

INLEIDING

AEMERGO: de allerbeste medische zorg voor als het echt nodig is

Met AEMERGO heeft u zich verzekerd van de allerbeste medische zorg voor een aantal veelvoorkomende ernstige ziekten en aandoeningen. AEMERGO dekt de kosten én zorgt voor een eventuele behandeling door topspecialisten in de Verenigde Staten. U mag onder meer rekenen op:

- medisch advies van de beste deskundigen en eventuele behandeling in de Verenigde Staten
- persoonlijke ondersteuning en optimale begeleiding
- rechtstreekse betaling door AEMERGO aan hulpverleners

Wanneer schakelt u AEMERGO in?

U kunt een beroep doen op AEMERGO wanneer één van de onderstaande medische ingrepen mogelijk noodzakelijk is*:

- Behandeling van kanker
- Hartchirurgie
- Cardiologische ingrepen
- Operaties aan grote bloedvaten
- Transplantatie van grote organen
- Bepaalde neurochirurgische behandelingen

* Voor een precieze omschrijving van de verzekerde aandoeningen en ziekten, zie de polisvoorwaarden.

Zodra u van uw arts verneemt dat u (mogelijk) een ziekte of aandoening heeft waarbij u een beroep op AEMERGO kunt doen, belt u het speciale AEMERGO-telefoonnummer: (070) 344 55 44.

Wat mag u van AEMERGO verwachten?

AEMERGO stelt u in verbinding met een arts in Nederland, die vanaf dat moment zal optreden als uw persoonlijk medisch adviseur. Samen met onze partner PGH zorgt hij ervoor dat een zeer ervaren specialist (specifiek deskundig wat betreft uw ziektebeeld) in de Verenigde Staten een second opinion uitvoert en een behandeladvies opstelt. Daartoe zal uw persoonlijk medisch adviseur eerst informatie inwinnen bij uw behandelend arts(en). We vragen u daarvoor een machtiging af te geven.

De specialist in de Verenigde Staten stelt binnen 48 uur na ontvangst van uw medische gegevens een second opinion op.

Overleg met persoonlijk medisch adviseur

Samen met uw persoonlijk medisch adviseur neemt u de bevindingen van de Amerikaanse specialist door. Eventueel gebeurt dat samen met uw eigen behandelend arts in Nederland, die keuze is aan u. Om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen, worden alle alternatieven en mogelijke uitkomsten uitgebreid en zorgvuldig besproken.

De beslissing

Uiteindelijk neemt u zelf, ondersteund door uw persoonlijk medisch adviseur en andere deskundigen, de beslissing over de behandeling. Kiest u voor behandeling in de Verenigde Staten, dan gaat een gespecialiseerde zorgmanager direct voor u aan de slag.

Coördinatie, begeleiding en ondersteuning door zorgmanager

Uw zorgmanager overlegt met u over uw wensen, onder meer wat betreft de datum waarop de behandeling zal plaatsvinden. Op basis van uw wensen regelt hij afspraken met artsen en een plaats in een ziekenhuis in de Verenigde Staten. Ook eventuele speciale zorg, bijvoorbeeld verpleeghulp voor of na de opname, wordt geregeld. Met kennis over uw ziekte, over de medische voorzieningen in de Verenigde Staten en over uw persoonlijke achtergronden, is de zorgmanager uw persoonlijke gids tijdens uw verblijf in Amerika. Hij bezoekt u, is aanwezig bij besprekingen met artsen en ondersteunt u met raad en daad. De zorgmanager bewaakt tevens de kwaliteit van de medische zorg.

Reis, verblijf en terugkeer

Uw zorgmanager regelt ook uw reis en verblijf en dat van een eventueel meereizend familielid tot in detail. Op de luchthaven van aankomst vangt hij u op om u naar uw verblijfplaats te brengen. En om maar aan te geven dat aan alles gedacht wordt: u krijgt direct een mobiele telefoon waarmee u de specialisten van AEMERGO-partner PGH 24 uur per dag kunt bereiken. Ook uw terugkeer in Nederland wordt volledig voorbereid.

