

Mediflex

Polisvoorwaarden

Polismantel 260-20.00 N

artikel

Begripsomschrijvingen	1
Dekking	2
Algemeen	3
Verplichtingen van de verzekeringnemer	4
Premie	5
Duur van de verzekering	6
Aanpassing van de verzekering	7
Wijzigingen	8
Algemene uitkeringsbepaling	9
Tandheelkundige zorg	10
Brillenglazen en contactlenzen	11
Alternatieve geneeswijzen	12
Preventie (Mediflex Deluxe)	13
MediCare Card	14

1. Begripsomschrijvingen

1.1 Algemeen

1.1.1 De maatschappij

Fatum Health N.V.

1.1.2 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan.

1.1.3 Verzekerde

De persoon die door de verzekeringnemer is aangemeld ter verzekering, door de maatschappij is geaccepteerd en als verzekerde is vermeld op het polisblad.

1.1.4 Gezin

De op het polisblad als verzekerde vermelde personen, indien en zolang zij zijn:

- a. de verzekeringnemer;
- b. degene met wie de verzekeringnemer gehuwd is of buiten echt duurzaam samenwoont en een gemeenschappelijke huishouding voert, waarbij de beoordeling terzake is voorbehouden aan de maatschappij;
- c. ongehuwde eigen en adoptieve kinderen, stief- en pleegkinderen, allen t/m 26 jaar en die voor meer dan de helft door de ouders worden onderhouden; de mate van onderhoud moet op verzoek van de maatschappij genoegzaam worden aangetoond.

1.2 Ziektegeval/medische noodzaak

1.2.1 Ziektegeval

Elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekte-oorzaak of ziekte-oorzaken dan wel hetzelfde ongeval.

1.2.2 Acute ziekte

Hiermee bedoelen wij een plotseling opkomende ziekte waarvan de behandeling niet uitgesteld kan worden tot u weer in uw woonplaats bent.

1.2.3. Ongeval

Dit is plotseling van buitenaf op het lichaam van de verzekerde inwerkend fysiek geweld. Het veroorzaakt rechtstreeks lichamelijk letsel. Een arts moet dit kunnen vaststellen.

1.2.4 Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek en/of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen.

1.2.5 Medisch adviseur

De arts die de maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.

1.3 Ziekenhuisopneming

1.3.1 Ziekenhuis

Een op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is erkend.

1.3.2 Verpleeghuis/Herstellingsoord

Een op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) gelegen inrichting waarin patiënten die lijden aan chronische ziekten voor geruime tijd worden opgenomen om een behandeling te ondergaan die vooral op het volgen van bepaalde leefregels gebaseerd is en die als verpleeghuis/herstellingsoord door de bevoegde overheidsinstantie is erkend.

1.3.3 Opneming

Opneming langer dan 24 uur in een ziekenhuis of verpleeghuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of verpleeghuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist noodzakelijk moet zijn.

1.4 Bevalling en kraamzorg

1.4.1 Kraaminrichting en -centrum

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende inrichting of erkend centrum.

1.4.2 Kraamzorg

De zorg verleend door een door de bevoegde overheidsinstelling als zodanig erkende inrichting of kraamcentrum. Hierbij moet het gaan om zorg verleend door een aan de inrichting of aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorg(st)er, waarbij deze gedurende een bepaalde periode meermaals per dag moeder en kind verzorgt.

1.4.3 Verloskundige

Een op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) gevestigde verloskundige, die als zodanig staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.5 Specialist

Een op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) gevestigde arts, die gespecialiseerd is in een bepaald onderdeel van de geneeskunde en die als zodanig is ingeschreven in het artsen-register bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.6 Huisarts

Een op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) gevestigde arts, die als huisarts is ingeschreven in het artsen- register bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.7 Paramedicus

Een op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) gevestigde fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut (Cesar/Mensendieck), podotherapeut, logopedist, foniater, diëtist of psycholoog, die als zodanig staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.8 Orthodontist

Een op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) gevestigde tandarts, die als orthodontist is ingeschreven bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.9 Kaakchirurg

Een op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) gevestigde kaakchirurg, die als zodanig staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.10 Tandarts

Een op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) gevestigde tandarts, die als zodanig staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.11 Mondhygiënist

Een op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) gevestigde paramedicus werkzaam binnen de mondzorg.

1.12 Opticiën

Hiermee bedoelen we een erkende opticiën die werkzaam is bij een optica/oogarts die geregistreerd staat bij de Kamer van Koophandel.

1.13 Bijkomende zorg

Medische onderzoeken, behandelingen en verstrekkingen (zoals röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, verband en geneesmiddelen tijdens opname, bestralingen, narcose, gebruik van operatiekamer of polikliniek) die rechtstreeks verband houden met en geschieden tijdens de specialistische behandeling, voor zover de onderzoeken, behandelingen en verstrekkingen plaatsvinden door of in instellingen of inrichtingen die daartoe door de bevoegde overheidsinstanties zijn erkend.

1.14 Dag- of nachtbehandeling

Behandeling die gedurende de dag, een gedeelte daarvan of de nacht in een daarvoor door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting plaatsvindt.

