Verzekeraar de betaling niet binnen een termijn van zes maanden volgend op genoemde vervaldatum vordert, dan wordt aangenomen dat het contract vervallen is. Indien het contract niet ontbonden of vervallen is overeenkomstig de voornoemde voorwaarde, dan wordt de dekking weer van kracht vierentwintig uur na de dag waarop de Verzekeringnemer de premie betaalt. In ieder geval, indien het contract opgeschort is, kan de Verzekeraar uitsluitend de betaling van de premie opeisen die overeenkomt met de lopende periode.

3. De Verzekeraar is uitsluitend verplicht overeenkomstig de kwitanties die door zijn wettelijk geautoriseerde vertegenwoordigers ontvangen zijn.

De betaling van het bedrag van de premie die de Verzekeringnemer aan de Verzekeringsmakelaar voldaan heeft zal als niet voldaan aan de Verzekeraar beschouwd worden tenzij de Verzekeringsmakelaar in ruil daarvoor de Verzekeringnemer de door de Verzekeraar afgegeven premiekwitantie overhandigt.

4. In de Bijzondere Voorwaarden staat het door de Verzekeringnemer opgegeven bankrekeningnummer aangegeven waarmee de premiekwitanties betaald zullen worden, waarbij de volgende normen toegepast worden:

a) De Verzekeringnemer zal de Verzekeraar een aan de bank of spaarbank gerichte brief overhandigen waarin de overeenkomstige betalingsopdracht gegeven wordt.

b) De premie wordt als voldaan beschouwd op de vervaldatum, tenzij bij het proberen te innen ervan binnen een termijn van 30 kalenderdagen onvoldoende geld op de rekening van de Verzekeringnemer zou staan. In dat geval deelt de Verzekeraar aan de Verzekeringnemer mee dat de kwitantie tot zijn beschikking staat op het adres van laatstgenoemde partij, waarbij de Verzekeringnemer verplicht is de premie op genoemd adres te voldoen.

c) Indien de Verzekeraar de voornoemde termijn laat verstrijken zonder de kwitantie ter betaling voor te leggen, en er daarbij onvoldoende geld op de rekening van de Verzekeringnemer zou zijn, dan dient eerstgenoemde partij dit feit aan de laatstgenoemde mee te delen, door middel van een brief of elk ander soort rechtsgeldig middel, hem/haar daarbij een nieuwe termijn van dertig kalenderdagen verlenend om de wijze mee te delen waarop hij/zij het bedrag gaat voldoen. Deze termijn wordt gerekend vanaf de ontvangstdatum van genoemde brief of kennisgeving op het laatst aan de Verzekeraar opgegeven adres.

ARTIKEL 10 – ANDERE VERPLICHTINGEN, PLICHTEN EN BEVOEGDHEDEN VAN DE VERZEKERINGNEMER OF VAN DE VERZEKERDE

1. De Verzekeringnemer, dan wel de Verzekerde, heeft de navolgende verplichtingen:

a) Alle hem/haar bekende omstandigheden die van invloed kunnen zijn op het bepalen van het risico aan de Verzekeraar opgeven, overeenkomstig het door deze aan hem/haar voorgelegde vragenformulier.

Hij/zij zal van deze verplichting vrijgesteld worden indien de Verzekeraar hem/haar het vragenformulier niet voorlegt of, zelfs als hij het wel voorlegt, indien het omstandigheden betreft die van invloed zouden kunnen zijn op het bepalen van het risico, en die daar niet bij inbegrepen zijn.

De Verzekeraar kan het contract beëindigen door middel van een verklaring gericht aan de Verzekeringnemer binnen de termijn van 1 maand, te tellen vanaf de datum waarop deze kennis heeft genomen van het voorbehoud of de onjuistheid van de Verzekeringnemer of Verzekerde. Aan de Verzekeraar komen de premies toe, tenzij er sprake is van bedrog of ernstige schuld van zijn kant, die overeenkomen met de lopende periode op het moment dat hij deze verklaring maakt.

Indien het ongeval gebeurt voordat de Verzekeraar de in de vorige alinea bedoelde verklaring maakt, zal de door hem te leveren dienst zich beperken in evenredigheid met het verschil tussen de overeengekomen premie en die welke toegepast zou zijn indien de ware aard van het risico bekend zou zijn geweest. Indien de Verzekeringnemer te kwader trouw gehandeld heeft of ernstige schuld treft, wordt de Verzekeraar ontslagen van de verplichting tot betaling van de dienstverlening.

b) De Verzekeraar, gedurende de looptijd van het contract en zodra hij de mogelijkheid daartoe heeft, alle omstandigheden meedelen die, overeenkomstig het reeds voorgelegde gezondheidsformulier van de Verzekerde, het risico verergeren en van zodanige aard zijn dat indien zij bij de Verzekeraar bekend zouden zijn geweest op het moment van afsluiten van het contract, hij dit niet voltrokken had of het onder kostbaardere voorwaarden afgesloten zou hebben.