ZOEKREGISTER

Met behulp van dit zoekregister kunt u snel informatie over het door u gezochte onderwerp terugvinden.

Onderwerp	Onderdeel	Artikel	Pagina
Wat is verzekerd	Beschrijving behandeling van verzekerde ziekten	9	13
	Beschrijving verzekerde medische behandelingen	10	14
	Verzekerde maximale bedragen	Bijlage polisblad	
	Orgaan transplantatie	11	14 en 15
	- Beoordeling vooraf	11.1	14
	- Verwervingskosten organen	11.2	14
	- Kosten van de ingreep zelf	10 en 11.3	14
	Medische en logistieke ondersteuning	8 en 8.2	12
	Vliegtickets / hotelkosten / appartementskosten	8.3	12
	Overlijden, kosten vervoer stoffelijk overschot	8.7 en 13	12 en 15
	Ambulancekosten, kosten ziekenvervoer	12	15
	Claimbehandeling	Hoe te handelen bij ziekte	16
Voorafgaande goedkeuring aanvragen		16.1	18
Hoe worden kosten verrekend		15.1 t/m 15.5	17
Claims en einde van de verzekering		3.9	9
Uitsluitingen	Algemeen	14.1 t/m 14.3	16
	Betrekking hebbend op transplantaties	11.4.1	15
Aanvang, duur en einde van de dekking en of verzekering	Contractduur	polisblad	
	Aanvang van de dekking	3.1	8
	Opzegging	3.8 en 3.10	9
	Kinderen	3.2 en 3.3	8
	65 jaar worden	3.4	8
	Vestiging in het buitenland	3.6	8
	Einde van de dekking	3.8 en 3.10	9
Begrippenlijst	Overzicht begrippen	1.1 t/m 1.22	5 /tm 7
Klachten	Klachtenregeling algemeen	5	10
	Bezwaar tegen beslissing inzake medische behandeling	5.4	10
Premie	Betaling	7.1	11
	Premiewijzigingen	7.2 en 7.3	11
	Restitutie bij overlijden	7.4	11
Collectieve regelingen	Clausuleblad	clausuleblad	

Voorwaarden AEMERGO van AEGON

Deel 1 Algemene voorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

Waar onderstaande termen voorkomen in de polis hebben zij de betekenis die daaraan in dit deel gegeven wordt.

1.1 Behandelingsperiode

Een periode die start bij aankomst van de verzekerde in de USA voor een (vooraf goedgekeurde) behandeling van een onder deze polis verzekerde ziekte of aandoening en eindigt wanneer de verzekerde medisch is goedgekeurd voor de terugreis naar Nederland. Als een verzekerde aandoening zich binnen 30 dagen na afloop van een behandelingsperiode weer openbaart, wordt dit als hetzelfde ziektegeval beschouwd. Dat betekent dat het aantal dagen van de oorspronkelijke behandelingsperiode wordt meegeteld voor de berekening van het maximum aantal dagen dat voor de behandeling is verzekerd. Reiskosten voor één ziektegeval worden tot éénmaal het maximale bedrag voor reiskosten vergoed. Zie ook art. 1.19 en 10.3.

1.2 Beoordeling vóór transplantatie

De vooraf goedgekeurde medische onderzoeken, tests en beoordelingen in de USA die nodig zijn om vast te stellen of een verzekerde kan worden geaccepteerd als kandidaat voor transplantatie en als ontvanger van een te transplanteren orgaan.

1.3 Bestaande aandoeningen

Aandoeningen waarvoor de verzekerde binnen 48 maanden voorafgaande aan de aanvangsdatum van zijn/haar polisdekking medische behandeling of advies heeft ontvangen of aandoeningen waarvan de verzekerde zich bewust was of kon zijn bij het afsluiten van de verzekering. Zie ook art. 3.1 en 14.1.

1.4 Deelnemend arts

Is een in de USA bevoegd, praktizerend arts die is aangesloten bij een in de USA gevestigd deelnemend ziekenhuis. Deze artsen zijn lid van de erkende specialisten-beroepsvereniging binnen hun vakgebied.