1.15 Revalidatiedagbehandeling

Behandeling, advisering, begeleiding alsmede de hiermee verbandhoudende verzorging door een team gedurende een dag of een gedeelte daarvan in een door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting voor revalidatiedagbehandeling. Het team bestaat in ieder geval uit een medisch specialist en een paramedische beroeps-beoefenaar en daarnaast uit een psycholoog of een deskundige op maatschappelijk, arbeidskundig of revalidatietechnisch terrein. Onder een dagbehandeling wordt verstaan een behandeling gedurende tenminste 6 uur. Een halve dagbehandeling duurt tenminste 3 uur.

1.16 Tandheelkundige zorg

- periodieke controle;
- periodieke controle of consult, incl. kleine verrichtingen;
- gebitsreiniging;
- fluoride applicatie, onder- en bovenkaak;
- instructie mondhygiëne en/of voorlichting voeding, zonderkleurtest;
- intra-orale röntgenfoto, eerste foto;
- intra-orale röntgenfoto, tweede en volgende foto;
- pitvulling;
- eenvlaksvulling (restauratie);
- tweevlaksvulling (restauratie);
- drievlaksvulling (restauratie);
- amalgaam / composiet restoratie;
- etsen t.b.v. composiet restauratie;
- pulpabehandeling (mortaalamputatie);
- pulpabehandeling (vitaalampcutatie);
- pulpabehandeling bij melkelementen;
- wortelkanaalbehandeling, eenkanalig element;
- wortelkanaalbehandeling, meerkanalig element:
- eerste kanaal; elk volgend kanaal;
- drievlaks inlay*;
- gegoten metalen kroon*;
- gegoten metalen kroon met opgebakken porselein, kunstthars venster e.d.*;
- jacketkroon met schouderpreparatie*;
- jacketkroon zonder schouderpreparatie*;
- extractie;
- volgende extractie tijdens dezelfde zitting;
- gecompliceerde extractie zonder mucoperiostale opklap;
- gecompliceerde extractie met mucoperiostale opklap;
- sealing, eerste element;
- sealing, volgende element zelfde zitting.

* Inclusief techniekkosten.

1.17 Geneesmiddelen

Op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) geregistreerde geneesmiddelen welke krachtens de farmaceutische wetgeving inzake geneesmiddelenvoorziening uitsluitend op recept van de huisarts of specialist door een apotheek of apotheekhoudende arts mogen worden geleverd.

1.18 Ziekenvervoer

Vervoer per ziekenauto of per rechtstreekse lijnvluchtverbinding volgens de goedkoopste vervoersklasse.

1.19 Algemeen ziekenhuis in het buitenland

Een in het buitenland gelegen en ter plaatse erkende algemene inrichting voor volledige verpleging en volledige specialistische –met name ook operatieve– behandeling van patiënten, niet zijnde een verpleegtehuis, rust-, kuur- of herstellingsoord. Als zodanig worden evenmin beschouwd die gedeelten van dergelijke inrichtingen die als psychiatrische afdeling worden gebruikt.

1.20 Medische Tarieventabel

De door de Maatschappij maximaal te vergoeden medische kosten die in een aanhangsel bij deze polisvoorwaarden zijn opgenomen. Deze Medische Tarieventabel kan door de Maatschappij worden aangepast.

1.21 Medical check up

Een periodieke controle van uw algehele gezondheid in door de Maatschappij te bepalen instellingen waaraan (para)medici zijn verbonden.

2. Dekking

2.1 Omvang van de dekking (waarbij al dan niet sprake is van klasse indeling)

2.1.1 Opneming in de verzekerde klasse van een ziekenhuis

Vergoeding wordt verleend voor:

- a. verpleging;
- b. klinisch specialistische behandeling en bijkomende zorg tijdens de opneming; met dien verstande dat voor verpleging klinisch specialistische behandeling en bijkomende zorg wegens psychische aandoeningen, de vergoeding van de verzekerde kosten zich uitstrekt over ten hoogste 365 dagen per ziektegeval.

2.1.2 Bevalling en kraamzorg

Mits de aanstaande moeder op het moment van de bevalling tenminste 10 maanden bij de maatschappij is verzekerd wordt vergoeding verleend voor:

1. in geval van normale bevalling:
 - a. het honorarium voor verloskundige hulp, in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige tot maximaal de tarieven zoals vastgesteld door de Maatschappij.
 - b. de kosten van wijkkraamzorg na een bevalling thuis volgens de Medische Tarieventabel. Na een verblijf in een ziekenhuis of kraaminrichting, alsmede bij een poliklinische bevalling, wordt het aantal dagen in mindering gebracht dat reeds in een ziekenhuis of kraaminrichting is doorgebracht.
 - c. volledige vergoeding van de (verpleeg)kosten en bijkomende zorg in een kraaminrichting alsmede bij poliklinische bevalling;
 - d. 80% vergoeding van de verpleegkosten en bijkomende zorg in de verzekerde klasse van een ziekenhuis;
2. in geval van medisch noodzakelijke bevalling in een ziekenhuis: de kosten overeenkomstig de opneming in de verzekerde klasse van een ziekenhuis.

2.1.3 Behandeling met een kunstnier (nierdialyse)

Vergoeding wordt verleend voor elke behandeling met een kunstnier zowel klinisch, poliklinisch als ten huize van de verzekerde.