c) De Verzekeraar, zodra hij de kans daartoe heeft, een adreswijziging meedelen.

d) De Verzekeraar, zodra hij de kans daartoe heeft, de toetredingen en opzeggingen van Verzekerden meedelen die plaatshebben tijdens de geldigheid van de polis, waarbij de toetredingen van kracht worden op de eerste dag van de maand volgend op de datum van de door de Verzekeringnemer ingediende kennisgeving, en de opzeggingen op 31 december van het betreffende jaar, waarbij overgegaan wordt tot het aanpassen van het premiebedrag aan de nieuwe situatie.

e) Pasgeborenen kunnen als verzekerden toetreden tot de polis van de moeder mits deze minimaal tien maanden daarvoor al Verzekerde was bij CASER, de bevalling voor rekening van de verzekering van CASER gebeurd is, en de toetreding van de pasgeborene

aangevraagd wordt binnen een maximum termijn van 15 dagen vanaf de geboorte, door middel van de overeenkomstige verzekeringsaanvraag.

Zo niet, dan is de toetreding van de pasgeborene onderworpen aan voldoening van de door Caser vastgestelde normen, waarbij de gebruikelijke wachttijden, de overeenkomstige uitsluitingen of de afwijzing van de aangevraagde toetreding van toepassing kunnen zijn.

Caser zal in ieder geval Medische Zorg aan de pasgeborene dekken indien deze geregistreerd staat als Verzekerde.

f) De gevolgen van het ongeval verminderen, door de tot zijn/haar beschikking staande middelen te gebruiken voor zijn/haar snelle herstel. Het niet nakomen van deze plicht, met de manifeste bedoeling de Verzekeraar te benadelen of te misleiden, ontslaat deze van de verplichting tot enigerlei dienstverlening voortvloeiend uit het ongeval.

g) Het verlenen en verstrekken van subrogatie ten gunste van de Verzekeraar zoals voorzien in ARTIKEL 82 van de Wet.

2. De Caser zorgpas, eigendom van de Verzekeraar en door deze aan iedere Verzekerde overhandigd, is een document voor persoonlijk gebruik en is niet overdraagbaar. In geval van verlies, ontvreemding of schade zijn de Verzekeringnemer en de Verzekerde verplicht dit mee te delen aan de Verzekeraar binnen een termijn van tweeënzeventig uur.

In deze gevallen zal de Verzekeraar overgaan tot het afgeven en verzenden van een nieuwe kaart naar het adres van de Verzekerde dat in de polis staat, daarbij de verloren, ontvreemde of beschadigde kaart annulerend.

Tevens verplichten de Verzekeringnemer en de Verzekerde zich de Verzekeraar de kaart terug te geven van de Verzekerde die uit de polis getreden is.

De Verzekeraar is niet verantwoordelijk voor het onrechtmatige of frauduleuze gebruik van de Caser zorgpas.

3. De Verzekeringnemer kan van de Verzekeraar eisen dat hij binnen een termijn van 1 maand vanaf de overhandiging van de polis de bestaande verschillen van mening oplost tussen hem/haar en het voorstel tot verzekering of de overeengekomen clausules, zoals bepaald in ARTIKEL 8 van de Wet.

ARTIKEL 11 – ANDERE VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERAAR

Naast het verlenen van de per contract overeengekomen bijstand, zal de Verzekeraar de Verzekeringnemer de polis overhandigen, dan wel het document met de tijdelijke dekking of hetgeen van toepassing is overeenkomstig het bepaalde in ARTIKEL 5 van de Wet,

evenals een exemplaar van het gezondheidsformulier en overige documenten die de Verzekeringnemer door ondertekening heeft afgesloten.

Tevens zal hij de Verzekeringnemer de Caser zorgpas overhandigen, een persoonlijk en onoverdraagbaar document dat aan elk der Verzekerden toekomt die opgenomen is in de polis.

Op het moment van ondertekening van de polis zal de Verzekeraar ook een exemplaar verstrekken met de lijst van medisch personeel voor de provincie waarin hij/zij woont, met daarin aangegeven het permanente centrum of de permanente centra voor medische en chirurgische spoedgevallen, de permanente poliklinische dienstverlening, de ziekenhuizen en klinieken, de adressen en spreekuren van het medisch personeel en van de permanente dienst inlichtingen, spoedgevallen en poliklinische dienstverlening in alle hoofdsteden van de overige provincies.

De lijst met medisch personeel kan jaarlijks herzien worden door de Verzekeraar, door middel van de toe- of uittreding van medisch personeel, professionals, ziekenhuiscentra en andere instellingen die er deel van uitmaken. De Verzekeringnemer en/of Verzekerde is verplicht de diensten van dienstverleners te gebruiken die actief zijn op de datum van aanvraag van de dienst. In verband daarmee kunnen zij op het kantoor van de Verzekeraar verzoeken om overhandiging van de herziene lijst van medisch personeel.