1.5 Deelnemend ziekenhuis

Is een in de USA gevestigde en bevoegde kwaliteitsinstelling die (poli)klinische medische behandelingen verleent en door PGH is toegelaten als deelnemend ziekenhuis. Een lijst van in de USA gevestigde deelnemende ziekenhuizen kan bij AEGON worden opgevraagd.

1.6 Experimentele behandeling

Een behandeling, dienst, procedure, medicijn of medicijngebruik, voorziening of gebruik van een voorziening, apparatuur of gebruik van apparatuur, of middel (hierna elk te noemen "behandeling") waarvan AEGON of PGH aan de hand van de volgende overwegingen vaststelt dat deze experimenteel of onderzoeksgericht zijn:

- vóór de behandeling is goedkeuring van een overheidsinstantie vereist en deze is niet verleend op het moment dat de behandeling verricht moet worden, of
- volgens aanvaarde medische normen binnen de deelnemende ziekenhuizen is de behandeling niet erkend als veilig en als mogelijk doeltreffend voor de aandoening in kwestie, dit ongeacht de vraag of de behandeling wettelijk is toegestaan voor gebruik tijdens testen of ander onderzoek bij mensen, of
- in geval van een geneesmiddel, therapie of apparaat de behandeling (nog) niet voor gebruik is goedgekeurd door de Amerikaanse Federal Drug Administration.

1.7 Fysiotherapie

De behandeling met behulp van fysische middelen (hydrotherapie, warmte of soortgelijke middelen, fysische middelen gebaseerd op biochemische en neurofysiologische technieken) om de maximale functie te herstellen en/of gehele of gedeeltelijke invaliditeit na ziekte of operatie te voorkomen of te beperken. Deze behandelingen moeten worden voorgeschreven door een bevoegd arts. Voor vergoeding van fysiotherapie gelden grenzen zoals vermeld in art. 8.4 van deze polis.

- 1.8 Gezinsleden (Huishouding)
Verzekeringnemer, de echtgenoot of echtgenote dan wel partner van verzekeringnemer en inwonende eigen, stief- of pleegkinderen jonger dan 27 jaar. Uitwonende kinderen worden eveneens tot de huishouding gerekend indien zij uitwonend zijn ten behoeve van studie en/of financieel afhankelijk zijn van de verzekerde ouders.
- 1.9 AEGON
AEGON Schadeverzekering N.V., Postbus 6, 2501 AC DEN HAAG
- 1.10 PGH
Preferred Global Health Ltd. Dit is de organisatie die verzekerden, die een verzekerde medische behandeling in de USA ondergaan, adviseert, bijstand en begeleiding levert. PGH is verantwoordelijk voor reis- en verblijfsarrangementen, de diensten van de persoonlijk medisch adviseur en voor alle contacten met de deelnemende artsen en ziekenhuizen in de USA.
- 1.11 Medische behandeling
De in de polis genoemde medisch noodzakelijke behandelingen of middelen die een verzekerde geniet en die worden geleverd door een in de USA gevestigde deelnemende arts, deelnemend ziekenhuis, voorziening of erkende leverancier met betrekking tot een gedekte ziekte of aandoening nadat daarvoor voorafgaand toestemming is verleend.
- 1.12 Medisch noodzakelijke behandelingen
De behandelingen en middelen die door een in de USA gevestigd deelnemend ziekenhuis of deelnemende arts worden geleverd om een verzekerde ziekte of aandoening, waarvan de diagnose is gesteld of waar van een redelijk vermoeden van aanwezigheid bestaat, te behandelen en die:
- in overeenstemming zijn met de diagnose van de aandoening van verzekerde en
 - in overeenstemming zijn met de normen van behoorlijke medische beroepsuitoefening binnen de deelnemende ziekenhuizen en
 - noodzakelijk zijn om andere redenen dan uitsluitend het comfort van de verzekerde of diens plaatselijke arts(en).
- Met betrekking tot ziekenhuisopname betekent medisch-noodzakelijk tevens dat op grond van de medische symptomen of toestand van de verzekerde, de behandelingen of middelen niet veilig aan de verzekerde verstrekt kunnen worden zonder ziekenhuisopname.
- 1.13 Klinische behandeling (Ziekenhuisopname)
Klinische behandeling omvat in elk geval:
- noodzakelijke testen vóór opname;
 - verblijf, voeding en verpleging in een deelnemend ziekenhuis;
 - medische behandeling;
 - noodzakelijke fysiotherapie;
 - medicijnen, en hulp- en verbandmiddelen.
- Voor zover beschikbaar wordt een eigen kamer aangeboden. Indien geen eigen kamer beschikbaar is, zal een tweepersoonskamer worden aangeboden tot een eigen kamer beschikbaar is.
- 1.14 Poliklinische behandeling
Poliklinische behandelingen omvatten:
- medische behandelingen waarvoor geen ziekenhuisopname is vereist;
 - medicijnen, hulp- en verbandmiddelen;
 - bestraling;
 - fysiotherapie;
 - verpleegkundige hulp op poliklinische basis.
- 1.15 Eigen arts
De Nederlandse arts, die verantwoordelijk is voor de medische zorg voor verzekerde in Nederland.
- 1.16 Persoonlijk Medisch Adviseur
Een in Nederland door PGH aangestelde arts. Deze arts is onder andere verantwoordelijk voor de ondersteuning van PGH bij de uitwisseling en verzending en waar noodzakelijk de vertaling of aanvulling van informatie tussen de eigen arts van verzekerde en de geselecteerde artsen in de USA.