2.1.4 Dag- of nachtbehandeling

Vergoeding wordt verleend voor:

- a. dagverpleging in een ziekenhuis;
- b. revalidatiedagbehandeling volgens het door de medisch specialisten opgestelde behandelplan en na toestemming vooraf door de Maatschappij;

- c. dermatologische nachtbehandeling;
- d. psychiatrische dag- of nachtbehandeling volgens het door de medische specialisten opgestelde behandelplan en na toestemming vooraf door de Maatschappij.

2.1.5 Revalidatie van hartpatiënten

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van ingangstest, training en uitgangstest.

2.1.6 Verpleging in een verpleeghuis

Wegens het lijden aan tuberculose wordt onbeperkte vergoeding verleend voor:

- a. de verpleegkosten;
- b. de kosten van behandeling en bijkomende zorg;
- c. de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer zowel naar als van een verpleeghuis.

2.1.7 Kaakorthopedische behandeling (orthodontie)

Vergoeding wordt verleend aan verzekerden jonger dan 21 jaar voor:

- kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemteltespleet (cheilo- en/of gnato- en/of palatoschisis), mits uitgevoerd door een orthodontist;
- gebitsregulatie mits uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts. Dit voor een maximaal bedrag als genoemd in de Medische Tarieven-tabel. Dit maximale bedrag geldt voor de gehele verzekeringsduur.

2.1.8 Leukemie

Volledige vergoeding voor de kosten van de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, op basis van de tarieven zoals die berekend worden in Nederland, voor kinderen jonger dan 15 jaar.

2.1.9 Aanvullende thuisverpleging

Vergoeding wordt verleend voor aanvullende thuisverpleging door een erkend verpleegkundige of ziekenverzorgende ten huize van de verzekerde. Per ziektegeval wordt maximaal 10 uur per etmaal vergoed. Dit gedurende 100 aaneengesloten dagen en ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis. Vooraf dient toestemming door de Maatschappij te worden verleend, waarbij door de Maatschappij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

2.1.10 Niet-klinische (poliklinische) specialistische behandeling

Vergoeding wordt verleend voor:

- a. specialistische behandeling op advies van de huisarts of de tandarts, niet gepaard gaande met opname in het ziekenhuis. Vergoeding geschiedt tot maximaal de tarieven vastgesteld door de overheid voor particulier verzekerden. Indien niet vastgesteld, gelden de tarieven opgenomen in de Medische Tarieven-tabel;
- b. psychiatrische behandeling op advies van de huisarts. Hiervoor gelden de tarieven zoals opgenomen in de Medische Tarieven-tabel per verzekerde per kalenderjaar;
- c. bijkomende zorg tijdens de niet-klinische specialistische behandeling;
- d. laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts en specialist, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

2.1.11 Paramedische behandeling

Vergoeding wordt verleend voor behandeling op voorschrift van de huisarts of specialist. Voor de paramedische behandeling geldt een maximaal tarief en een maximaal aantal te vergoeden consulten per kalenderjaar. Dit staat vermeld in de Medische Tarieven-tabel.

Dieet consulten

Vergoeding wordt verleend uitsluitend in de volgende gevallen:
Hoge bloeddruk;
Diabetes;
Cholesterol.

Psychologische zorg

Vergoeding wordt verleend uitsluitend in de volgende gevallen:
Autisme;
Depressie;
Angststoornis.

2.1.12 Preventieve geneeskunde

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van de navolgende onderzoeken en/of behandelingen door de huisarts of specialist:

- a. borstkankeronderzoek (mammografie);
- b. baarmoederhalskankeronderzoek (cervixuitstrijkje/paptest);
- c. inenting van pasgeborenen tegen hepatitis B indien de moeder draagster is van dit virus;
- d. inenting tegen hondsdoelheid, rode hond en tetanus;
- e. antigriep inenting;
- f. één electrocardiogram per verzekerde per kalenderjaar;
- g. prostaatkankeronderzoek (psa) voor verzekerden ouder dan 45 jaar eenmaal per kalenderjaar.

2.1.13 Second opinion

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van het raadplegen van één andere lokale specialist, indien de behandelende specialist een ingrijpende operatieve ingreep heeft voorgesteld, na toestemming vooraf door de Maatschappij.

2.1.14 Huisarts

Vergoeding wordt verleend voor de kosten verschuldigd aan de huisarts voor consulten en/of visites, wegens geneeskundig onderzoek en behandeling door ziekte of ongeval, tot maximaal door de overheid vastgestelde tarieven voor particulier verzekerden. Indien niet vastgesteld, gelden de tarieven volgens de Medische Tarieven-tabel.

Vergoeding wordt eveneens verleend voor de kosten van een alternatief geneeskundig consult, voor zover dit verleend wordt door een huisarts die ook is:

- natuursarts;
- homeopathisch arts, of;
- antroposofisch arts.

2.1.15 Geneesmiddelen

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van geneesmiddelen zoals vermeld in de begripsomschrijvingen met uitzondering van:

- geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn, ook niet indien zulke geneesmiddelen op recept worden geleverd;
- versterkende middelen;
- voedingsmiddelen;
- tonica, medicinale wijnen en traanprodukten;
- zepen, shampoos, badoliën, lotions en/of haargroeimiddelen;
- vitaminepreparaten, tenzij in geval van duidelijke avitaminose;
- laxeremiddelen;
- anticonceptionele middelen;
- homeopathische geneesmiddelen of kruiden;
- middelen om te stoppen met roken;
- afslankmiddelen.