ARTIKEL 12 – JAARLIJKSE HERZIENING VAN DE FINANCIËLE PREMIEVOORWAARDEN

De Verzekeraar kan jaarlijks het bedrag herzien van de premies en het aan het eigen risico verbonden bedrag of de deelname van de Verzekerde aan de kosten van de diensten, zoals bedoeld in punt 4, ARTIKEL 5 van deze Algemene Voorwaarden.

In deze herzieningen van premies en eigen risico's worden de noodzakelijke aanpassingen opgenomen om te garanderen dat het premietarief voldoende is, en zij rusten op technische actualisatieberekeningen, gemaakt op basis van de stijging in de kosten van de medische dienstverleningen, de verhoging van de frequentie van de door de polis gedekte diensten, de inlijving van technologische innovaties die verschenen zijn of gebruikt zijn na het afsluiten van het contract, die opgenomen zullen worden in de gegarandeerde dekking, of andere feiten van soortgelijke aard.

De premies die door de Verzekeringnemer voldaan moeten worden variëren in overeenstemming met de door elk van de Verzekerden behaalde leeftijd, het geslacht en het geografisch gebied behorend bij het adres van de dienstverlening, waarbij de tarieven worden toegepast die op de datum van elke verlenging van kracht zijn bij de Verzekeraar.

Bij ontvangst van de kennisgeving van deze herzieningen van premies en/of eigen risico's voor de volgende annuïteit, kan de Verzekeringnemer kiezen voor verlenging van het Verzekeringscontract, wat aanvaarding inhoudt van de nieuwe financiële voorwaarden, of voor de beëindiging daarvan aan het eind van de lopende annuïteit, door middel van een overeenkomstig schrijven gericht aan de Verzekeraar.

ARTIKEL 13 - KENNISGEVINGEN

1. De kennisgevingen aan de Verzekeraar worden op het in de polis aangegeven adres ingediend.
2. De kennisgevingen en de betalingen van de premies die op de afdelingen, filialen en kantoren van de Verzekeraar of aan de Bemiddelaar van het contract gedaan worden, hebben dezelfde geldigheid als wanneer die direct aan de Verzekeraar gedaan zouden zijn.

ARTIKEL 14 - VERJARING

De handelingen die uit dit contract voortvloeien verjaren binnen een termijn van **vijf jaar**, te tellen vanaf de datum waarop zij uitgeoefend kunnen worden.

ARTIKEL 15 – TOEPASSELIJK RECHT

Op dit contract is Spaans recht van toepassing en in dat kader zal de bevoegde Rechter voor het kennisnemen van de daarvan afgeleide handelingen die zijn welke overeenkomt met het adres van de Verzekerde in Spanje.

Van dit Verzekeringscontract maken integraal deel uit de voorgaande Algemene Voorwaarden, de Bijzondere Voorwaarden, de Speciale Voorwaarden, indien deze van toepassing zijn, en de Supplementen waarin de door de partijen overeengekomen wijzigingen zijn opgenomen betreffende een en ander.

BIJLAGE 1 – AANVULLENDE GARANTIE OP DE VERZEKERING VOOR MEDISCHE ZORG

DEKKING MEDISCHE SECOND OPINION

1. Doel van de dienst

Het doel van deze dienst is de als Verzekerden aangewezen personen de dienstverlening van een Medische Second Opinion te garanderen, zoals deze hierna omschreven wordt.

De dienst Medische Second Opinion bestaat uit het bepalen, door nationaal en internationaal erkende experts, van de betreffende ziekte, diagnose en behandeling die de Verzekerde volgt in dat proces, of van de ziekte waaraan hij/zij lijdt, waarbij een overeenkomstig rapport wordt opgesteld.

2. Verzekerden

Personen met de hoedanigheid van Verzekerden zijn de houders van de polis, de daardoor Begunstigden die geregistreerd staan op het moment van aanvraag van de dienst en tijdens de gehele periode waarin deze geleverd wordt.

3. Omschrijving van de dienst

Het doel van deze dienst is de Verzekerden de dienstverlening van de hierna beschreven diensten te garanderen, mits deze aangevraagd worden tijdens de periode waarin deze verzekeringspolis voor Medische Zorg van kracht is en overeenkomstig de hierna volgende definities:

a) Medische Second Opinion van de binnen dit contract beschreven aandoeningen in de afdeling **ziekten vatbaar voor Medische Second Opinion**. De dienst heeft de volgende kenmerken:

- Dienst Medische Second Opinion met nationaal en internationaal zeer erkende specialisten.
- Zonder noodzaak tot verplaatsing en met antwoord binnen tien werkdagen, te tellen vanaf de datum waarop de Verzekerde het ingevulde formulier opstuurt met daarin de aanvraag voor een Medische Second Opinion en de overeenkomstige stukken.
- Steun voor de patiënt, indien deze het nodig acht, na het afwikkelen van de Medische Second Opinion.

b) Selectie van experts en ziekenhuiscentra:

- Selectie en referenties van de nationale en internationale medische experts en ziekenhuiscentra.
- Advies met betrekking tot de medische zorg die hij/zij zal ontvangen in nationale en internationale ziekenhuiscentra.

c) Bij die gevallen waarin de Verzekerde dienstverlening van medische diensten van buiten de lijst van medisch personeel en door de Verzekeraar erkende centra nodig acht, zal een dienst van Kostenadministratie verleend worden bestaande uit:

- Beheer van medische afspraken met landelijke medici van buiten de lijst van de Verzekeraar en internationale medici.
- Verkrijging van prijsoffertes en geschatte kosten van de ziekenhuisopname.
- Toelatingsformaliteiten in nationale en internationale ziekenhuizen.
- Coördinatie van de patiënt (reserveringen, ambulance per lucht of land, en vertaalservice).

Deze diensten zullen onder geen enkele voorwaarde zonder voorafgaande toestemming van de Verzekeraar verleend worden.

4. Ziekten die vatbaar zijn voor een Medische Second Opinion

De dienst Medische Second Opinion wordt in die gevallen verleend waarin de Verzekerde over een eerste diagnose beschikt met betrekking tot de volgende ernstige ziekten:

- Kanker.
- Cardiovasculaire ziekten.
- Neurologische en Neurochirurgische ziekten, daarbij inbegrepen cerebrovasculaire ongelukken.
- Chronische nierinsufficiëntie.
- Ziekte van Parkinson (paralysis agitans).
- Multiple sclerose.

- Kinderdiabetes.
- Tropische ziekten.

5. Andere voorwaarden

De dienstverlening van de in deze verzekeringspolis van Medische Zorg opgenomen diensten wordt uitsluitend geleverd indien de Verzekerde zelf, of via de arts van de Verzekeraar die hem/haar behandelt, de dienstverlening voor een Medische Second Opinion aanvraagt op het daarvoor vastgestelde telefoonnummer.

Na de telefonische aanvraag, zal de Verzekeraar de Verzekerde een vragenformulier verstrekken, dat correct ingevuld teruggezonden dient te worden, samen met het medisch/klinisch dossier met betrekking tot het geval, de laboratoriumproeven, de medische rapporten, röntgenopnamen, biopsiën, en andere medische stukken waarover de Verzekerde beschikt, die deel uitmaken van de eerste vastgestelde diagnose, evenals de aanvullende rapporten en proeven die de Verzekeraar zou kunnen opvragen afhankelijk van de ziekte.

In de dienst Medische Second Opinion zijn inbegrepen de honoraria en kosten die direct af te leiden zijn van de uitvoering van de diensten met betrekking tot de eerder genoemde consultaties en tweede diagnoses, mits deze op de hiervoor beschreven wijze aangevraagd zijn. **Ieder ander soort uitgave, kosten en honoraria die af te leiden zijn van consultaties of medische behandelingen, uitvoering van proeven en analyses, schrijven van rapporten, röntgenopnamen en andere exploraties komen voor rekening van de Verzekerde zelf indien deze gebruik maakt van instellingen die niet op de medische lijsten van de Verzekeraar staan, zelfs in het geval dat die verband houden met de ziekte of de klinische toestand waarvoor de Medische Second Opinion wordt aangevraagd.**

6. Gebruik van de dienst

Deze dienst biedt medische informatie aan om, onder begeleiding van een medisch expert, de informatie aan te vullen die de Verzekerde van zijn verantwoordelijke arts ontvangt, en is in geen enkel geval bedoeld om tot een losstaande medische diagnose of therapeutische beslissing te komen.

Het van de Verzekeraar ontvangen antwoord is afhankelijk van de waarheidsgetrouwheid en nauwkeurigheid van de geleverde data.

Het antwoord dat de Verzekerde ontvangt dient niet gebruikt te worden om zijn/haar verantwoordelijke arts te vervangen, omdat alleen tot een klinische beslissing gekomen

kan worden door middel van de vereiste individualisering, die uitsluitend bereikt kan worden in een daadwerkelijk klinisch onderhoud.

7. Aanvraag Medische Second Opinion

De aanvragen voor dienstverlening van de diensten voor een Medische Second Opinion kunnen via het telefoonnummer 901 33 22 33 gedaan worden. De Verzekerde dient dan de identificatiegegevens te verstrekken die opgevraagd zullen worden om zijn/haar recht op de dienstverlening te bevestigen.

BIJLAGE 2 - AANVULLENDE GARANTIE OP DE VERZEKERING VOOR MEDISCHE ZORG

DEKKING VAN BIJSTAND OP REIS IN HET BUITENLAND

De Verzekeraar garandeert de Verzekerde en de overige Begunstigden in de polis en tijdens de geldigheid daarvan de dekking van deze aanvullende garantie, die verleend wordt via SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S.A..

Daarbij wordt verstaan onder:

VERZEKERDE: De natuurlijke persoon, woonachtig in Spanje, houder van de polis, en de Begunstigden daarvan. Het recht van de Verzekerden wordt niet gewijzigd of benadeeld indien zij afzonderlijk van elkaar reizen.