- 1.17 Polis
Is de overeenkomst tussen AEGON en de verzekeringnemer aangaande deze verzekering.
- 1.18 Transplantatie
De medische procedure waarbij een donororgaan of -weefsel bij verzekerde als ontvanger wordt geïmplanteed.
- 1.19 Transplantatievergoedingsperiode
Is de periode die begint 3 dagen vóór de orgaantransplantatieprocedure, of 30 dagen vóór de transplantatie van beenmerg en die eindigt na 12 opeenvolgende maanden na uitvoering van de orgaan- of beenmergtransplantatie.
- 1.20 Verzekerde
Iemand voor wie de verzekeringsovereenkomst (mede) is aangegaan, die door AEGON is geaccepteerd voor de dekking van deze verzekering en die als zodanig in de administratie van AEGON is opgenomen.
- 1.21 Verzekeringnemer
Degene die de verzekeringsovereenkomst met AEGON is aangegaan en op wiens naam de polis wordt afgegeven.
- 1.22 Verzekeringsjaar
Is gelijk aan het kalenderjaar.

2 Grondslag van de verzekering

- 2.1 Bij het sluiten van deze verzekering is AEGON ervan uitgegaan dat de verstrekte gezondheids- en andere gegevens en verklaringen juist en volledig waren. Verzwegen gegevens en of onjuist gegeven antwoorden op de door AEGON gestelde vragen kunnen een reden zijn om nietigheid van deze verzekering in te roepen, een claim af te wijzen dan wel de polis met terugwerkende kracht te wijzigen. De verzekeringnemer treedt in het kader van deze verzekering niet alleen voor zichzelf op maar ook als vertegenwoordiger van de overige verzekerden op deze polis. De polisvoorwaarden zijn dus niet alleen van toepassing op de relatie tussen AEGON en verzekeringnemer maar ook op de relatie tussen AEGON en de eventuele overige verzekerden op de polis. Verzekeringnemer draagt zorg voor betaling van de premies en/of andere betalingen.

3 Begin, duur en einde van de verzekering en van de dekking

3.1 Begin van de dekking

De dekking gaat in als de daartoe bij AEGON ingediende aanvraag met gezondheidsverklaring is ontvangen en het risico door AEGON is geaccepteerd, tenzij een latere ingangsdatum van de dekking is overeengekomen.