2.1.16 Ziekenvervoer

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van:

- a. medisch noodzakelijk vervoer per ziekenauto naar en van een ziekenhuis of kraaminrichting in geval van opname of poliklinische behandeling aldaar. Indien er sprake is van eigen vervoer bedraagt de vergoeding ANG 0,55 per gereden kilometer;
- b. medisch noodzakelijk vervoer van een verzekerde woonachtig op Bonaire, St. Maarten, Saba en St. Eustatius per rechtstreekse lijnvlucht volgens de goedkoopste vervoersklasse van de gekozen luchtvaartmaatschappij, naar en van Curaçao. Uitsluitend een verzekerde woonachtig op St. Maarten, Saba en St. Eustatius, kan ook naar en van Puerto Rico worden vervoerd voor zover dit

noodzakelijk is in verband met het ondergaan van een door de behandelende geneesheer voorgeschreven behandeling en/of verpleging. Dit na toestemming vooraf van de Maatschappij;

- c. medisch noodzakelijk vervoer per Air Ambulance van een verzekerde woonachtig op Curaçao of Sint Maarten, voor zover dit bijzonder vervoer:
- op verwijzing van de behandelende specialist geschiedt, en;
 - na toestemming vooraf door de Maatschappij geschiedt.
- De vergoeding voor de kosten van het vervoer per Air Ambulance is per verzekerde per jaar maximaal het tarief zoals genoemd in de Medische Tarieventabel (of de tegenwaarde daarvan in lokale valuta). De vergoeding geschiedt in Nederlands Antilliaanse Valuta.

2.1.17 Buitenlanddekking tijdens verblijf in het buitenland

Vergoeding wordt verleend:

- a. voor de verzekerde kosten wegens geneeskundige behandeling in verband met een ongeval of acute ziekte tijdens een verblijf korter dan 3 maanden van de verzekerde buiten Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba);
- b. mits de behandeling ter plaatse acuut medisch noodzakelijk is en uitstel tot na terugkeer op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) niet verantwoord is;
- c. zolang de behandeling aldaar medisch noodzakelijk blijft tot het moment waarop voortzetting van de behandeling op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) kan plaatsvinden;
- d. voor de kosten van opname alsmede die van bijkomende zorg in een ter plaatse erkend algemeen ziekenhuis tot maximaal 365 dagen per ziektegeval tot ten hoogste 2x het bedrag van de kosten van een overeenkomstige verpleging en behandeling (in de verzekerde klasse) in het Curaçao Medical Center te Curaçao of Sint Maarten Medical Center Foundation te Sint Maarten. De kosten van opname en bijkomende zorg, gemaakt tijdens verblijf in Nederland, worden volledig vergoed;
- e. mits een ziekenhuisopname in het buitenland binnen één week gemeld is aan de maatschappij;
- f. voor de overige kosten tot ten hoogste 2x de hiervoor op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) geldende tarieven. Indien deze overige kosten in Nederland worden gemaakt, dan worden deze kosten volledig vergoed;
- g. voor de kosten van ziekenvervoer voor zover dit vervoer per ziekenauto plaatsvindt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- h. tenzij de kosten verband houden met een opname en/of geneeskundige behandeling die uitsluitend of mede het doel vormde(n) van het verblijf in het buitenland.
- i. De kosten vermeld in dit artikel worden na terugkeer op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) vergoed, met inachtneming van de omreken- koers op de dag van facturering.
- j. Indien niet vooraf toestemming is verleend door de Maatschappij en er geen sprake is van een acute ziekte of ongeval, worden de medische kosten, indien voor de behandeling een medische noodzaak heeft bestaan, vergoed tot een maximum van 365 dagen per ziektegeval. Dit tot ten hoogste het bedrag van de medische kosten op het eiland waar verzekerde woonachtig is.

2.1.18 Buitenlanddekking vervolg

Vergoeding wordt verleend na verwijzing vanuit het eiland waar verzekerde woonachtig is voor:

- a. de verzekerde kosten voor opname in de verzekerde klasse in het ziekenhuis en niet-klinische (poliklinische) specialistische behandeling mits behandeling plaatsvindt na toestemming vooraf door de Maatschappij en op verwijzing van een specialist tot ten hoogste 2x de hiervoor op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) geldende tarieven;

- b. de kosten van weefseltyperingen inclusief de bijbehorende computeradministratiekosten gemaakt in verband met aandoeningen zoals die door Eurotransplant Nederland in rekening worden gebracht;
- c. vervoer van de patiënt en zijn eventuele begeleider naar het buitenland, na toestemming vooraf door de maatschappij, tot ten hoogste ANG 1.600,- per verzekerde en zijn eventuele begeleider per jaar tezamen. De kosten vermeld in dit artikel worden na terugkeer op Curaçao, Sint Maarten of de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) vergoed, met inachtneming van de omrekenkoers op de dag van facturering.
- d. verblijfkosten in het buitenland. De maximale vergoeding daarvoor per verzekerde en zijn eventuele begeleider per jaar tezamen is opgenomen in de Medische Tarieventabel.