RISICO VOOR PERSONEN: Deze garantie is geldig in elk willekeurig land van de wereld behalve in Spanje.

GELDIGHEID: Om van de gegarandeerde diensten gebruik te kunnen maken dient de Verzekerde in Spanje woonachtig te zijn, daar zijn/haar vast adres te hebben en niet langer dan 90 dagen per reis of verplaatsing buiten dat vaste adres te verblijven.

DIENSTVERLENER: SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S.A., met zetel te C/Albacete, 5, te 28027 Madrid.

Onontbeerlijke voorwaarde voor de aanvaarding door de Verzekeraar van zijn plichten is de onmiddellijke mededeling van het ongeval aan SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S.A., via het eerder genoemde telefoonnummer.

Gedekte garanties

1. Repatriëring van de overleden Verzekerde en begeleidende personen

In geval van overlijden van een Verzekerde organiseert en neemt de Verzekeraar voor zijn rekening het vervoer van het lichaam, vanaf de plaats van overlijden tot de lijkbezorging in Spanje, evenals de terugkeer tot hun woonplaatsen van de andere personen die hem/haar begeleidden en ook de hoedanigheid van Verzekerden bezitten.

Tevens zijn gedekt alle behandelingen post-mortem en de voorbereidingen (zoals balseming, en verplichte lijkist voor het vervoer), overeenkomstig de wettelijke vereisten, **tot een maximum van € 601,01.**

De kosten van de gebruikelijke lijkstaf en de kosten van de begrafenis en de ceremonie zullen in geen geval voor rekening van de Verzekeraar komen.

2. Medische repatriëring van gewonden of patiënten vanuit het buitenland

Afhankelijk van de spoed of de ernst van het geval en het criterium van de behandelend arts, neemt de Verzekeraar het vervoer van de Verzekerde voor zijn rekening, zelfs onder medische begeleiding indien dat van toepassing zou zijn, tot zijn/haar opname in een ziekenhuiscentrum in Spanje, in de buurt van zijn/haar woonplaats, of naar zijn/haar vast adres, indien geen ziekenhuisopname vereist is. Indien de opname niet mogelijk is in de nabijheid van zijn/haar woonplaats, dan zorgt de Onderneming te gelegener tijd voor het daaropvolgende vervoer tot de woning van de Verzekerde.

Vervoermiddel:

- Een speciale luchtambulance voor landen in Europa of die landen die aan de Middellandse Zee liggen.
- Vliegtuig op een reguliere lijnvlucht; trein of boot.
- Ambulance.

In geval van goedaardige aandoeningen of lichte verwondingen die geen reden tot repatriëring zijn, zal het vervoer tot de plaats waar de gepaste zorg verleend kan worden per ambulance of enig ander middel geschieden.

De Verzekeraar zal in geen enkel geval de spoedhulpinstellingen vervangen noch de kosten van die diensten voor zijn rekening nemen.

Onder iedere omstandigheid zal de beslissing voor wel of geen vervoer toekomen aan de arts die voor elk geval door de Verzekeraar aangewezen wordt, in overeenstemming met de arts die de Verzekerde behandelt en, indien van toepassing, met zijn/haar familie.

De Verzekeraar neemt eveneens voor zijn rekening de vervoerskosten van maximaal twee personen die al met de Verzekerde aan het reizen waren, en die ook die hoedanigheid bezitten, tot hun plek van herkomst of bestemming, mits de kosten van deze laatste niet hoger zijn dan de terugkeer naar de woonplaats.

3. Betaling of restitutie van medische, chirurgische en farmaceutische kosten, of van kosten betrekking hebbende op ziekenhuisopname, in het buitenland.

Door middel van deze garantie neemt de Verzekeraar de kosten voor zijn rekening die elke Verzekeraar moet maken buiten Spanje als gevolg van een ongeluk of ziekte van

onvoorziene aard, voorgevallen tijdens de reis en binnen de geldigheidsperiode van deze dekking, **tot een limiet van € 15.000,00.**

In ieder geval zijn de **tandheeskundige spoedkosten beperkt tot € 120,20.**

De terugbetaling van de hier genoemde kosten is in ieder geval in aanvulling op andere inningen waar recht op is, zowel door Verzekerde als zijn/haar rechtsopvolgers, via uitkeringen van de Sociale Zekerheid ofwel via ieder andere sociale voorzieningen waarin zij zijn opgenomen.

Derhalve verplicht de Verzekerde zich de benodigde formaliteiten af te wikkelen om de kosten van deze instellingen vergoed te krijgen en de Verzekeraar schadeloos te stellen voor mogelijke door hem voorgeschoten bedragen.