Indien voor de ingangsdatum van de dekking:

- A. zich bij een verzekerde een ziekte manifesteert op grond waarvan AEGON, als zij daarvan bij de aanvraag voor de verzekering op de hoogte zou zijn geweest, de verzekering niet of beperkt zou hebben geaccepteerd is er voor die aandoening geen dekking;
- B. een verzekerde in het ziekenhuis wordt opgenomen, moet verzekerde AEGON informeren omtrent de reden van opname en over de datum van ontslag uit het ziekenhuis. De dekking gaat pas in op het moment dat verzekerde uit het ziekenhuis is ontslagen, waarbij het hierboven onder A. bepaalde overigens onverminderd van toepassing is.

3.2 Meeverzekerden van gezinsleden

Op deze polis kunnen naast de verzekeringnemer zijn/haar gezinsleden worden meeverzekerd. Meeverzekering is mogelijk voor zover de te verzekeren gezinsleden ouder dan 1 jaar en jonger dan 65 jaar zijn. Voor iedere te verzekeren persoon dient een aanvraag met gezondheidsverklaring te worden ingediend. Meeverzekerden van kinderen is mogelijk op voorwaarde dat, naast de eventuele aanwezige echtgeno(o)t(e) of partner, alle aanwezige kinderen tussen 1 en 27 jaar worden aangemeld. AEGON heeft geen acceptatieplicht.

3.3 Bereiken 27 jarige leeftijd en/of uitwonend worden

Zodra een meeverzekerd kind 27 jaar wordt of zelfstandig gaat wonen zonder dat het nog financieel afhankelijk is van verzekeringnemer eindigt de dekking voor dat kind. Het eerder verzekerde kind kan AEGON binnen twee maanden verzoeken de polis zelfstandig voort te zetten. Aanvragen die later dan na twee maanden worden ingediend moeten worden voorzien van een gezondheidsverklaring, deze aanvragen doorlopen dan de gebruikelijke acceptatieprocedure.

3.4 Bereiken 65-jarige leeftijd

Voor een verzekerde eindigt de dekking op de eerste van de maand nadat verzekerde 65 jaar geworden is. De dekking kan worden voortgezet indien een verzekerde gedurende 3 onmiddellijk aan het bereiken van voornoemde datum voorafgaande jaren doorlopend verzekerd is geweest op deze polis.

3.5 Collectief gesloten verzekeringen

Indien deze verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve regeling zijn nadere bepalingen daarover opgenomen in een bijlage bij deze polis. De bepalingen daarin worden geacht deel uit te maken van deze algemene voorwaarden.

3.6 Verhuizing naar het buitenland

Indien een verzekerde zich permanent in het buitenland vestigt eindigt de dekking voor die verzekerde.

3.7 Voortzetting na overlijden van verzekeringnemer

De polis kan, op verzoek daartoe van één van de verzekerden, of diens wettelijke vertegenwoordiger, na overlijden van de verzekeringnemer ten behoeve van de overige verzekerden worden voortgezet.

3.8 Beëindiging van de verzekering

Verzekeringnemer kan deze polis beëindigen door schriftelijke kennisgeving aan AEGON met inachtneming van een termijn van ten minste 3 maanden voor de polisvervaldatum. AEGON kan de dekking met onmiddellijke ingang beëindigen als een bewust verkeerde voorstelling van zaken door verzekerde of verzekeringnemer wordt gegeven, indien verzekerde of verzekeringnemer zich niet houdt aan de verplichtingen volgens deze polis of indien verzekeringnemer of verzekerde frauduleus handelt. Voorts mag AEGON deze verzekering beëindigen als PGH ophoudt case- en claimmanager voor deze verzekering te zijn en AEGON naar haar oordeel geen goede alternatieven kan vinden die een gelijke service en kwaliteit van dienstverlening tegen een vergelijkbare prijs mogelijk maken.