2.1.19 Kunst- en hulpmiddelen

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van aanschaf, bruikleen, correctie, vervanging en herstel van de hierna genoemde medische kunst- en hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering), mits de aanschaf geschiedt op voorschrift van een specialist en mits de afwijking niet het gevolg is van een uitgesloten ziekte:

- prothese voor schouder, arm, hand, been en voet;
- mamma-, gelaats- en oogprothese;
- op maat vervaardigd korset voor afwijkingen aan de wervelkolom;
- orthopedische beugelapparatuur, spalk-, redressie- of correctie-apparatuur;
- kap ter bescherming van de schedel in geval van schedeldefect;
- trachea canule;
- spreektoestel voor stembandlozen;
- breukband;
- orthopedisch schoeisel en orthopedische aanpassing van schoeisel;
- steunzolen;
- hoortoestel;
- verzorgingsmiddelen voor incontinentie- of stomapatiënten;
- katheter;
- pessarium (voor zover niet voor anticonceptionele doeleinden);
- loophulp;
- stompkous en elastische kousen;
- vernevelaar met misttent;
- diabetes hulpmiddelen w.o. injectiespuiten en -naalden, teststrips;
- zuurstofapparaat met toebehoren;
- longvibrator;
- pacemaker (hartstimulator);
- uitwendige electrostimulator tegen chronische pijnen;
- pruik;
- aanschaf van andere, niet genoemde hulpmiddelen, na toestemming vooraf door de Maatschappij, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

2.1.20 Sterilisatie en abortus

Vergoeding wordt verleend voor de kosten van sterilisatie en abortus, mits de behandeling plaatsvindt in een ziekenhuis door een specialist. Bij sterilisatie van de man geschiedt de vergoeding van de kosten tot ten hoogste het bedrag verschuldigd bij een poliklinische behandeling.

2.1.21 Orgaantransplantaties

2.1.21.1 Ontvanger bij orgaantransplantaties

Vergoeding wordt verleend na toestemming vooraf door de Maatschappij voor:

- a. de kosten van implantatie van de huid, hoornvlies, beenmerg, nier en hart (andere implantaties, waaronder de combinatie hart-long, worden niet vergoed);
- b. de kosten van weefseltyperingen in verband met transplantatie overeenkomstig het tarief van Eurotransplant Nederland.

2.1.21.2 Donor bij orgaantransplantaties

Vergoeding wordt verleend voor:

- a. verpleging en behandeling van de donor, die een orgaan afstaat ten behoeve van de ontvanger van het orgaan;
- b. medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste 3 maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de selectie of verwijdering;
- c. verpleging van de donor op basis van de klasse waarvoor deze is verzekerd; indien niet verzekerd dan geldt verpleging op basis van klasse drie.

2.2 Vrije keuze en opnemning in hogere/lagere klasse (voor zover onderscheid in klasse is)

2.2.1 Vrije keuze

De verzekerde is vrij in de keuze van de zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie, zoals genoemd in de begripsomschrijving voor zover niet anders in de polisvoorwaarden is gesteld.

2.2.2 Opnemning in hogere/lagere klasse

Bij opnemning in een ziekenhuis in een hogere dan de verzekerde klasse wordt vergoed het bedrag dat volgens het ziekenhuis en voor specialistische behandeling in de verzekerde klasse verschuldigd zou zijn geweest. Bij opnemning, wegens bijzondere onvoorziene omstandigheden, in een lagere klasse dan waarvoor verzekerd, worden de werkelijk gemaakte kosten vergoed en vindt er geen restitutie van premie plaats. Dit geldt ook voor ziekenhuizen die geen onderverdeling in klassen kennen.

2.2.3 Ongevallenverzekering voor kinderen tot en met 12 jaar

Als een verzekerde jonger dan 13 jaar als gevolg van een ongeval geheel blijvend invalide wordt, keert de maatschappij een bedrag uit van maximaal ANG 50.000,- aan de verzekeringnemer. Bij overlijden ten gevolge van een ongeval bedraagt de uitkering ANG 5.000,-. De uitkering in geval van blijvende invaliditeit geschiedt conform de voorwaarden van de ongevallenverzekering die door de maatschappij op dat moment worden gehanteerd. Daarbij wordt een percentage van het maximale bedrag van ANG 50.000,- uitgekeerd op grond van welk lichaamsdeel of orgaan verloren is gegaan of onbruikbaar is geworden.

2.3 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

- a. voor ziekten en afwijkingen, welke reeds bestonden vóór of bij het aanvragen van de verzekering of uitbreiden van de dekking van de verzekering (onder meer verhoging van de verpleegklasse), indien de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan toen reeds kennis droeg of klachten ondervond. Behalve bij een algemene uitbreiding van de dekking door de Maatschappij bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten voor dat deel dat de dekking is uitgebreid. Het bovenstaande is niet van toepassing indien verzekeringnemer de Maatschappij van de bewuste ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de Maatschappij daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering of de uitbreiding van de dekking geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld;
- b. voor gebitsregulatie voor personen van 21 jaar en ouder;
- c. acupunctuur, celtherapie en chelatietherapie;
- d. vaccinatie en het keuren en afgeven van attesten;
- e. voor in vitro fertilisatiebehandeling;
- f. voor fertilisatiebevordering;
- g. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van psychologische zorg voor:
 1. (Neuro)Psychologisch onderzoek;
 2. Orthodontisch onderzoek;
 3. Depressie in verband met o.a. gezins- of relatieproblematiek, drugs en alcoholmisbruik.