4. Vervoer van een begeleidend familielid samen met de in een ziekenhuis opgenomen Verzekerde, in het buitenland

Indien de staat waarin de Verzekerde patiënt of gewonde verkeert zijn/haar repatriëring verhindert, en indien de ziekenhuisopname in de plaats waar hij/zij zich bevindt langer dan vijf dagen dient te zijn, neemt de Verzekeraar voor zijn rekening:

- Een retourticket per trein (eerste klas) of vliegtuig (economy), waarmee één familielid van de Verzekerde, of één persoon die deze aanwijst, naar de plaats kan reizen waar hij/zij opgenomen is.
- De Verzekeraar betaalt bovendien, in ruil voor de overeenkomstige betaalbewijzen, de verblijfs- en onderhoudskosten van deze persoon **tot € 66,11 per dag, zonder dat in totaal het bedrag van € 661,11 overschreden mag worden.**

5. Verlenging van het verblijf in een hotel in het buitenland

Indien de Verzekerde patiënt of gewonde niet kan terugkeren, omdat de behandelend arts dat zo bepaalt, overeenkomstig de door de Verzekeraar aangewezen arts, zal deze de kosten op zich nemen van de verlenging van het hotelverblijf en die van het onderhoud **tot een maximum van € 66,11 per dag en een maximaal totaal van € 661,11.**

6. Verzending van medicijnen naar het buitenland

De Verzekeraar zal de lokalisatie en de verzending van mogelijke medicijnen organiseren die van vitaal belang zijn en die onverkrijgbaar zijn in het land waar de Verzekerde in het ziekenhuis is opgenomen.

Genoemde verzending is onderworpen aan de wetgeving van het land waarvandaan deze aangevraagd wordt.

De verantwoordelijkheid van de Verzekeraar eindigt echter indien de Directie of het College van Apothekers van Spanje bevestigt dat het benodigde product niet op onze nationale markt verkrijgbaar is.

7. Overbrenging van urgente boodschappen, afgeleid van de garanties

De Verzekeraar stelt Verzekerden een telefoondienst ter beschikking, die 24 uur per dag operationeel is, om urgente boodschappen over te brengen van voorvallen afgeleid van de garanties van Bijstand op Reis.

8. Repatriatie of vervoer van familieleden jonger dan vijftien jaar

Indien kinderen jonger dan 15 jaar die met de Verzekerde meereizen, door een ongeluk, ziekte of verplaatsing van hem/haar, gedekt door de polis, geen bijstand meer hebben en de reis niet zouden kunnen voortzetten, dan zal de Verzekeraar hun terugkeer naar het aangewezen huis of verblijf organiseren, waarbij, indien nodig, een familielid of stewardess meegestuurd wordt ter begeleiding in het vervoermiddel en op de datum die door de Verzekeraar bepaald worden.

9. Tolk in geval van ongeluk of ziekte

Indien door een ongeluk, gedekt door de polis, of door een ernstige ziekte overkomen in het buitenland, de tussenkomst van een tolk nodig zou zijn op de plek van het voorval, dan verplicht de Verzekeraar zich om de Verzekerde zo snel mogelijk een tolk ter beschikking te stellen.

De door de Verzekeraar gedekte kosten beperken zich tot € 30,05 per dag, en tot maximaal € 180,30 per ongeval.

10. Voorschot van borgsom en proceskosten

Indien door een gerechtelijke procedure die gevolgd wordt naar aanleiding van een auto-ongeluk, overkomen buiten het land van de in de polis aangegeven woon- of verblijfplaats, de Verzekerde een strafrechtelijke borgsom zou moeten betalen in ruil voor voorlopige invrijheidstelling of een voorschot voor de honoraria zou moeten storten om

de kosten van de rechtsbijstand te betalen, dan kan hij/zij een voorschot aanvragen bij de Verzekeraar, na een formele toezegging dat hij/zij het overhandigde bedrag binnen een termijn van zestig dagen zal terugbetalen, met een **limiet van € 6.010,12 voor de borgsom en van € 601,01 voor de proceskosten.**

Om het voorgeschoten bedrag te garanderen behoudt de Verzekeraar zich het recht voor om, voordat het voorschot verschaft wordt, te eisen dat een door de Verzekerde aangewezen persoon in Spanje op rechtsgeldige wijze de terugbetaling van het voorschot voor zijn rekening neemt door middel van de overeenkomstige schuldbekentenis.

Uitgesloten van deze dekking is in ieder geval de rechtsbijstand van de Verzekerde.

11. Dienst voor het afwikkelen van administratieve formaliteiten bij ziekenhuisopname

De Verzekeraar zal meewerken bij het afwikkelen van alle administratieve formaliteiten benodigd voor het regelen van de toelating van de Verzekerde tot het Ziekenhuiscentrum.