3.9 Vergoedingen na beëindiging van de polis (uitloop)

Indien de dekking voor een verzekerde uit hoofde van deze polis om enigerlei reden eindigt, zijn vergoedingen van ten behoeve van de verzekerde(n) gemaakte gedekte kosten uitsluitend verschuldigd voor een behandelingsperiode waarvoor reeds goedkeuring werd verkregen of waarvoor de procedure voor voorafgaande beoordeling en goedkeuring van behandeling werd gestart terwijl de polis nog van kracht was. Dit betekent dat de eigen arts van verzekerde moet hebben vastgesteld dat de verzekerde leed aan een ziekte of aandoening die op grond van de polis gedekt zou kunnen zijn en dat vóór beëindiging schriftelijk contact moet zijn opgenomen met AEGON voor het starten van de procedure voor voorafgaande goedkeuring van de behandeling. Deze verlengde aanspraak zal duren tot de verzekerde die betreffende behandelingsperiode heeft afgesloten.

3.10 Wijziging voorwaarden

AEGON heeft het recht de voorwaarden van deze verzekering en bloc te herzien per een door AEGON te bepalen datum. Indien de wijziging een verslechtering van de voorwaarden of een verhoging van de premie inhoudt heeft verzekeringnemer het recht gedurende 30 dagen na ontvangst van het bericht van verandering de verzekering op te zeggen. De verzekering eindigt dan op de datum dat de herziening in zou gaan.

4 Verplichtingen

4.1 Mededelingen

- De verzekeringnemer is verantwoordelijk voor mededelingen aan AEGON van een gebeurtenis die kan leiden tot beëindiging van de dekking voor een in de polis genoemde verzekerde;
- AEGON of PGH verzendt berichten aan de verzekeringnemer en is niet verantwoordelijk voor kennisgevingen aan een medeverzekerde.

4.2 Adreswijziging

De verzekeringnemer is verantwoordelijk voor kennisgeving van adreswijzigingen aan AEGON. AEGON is uitsluitend verantwoordelijk voor verzending van kennisgevingen of andere correspondentie aan het laatst bekende adres van de verzekeringnemer.

5 Klachtenregeling

5.1 Nederlands recht

Op deze polis is Nederlands recht van toepassing. Alle rechtsvorderingen tegen AEGON of PGH die uit deze polis voortvloeien, zullen worden ingesteld bij de bevoegde rechter te Den Haag, Nederland.

5.2 Beperking rechtsvorderingen en verval van rechten

Indien een vordering tegen AEGON of PGH wordt ingesteld, zal dat niet later gebeuren dan 12 maanden na de datum waarop AEGON haar definitieve beslissing ten aanzien van een schade schriftelijk heeft kenbaar gemaakt. Daarna vervalt elk recht.

5.3 Klachteninstanties

Klachten of geschillen naar aanleiding van deze overeenkomst kan verzekerde schriftelijk voorleggen aan de directie van: AEGON Schadeverzekering N.V.

Postbus 6

2501 AC DEN HAAG

Telefoon (070) 344 32 10

Mocht het antwoord van de directie voor verzekerde niet bevredigend zijn dan kan verzekerde zich onverminderd het bepaalde in artikel 5.1 wenden tot:

Stichting Klachteninstituut verzekeringen

Postbus 93560

2509 AN DEN HAAG

Telefoon (070) 333 89 99

5.4 Medische geschillen

Indien een verzekerde het niet eens is met een beslissing aangaande een behandeling dan kan verzekerde zich wenden tot:

De geneeskundig adviseur van AEGON Schadeverzekering N.V.

Postbus 6

2501 AC DEN HAAG

Telefoon (070) 344 32 10

De geneeskundig adviseur van AEGON zal in een dergelijk geval het dossier beoordelen in overleg met verzekerde, met de eigen arts van verzekerde, de betrokken deelnemende arts en ziekenhuis alsmede de medische staf van PGH. Verzekerde wordt zo snel mogelijk geïnformeerd. Mocht dat nog geen bevredigende oplossing bieden dan kan de hierboven in artikel 5.3 benoemde klachtenprocedure worden ingezet.

6 Informatie uitwisseling

6.1 Machtiging informatieverstrekking

Voor een juiste beoordeling en behandeling van een claim is het noodzakelijk dat AEGON en haar gemachtigden, waaronder PHG en de persoonlijk medisch adviseur, kunnen beschikken over alle informatie die zij daartoe benodigd achten. In de regel zal deze informatie berusten bij de eigen artsen en ziekenhuizen waar verzekerde onder behandeling was of is.