- h. Onder fysiotherapie wordt onder meer niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- i. voor het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie (w.o. rekanalisatie);
- j. voor tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdende met het inbrengen in de kaak of het verwijderen daarvan;
- k. voor vormverbeterende operaties (plastische chirurgie) van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte danwel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- l. indien en voor zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of een andere overeenkomst;
- m. Medische kosten voor behandeling van verslaving,
- n. voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitie en atoomkernreactie.

3. Algemeen

3.1 Grondslag van de verzekering

3.1.1 Aanvraag

Het aanvraagformulier met de daarin door de verzekeringnemer of de verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens, daarbij afzonderlijk door de verzekeringnemer of verzekerde verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht één geheel met de polis uit te maken.

3.1.2 Verzwijging

De maatschappij is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeg-termijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen op het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens in strijd waren met de waarheid en/of omstandigheden werden verzwegen, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de maatschappij daarvan kennis had gedragen.

3.1.3 Kinderen

Voor kinderen die tijdens de duur van de verzekering worden geboren en binnen één maand na hun geboorte ter verzekering worden aangemeld, mits alle daarvoor in aanmerking komende kinderen bij de maatschappij zijn verzekerd en mits de moeder minstens 10 maanden vóór de bevalling bij de maatschappij is verzekerd, gelden de volgende bepalingen:

- a. de verzekering is vanaf de geboorte van kracht, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen;
- b. indien een kind in verband met verpleging van de moeder in een ziekenhuis voor borstvoeding in dat ziekenhuis moet verblijven, worden tevens de verpleegkosten voor het kind vergoed.

3.2 Begin en einde van het recht op vergoeding

De verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode gedurende welke deze verzekering van kracht is, waarbij de datum van behandeling bepalend is.

3.3 Vergoeding

Vergoeding wordt verleend voor kosten van medische behandeling:

- a. voor elke op het polisblad genoemde verzekerde;
- b. voor zover de kosten zijn omschreven in artikel 1 en verzekerd volgens artikel 2;

- c. mits voldoende is aangetoond dat de behandeling medisch noodzakelijk is, behoudens ingeval van preventief onderzoek;
- d. voor zover genoemd tot ten hoogste de tarieven zoals deze zijn vastgesteld door de overheid voor particulier verzekerden. Indien niet vastgesteld gelden de tarieven zoals vermeld in de Medische Tarieventabel.

3.4 Verrekening

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de maatschappij te vorderen vergoeding.

4. Verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht er voor zorg te dragen dat:

- a. een opname in een ziekenhuis zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen 24 uur na de opname wordt gemeld aan de maatschappij. In geval van bevalling en kraamzorg dient deze kennisgeving te geschieden zodra de noodzaak daartoe is gebleken.
- b. bij niet-klinische specialistische en paramedische behandeling een verwijzing van de huisarts of tandarts wordt overgelegd. Er is geen verwijzing naar oog-, keel-, neus-, oor- of kinderarts vereist.
- c. de behandelende huisarts of specialist gemachtigd wordt de reden van opname of behandeling aan de medisch adviseur van de Maatschappij bekend te maken.
- d. de toestemming vooraf door de Maatschappij zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en vergoedingen, op een zodanig tijdstip wordt aangevraagd dat de maatschappij in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zonodig nadere voorwaarden kan stellen aan de voorgenomen behandeling of vergoeding.
- e. alle originele nota's betreffende het verstreken kalenderjaar vóór 1 april van het daaropvolgend jaar zijn ingediend;
- f. alle nota's op een zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden.
- g. computernota's zijn gewaarmerkt door de zorgverlener.
- h. desgevraagd aan de Maatschappij, aan haar medisch adviseur of aan hen die met de controle zijn belast medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen. Wanneer de belangen van de Maatschappij worden geschaad door het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen behoeft de Maatschappij geen kosten te vergoeden.

5. Premie

5.1 Kinderpremie

De kinderpremie voor de kinderklasse wordt vastgesteld aan de hand van de leeftijdsgrens die het algemeen ziekenhuis, op het eiland waar de verzekerde woonachtig is, aanhoudt voor de bepaling van haar tarief voor deze klasse. Indien deze leeftijdsgrens wordt overschreden, wordt de premie voor bedoelde verzekerde per eerstvolgende contractsvervaldatum aangepast. Per gezin is voor maximaal twee kinderen beneden de leeftijd van 15 jaar premie verschuldigd.

5.2 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie en kosten, hierna te noemen premie, vooruit te betalen. Indien de verzekeringnemer niet tijdig of niet voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, gelden de volgende bepalingen:

- 1. de maatschappij schort, indien niet binnen 30 dagen na de vervalddag (volledig) is betaald, de dekking op vanaf de eerste dag dat dit bedrag verschuldigd was; de verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;

- 2. indien de maatschappij maatregelen treft tot incasso van haar vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer;
- 3. de dekking wordt weer van kracht op de dag, volgende op die, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief de kosten van invordering door de maatschappij is ontvangen en geaccepteerd. Voor de kosten waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de dekking was opgeschort, is geen vergoeding verschuldigd.