12. Borgsom voor Ziekenhuisopname

Indien de Verzekerde, door een ongeluk, gedekt door de polis, of ernstige ziekte, opgenomen dient te worden in een Ziekenhuiscentrum, zal de Verzekeraar de borgsom die het centrum zou kunnen eisen om de Verzekerde toe te laten tot een **limiet van € 601,01 voor zijn rekening nemen.**

13. Voorschot van contant geld in geval van ongeluk, diefstal of ernstige ziekte in het buitenland

Indien de Verzekerde met spoed contant geld nodig zou hebben als gevolg van een ongeluk gedekt door de polis, diefstal van zijn bezittingen of door ernstige ziekte, zal de Verzekeraar een overeenkomstig bedrag voorschieten, tot een **limiet van € 1.502,53.**

Om het voorgeschoten bedrag te garanderen behoudt de Verzekeraar zich het recht voor om, voordat het voorschot verschaft wordt, te eisen dat een door de Verzekerde aangewezen persoon in Spanje op rechtsgeldige wijze de terugbetaling van het voorschot voor zijn rekening neemt door middel van de overeenkomstige schuldbekentenis.

Genoemd voorschot is onderworpen aan de wetgeving van het land waarvandaan het aangevraagd wordt.

De Verzekerde verplicht zich het door de Verzekeraar voorgeschoten bedrag terug te betalen binnen een termijn van 10 dagen na beëindiging van de reis, en in ieder geval binnen een termijn van twee maanden volgend op de datum van het voorschot.

14. Begeleiding van het stoffelijk overschot

Indien er geen begeleiding beschikbaar is voor bij het vervoer van het stoffelijk overschot van de Verzekerde, zal de Verzekeraar aan de persoon die de rechtsopvolgers aanwijzen een retourticket per trein (eerste klas) of vliegtuig (economy) verschaffen om het lichaam te begeleiden.

15. Verblijfskosten van de begeleidende persoon van het stoffelijk overschot

Indien de voorgaande dekking van toepassing is, en indien de begeleidende persoon zou moeten verblijven op de plek waar het overlijden gebeurd is vanwege de afwikkelingen met betrekking tot het vervoer van het stoffelijk overschot, neemt de Verzekeraar de verblijfskosten en onderhoudskosten voor zijn rekening **voor een bedrag van € 60,10 per dag, en maximaal voor drie dagen.**

16. Vervroegde terugkeer door overlijden van een familielid

Indien welke van de Verzekerden ook die op reis is, deze moet onderbreken vanwege het overlijden van de echtgenoot of echtgenote, ascendent of descendent in eerste graad, broer of zuster, dan zal de Verzekeraar deze een treinticket (eerste klas) of vliegtuigticket (economy) verschaffen vanaf de plek waar deze zich bevindt op dat moment, tot de begrafenis in Spanje van het overleden familielid, en een ticket terug naar de plek waar de Verzekerde zich bevond tijdens die gebeurtenis; of twee tickets tot zijn/haar vaste woonadres mits de begeleidende persoon de hoedanigheid bezit van Verzekerde.

17. Hulp bij het terugvinden en de verzending van bagage

In geval van vertraging of verlies van bagage, verleent de Verzekeraar zijn medewerking bij het aanvragen en de afwikkeling van de opsporing en verzending naar het woonadres.

18. Verzending en/of terugzending van vergeten en/of gestolen voorwerpen tijdens de reis

De Verzekeraar zal de terugzending naar het woonadres van de Verzekerde organiseren, en de kosten daarvan voor zijn rekening nemen, van de voorwerpen die deze zou hebben kunnen vergeten op de plek of plekken waar hij/zij geweest is tijdens de reis.

ALGEMENE UITSLUITINGEN VAN DE DEKKING VAN BIJSTAND OP REIS IN HET BUITENLAND

Uitgesloten van de dekking van deze polis zijn:

- **Gevalen van terugval van bestaande ziekten met risico op plotselinge verslechtering waarvan de Verzekerde kennis heeft op het moment van aanvang van de reis.**
- **Ziekteaandoeningen waarvan de Verzekerde kennis heeft en met medische antecedenten die voor verslechtering vatbaar zijn in geval van het maken van een reis.**
- **Zwangerschap. Tot de zesde maand echter worden de gevallen gedekt met onvoorzienbare complicaties.**
- **Bij ernstige tandheelkundige problemen, waaronder verstaan worden die gevallen die door infectie, pijn of trauma een spoedbehandeling vereisen, zijn de kosten in ieder geval beperkt tot een maximum van € 120,20.**
- **Redding van personen op bergen, op zee of in de woestijn.**
- **Het uitoefenen van extreme sporten met hoog risico, zoals alpinisme, klimsport, motorcross, zweefvliegen, deltavliegen en soortgelijke sporten.**
- **Ongelukken veroorzaakt bij het skiën.**
- **Kosten die verband houden met een chronische ziekte, enigerlei prothesen en badkuren.**
- **Elke medische uitgave lager dan € 9,02.**
- **Zelfmoord, zelfverwonding en intoxicatie door drugs of alcohol.**
- **De Verzekeraar zal in geen enkel geval de spoedhulpinstellingen vervangen noch de kosten daarvan voor zijn rekening nemen.**
- **Ziekten van het Verworven Immunodeficiëntiesyndroom (AIDS), noch ieder van alcoholisme en drugsverslaving afgeleid probleem.**
- **Vaccins en controles van ziekten waarvan het bestaan al bekend was.**
- **Badkuren en therapeutische kuren met ultraviolette straling.**