5.3 Premierestitutie

Bij het eindigen van de verzekeringsovereenkomst heeft de verzekeringnemer, in ieder geval recht op premierestitutie indien hij geen ingezetene meer is van Curaçao, Sint Maarten of de BES Eilanden of bij tussentijdse beëindiging door de Maatschappij.

6. Duur van de verzekering

6.1 Termijn

De verzekering is aangegaan voor een termijn zoals op het polisblad is aangegeven.

6.2 Voortzetting

De verzekering wordt stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd na afloop van een termijn, tenzij de verzekeringnemer tenminste twee (2) maanden vóór het verstrijken van de termijn de verzekering heeft opgezegd.

6.3 Tussentijdse beëindiging

- 1. De Maatschappij heeft het recht de verzekering (eenzijdig) direct te beëindigen indien:
 - a. de verzekeringnemer niet heeft voldaan aan zijn mededelingsplicht als omschreven in het artikel genaamd verzwijging of;
 - b. indien de (termijn)premie niet (tijdig) is betaald of;
 - c. indien van de Maatschappij niet meer kan worden gevergd de verzekering voort te zetten. In dit geval zal een opzegtermijn van twee (2) maanden door de Maatschappij in acht genomen worden.
- 2. Van de Maatschappij kan onder meer niet meer worden gevergd om de verzekering voort te zetten indien zich één of meer van de volgende gevallen voordoen:
 - a. de invoering van een (wettelijke) algemene ziektekostenverzekering;
 - b. de invoering van een wettelijke basisverzekering ziektekosten in Sint Maarten;
 - c. indien voor Curaçao een zodanige uitbreiding van de kring van verzekerden van de bestaande wettelijke basisverzekering ziektekosten plaatsvindt dat de Maatschappij om voor haar van belang zijnde redenen besluit om tot beëindiging van de verzekering over te gaan;
 - d. dat het voor de Maatschappij bedrijfseconomisch niet verantwoord is geworden om de verzekering voort te zetten;
 - e. dat bij voortzetting van de verzekering de solvabiliteit van de Maatschappij in gevaar dreigt te komen.
- 3. De verzekering eindigt voor een verzekerde op het tijdstip waarop deze ophoudt ingezetene te zijn van, dan wel woonachtig te zijn op Curaçao, Sint Maarten of op de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba).

7. Aanpassing van de verzekering

De maatschappij heeft het recht de premie en/of voorwaarden van de bij haar lopende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is de maatschappij gerechtigd de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig de wijziging aan te passen en wel op een door haar te bepalen datum. De herziening van de premie geschiedt ongeacht de wijziging welke voortvloeit uit de verhoging ten gevolge van de koppeling van de premie aan de leeftijd van de verzekerde. De verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen de in de mededeling genoemde termijn schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dit laatste geval eindigt de verzekering op de datum die in de mededeling door de maatschappij is genoemd. De mogelijkheid van opzegging door verzekeringnemer geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt;
- de herziening onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde.

8. Wijzigingen

8.1 Melding

De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging die van invloed kan zijn op rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de maatschappij mee te delen. Dit betreft ondermeer samenstelling van het gezin, verhuizing, huwelijk, geboorte en overlijden.

8.2 Adres

Kennisgevingen door de Maatschappij aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn/haar laatst bekend adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

9. Algemene uitkeringsbepaling

Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands Antilliaans betaalmiddel. Alle bedragen opgenomen in deze poliswaarden luiden, tenzij anders vermeld, in Nederlands Antilliaanse courant. Dit tenzij het wettig betaalmiddel in Curaçao en Sint Maarten wijzigt. Vanaf dat moment vindt uitkering plaats op basis van het dan geldende wettig betaalmiddel.

10. Tandheelkundige zorg

Vergoeding wordt verleend voor de kostprijs van de halfjaarlijkse controle en het genoemde percentage van de kosten voor mondhygiënist en tandheelkundige zorg tot maximaal de tarieven zoals vastgesteld door de Maatschappij, voor zoveel mogelijk overeenkomstig de tarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit. Iedere verzekerde is verplicht, op straffe van verlies van het recht op vergoeding, een halfjaarlijkse controle te laten verrichten. Niet voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van gebitsregulatie en prothesen, behalve wanneer prothesen noodzakelijk zijn geworden door een ongeval en deze dekking van toepassing is. Onder prothesen worden verstaan een geheel of gedeeltelijk kunstgebit, een brug en/of bruggdelen. Behandeling met goudvullingen worden vergoed op basis van behandeling met andere materialen (zoals plastic, porselein e.d.).