- **Fysiotherapie en kinesithérapie.**
- **Psychische aandoeningen, evenals psychoanalyse en psychotherapie.**

AANVULLENDE VOORWAARDEN BIJ DE DEKKINGEN VAN BIJSTAND OP REIS IN HET BUITENLAND

1. Deze bijlage is aanvullend op de Verzekeringpolis voor Medische Zorg, en is ongeldig indien niet daarvan vergezeld.
 2. De Verzekeraar is niet verantwoordelijk voor vertragingen of niet-nakomingen die aan overmacht te wijten zijn.
 3. Wat betreft de vervoerkosten van de verzekerde personen, zal de Verzekeraar uitsluitend het teveel voor zijn rekening nemen in vergelijking met de normale kosten die door hen in normale omstandigheden voorzien zijn (trein- en vliegtuigtickets, zeereizen, tarieven, brandstof voor het voertuig etc.).
 4. De Garantie Bijstand op Reis wordt geleverd via SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S.A., die als enige functie de verlening van de dienst heeft.
- 5. Onontbeerlijke voorwaarde voor de aanvaarding door de Verzekeraar van zijn plichten is de onmiddellijke mededeling van het ongeval aan SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S.A., via het in dit document genoemd telefoonnummer.**
- 6. Om gebruik te maken van de gespecificeerde diensten hoeft u alleen maar het volgende telefoonnummer te bellen, ook mogelijk als telefoongesprek voor rekening van wie wordt opgeroepen:**

Zorg in het buitenland:

34 91 595 50 49

KLANTENSERVICE

1. Caser stelt ter beschikking van de cliënten zijn Klantenservice aan de Avenida de Burgos, 109, 28050 Madrid. Fax: 91 595 54 96, e-mail: atencionclientes@caser.es.

2. Genoemde Dienst zal, binnen een maximum termijn van twee maanden vanaf de indiening ervan, overeenkomstig de geldige normen, de klachten en claims behandelen en oplossen die direct of door middel van een gevolmachtigde vertegenwoordiging ingediend zijn door elke natuurlijke persoon of rechtspersoon, gebruikers van verzekeringen en deelnemers of begunstigden van bedrijfspensioenregelingen en aangesloten bij Caser, wanneer die betrekking zouden hebben op wettelijk erkende belangen en rechten die verband houden met operaties op het gebied van verzekeringen en pensioenregelingen, zowel indien zij voortvloeien uit de contracten zelf als uit de normen met betrekking tot de transparantie en de bescherming van de cliënten of goede praktijken en gebruiken, in het bijzonder met betrekking tot het principe van billijkheid.

De klachten en claims dienen schriftelijk ingediend te worden bij een willekeurig kantoor van de Instelling, via post of computer, of via elektronische of telematische middelen, mits die het lezen, afdrukken en opslaan daarvan toestaan en zij voldoen aan de in het Reglement bepaalde wettelijke vereisten en eigenschappen.

3. Indien na verkrijging van het besluit en na beëindiging van alle beschikbare opties om te claimen bij de Klantenservice, de klager het oneens blijft zijn met de uitslag van de uitspraak of nadat twee maanden verstreken zijn vanaf de datum van ontvangst zonder dat genoemde Dienst een oordeel heeft gegeven, dan kan de klager zijn/haar claim indienen bij de Afgevaardigde voor de Bescherming van de Verzekerde en van de Deelnemer aan Pensioenregelingen, aan Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid, fax 91 339 71 13, waarvan de beslissingen echter niet bindend zijn. Tevens kan hij/zij de claim voorleggen aan de bevoegde gerechtshoven en rechtbanken.

4. In alle openbare kantoren van Caser en op de site van Caser, www.caser.es, staat ter beschikking van onze cliënten, gebruikers of benadeelden een algemeen formulier voor schadevordering, evenals het Reglement voor de Bescherming van de Cliënt van Caser, dat de activiteit en het functioneren van de Klantenservice regelt, evenals de eigenschappen en vereisten voor het indienen en oplossen van klachten en claims.

5. In de besluiten wordt rekening gehouden met de verplichtingen en rechten die in de Algemene, Bijzondere en Speciale Voorwaarden van de contracten bepaald zijn; het normenstelsel waaraan de Verzekeringsactiviteit onderworpen is en het normenstelsel met betrekking tot de transparantie en tot de bescherming van de cliënten van financiële diensten (Wet Verzekeringscontract, herziene tekst van de Wet en het Reglement voor de Ordening van en Toezicht op de Particuliere Verzekeringen, Wet voor de Hervorming van het Financiële Systeem, Wet Collectieve Investeringsinstellingen, Koninklijk Besluit 303/2004, d.d. 20 februari, en Verordening ECO 734/2004, d.d. 11 maart, Wet en

Reglement voor de Bescherming van de Consumenten en Gebruikers, en Wet Algemene Voorwaarden Aanbestedingen).