Tandheelkundige zorg		
Dekking	Premium	Deluxe
- Halfjaarlijkse controle	Kostprijs	Kostprijs
- Mondhygiënist	75%	90%
- Tandheelkundige zorg	75%	90%

11. Brillenglazen en contactlenzen

Vergoeding wordt verleend voor de aanschafkosten voor brillenglazen en contactlenzen (met uitzondering van zonnebrilglazen) verkregen via een opticien tot maximaal bedrag genoemd in de Medische Tarieventabel. Dit per verzekerde per 2 jaar, ingaande op de dag van aanschaf. Bij het afsluiten van de verzekering of uitbreiding van de dekking geldt een wachttermijn van één jaar.

12. Alternatieve geneeswijzen

De verzekerden die voor 1 januari 2020 al extra waren verzekerd voor alternatieve geneeswijze blijven tot wijziging daarvan door de Maatschappij, recht houden op een vergoeding voor de kosten van de homeopathische, antroposofische en de natuurarts. Vergoeding geldt volgens de Medische Tarieventabel.

13. Preventie (Mediflex Deluxe)

Medical checkup buitenland. Land en instelling worden door de Maatschappij bepaald. De frequentie van de vergoeding en het maximaal te vergoeden bedrag is opgenomen in de Medische Tarieventabel.

14. MediCare Card

Indien een MediCare Card is verstrekt

14.1 Algemeen

- De kaart is geldig tot de geldigheidsdatum die vermeld staat op de kaart en kan alleen gebruikt worden op de eilanden Curaçao en Sint Maarten.
- Iedere kaarthouder vanaf 12 jaar dient zich te allen tijde te legitimeren met een wettelijk legitimatiebewijs. Voor kaarthouders die minderjarig zijn, dienen de ouders of voogd zich te legitimeren.
- Indien de kaarthouder zich niet kan legitimeren als hiervoor is bepaald kan geen gebruik worden gemaakt van de MediCare Card en dient hij zelf dan wel zijn ouder of voogd de kosten van consulten, geneesmiddelen en medische onderzoeken/behandelingen te betalen.

14.2 Overige bepalingen

- De Maatschappij zal de door haar vergoede kosten terugvorderen van de verzekeringnemer of de verzekerde indien achteraf (dus nadat de Maatschappij de kosten al heeft vergoed) blijkt dat deze kosten onterecht zijn doorbelast omdat deze kosten conform de geldende polisvoorwaarden niet voor vergoeding in aanmerking komen (er is bijvoorbeeld sprake van een uitsluiting)

- b. Het recht om de kaart te gebruiken vervalt:
1. In geval van non-betaling van premie over het lopende kalenderjaar.
 2. op het tijdstip waarop de verzekerde ophoudt ingezetene te zijn van, dan wel niet meer woonachtig is in Curaçao of Sint Maarten.
 3. Op een door de Maatschappij te bepalen tijdstip onder meer in geval van verzwijging
 4. In geval van beëindiging van de verzekering. De premie blijft verschuldigd tot het moment dat de kaart in ons bezit is.
 5. Per een door de Maatschappij aan te geven datum indien de Maatschappij gebruik maakt van haar bevoegdheid om de kaart(en) in te trekken.
- c. In geval van verlies van de kaart, dient de verzekeringnemer/verzekerde/kaarthouder dit onmiddellijk te melden aan de Maatschappij zodat zij maatregelen kan nemen ter voorkoming of beperking van onrechtmatig (oneigenlijk) gebruik.
- d. Indien verzekeringnemer of de verzekerde of de kaarthouder nalaat melding te doen van een omstandigheid zoals hiervoor omschreven, is de Maatschappij gerechtigd in geval van misbruik de door haar geleden schade op de verzekeringnemer of de verzekerde of de kaarthouder te verhalen.
- e. Naamswijziging wordt per contract vervaldatum doorgevoerd op de kaart.
- f. Bij het tussentijds aanmaken en uitgeven van een duplicaat kaart wordt een bedrag van ANG 25,00 in rekening gebracht en dit bedrag dient vooraf te worden betaald.
- g. De verzekeringnemer/verzekerde/kaarthouder word(t)en geacht te weten dat misbruik van deze MediCare Card kostenverhogend werkt hetgeen uiteindelijk zal leiden tot premieverhoging.
- h. De Maatschappij zal periodiek het gebruik van de MediCare Card(en) evalueren. De Maatschappij behoudt zich het recht voor de MediCare Card in te trekken, onder meer bij geconstateerd misbruik van de MediCare Card.
- i. De kaart blijft eigendom van Guardian Group Fatum. De kaart is bestemd voor persoonlijk gebruik en kan niet aan een derde worden overgedragen.
- j. De Maatschappij behoudt zich het recht voor deze voorwaarden eenzijdig te wijzigen. Deze wijzigingen zullen na een periode van 2 maanden nadat zij schriftelijk zijn aangekondigd, van toepassing worden.
- k. Ná 31 oktober kunnen geen verzoeken meer worden gedaan voor afdrukken van de MediCare Card in dat kalenderjaar.

SPOEDNUMMER

In geval van een spoed ziekenhuisopname buiten kantooruren dient de verzekeringnemer of de verzekerde het nummer 515-0777, zoals vermeld aan de achterzijde van de MediCare Card, te bellen. Dit dient ter ondersteuning en/of voor een garantieverzoek van het ziekenhuis voor de ziekenhuisopname.

Let wel

Deze voorwaarden gelden voor de dekkingen die voor ú van toepassing zijn op de MediCare Card.