Verzekerden zullen daarom machtiging verlenen voor de overdracht van medische gegevens aan de Persoonlijk Medisch Adviseur en aan de betrokken artsen/instellingen in de USA. Het niet verlenen van machtigingen leidt tot verlies van dekking.

AEGON en haar gemachtigden waaronder PGH zullen deze informatie, in overeenstemming met de wetgeving op het gebied van privacy en medisch geheim behandelen.

7 De premie

7.1 Betaling van de premie

Premies zijn bij vooruitbetaling verschuldigd op de op het polisblad vermelde premieervaldagen. Indien de premie niet binnen 30 dagen na de premieervaldag is betaald wordt de dekking van deze verzekering opgeschort. De verzekeraar hoeft verzekeringnemer niet in gebreke te stellen. Verzekeringnemer blijft het bedrag gewoon verschuldigd. De dekking wordt pas weer van kracht nadat de premie door AEGON is ontvangen. Na drie maanden betalingsachterstand kan AEGON de polis beëindigen.

7.2 Recht van premiewijziging van AEGON

AEGON heeft het recht om een premie of tariefbasis te wijzigen:

- op elke premieervaldatum en/of
- op elke datum waarop de voorwaarden van deze polis worden gewijzigd.

AEGON dient de verzekeringnemer ten minste 30 dagen voor invoering van de wijziging in kennis te stellen van de aanpassing.

7.3 Premiewijziging in verband met leeftijd

Premiewijzigingen wegens overgang van een verzekerde naar een andere leeftijdsgroep vinden automatisch plaats en worden in rekening gebracht met ingang van de eerstvolgende hoofdpremieervaldatum (is steeds 1 januari van elk jaar) na de dag waarop een verzekerde van de ene leeftijds/tariefgroep naar een opvolgende groep overgaat. De leeftijdsgroepentabel is opgenomen in de bijlage bij het polisblad.

7.4 Overlijden

Bij overlijden van een verzekerde zal, als er sprake is van een vooruitbetaalde premie, restitutie plaatsvinden vanaf de eerste dag van de maand na overlijden.

Deel 2 De dekking

8 De dekking

Verzekerd zijn de kosten van behandelingen zoals omschreven in de artikelen 9 t/m 13. Deze behandelingen vinden plaats in deelnemende ziekenhuizen. Verzekerd zijn niet alleen de directe medische kosten maar ook reis- en verblijfkosten en (kosten van) medische begeleiding in de USA. De dekking is onderstaand nader per onderdeel omschreven. Voor deze verzekering geldt een maximum totaal verzekerd bedrag per verzekerde voor het leven. Zie voor de verzekerde maxima de bijlage bij het polisblad.

8.1 Maximale vergoeding van behandelingskosten

De kosten van onder de polis gedekte medische behandelingen zijn verzekerd tot het maximaal voor het leven per verzekerde geldende verzekerd bedrag en tot maximaal de sublimieten als genoemd in de bijlage van het polisblad.

8.2 Medische begeleiding

Vanaf het moment van uw aanvraag tot behandeling van één van de verzekerde ziekten ontvangt de verzekerde begeleiding in de vorm van advies, hulp bij het verkrijgen van de juiste zorg in de USA en bijstand van een persoonlijke zorgmanager gedurende de gehele behandeling aldaar. De ondersteuning wordt geleverd door de staf van PGH, de Nederlandse persoonlijk medisch adviseur en een persoonlijke zorgmanager van PGH in de USA.

8.3 Reis- en verblijfkosten:

Verzekerd zijn de volgende kosten voor verzekerde plus één begeleider tegen de in de bijlage bij het polisblad genoemde maximale bedragen per behandelingsperiode:

- een vliegtour per lijndienst naar de USA voor verzekerde met één begeleider;
- kosten van verblijf in de USA anders dan in een ziekenhuis.

8.4 Overige gemaximeerde vergoedingen:

Poliklinische Fysiotherapie: 15 bezoeken per behandelingsperiode.

Verpleging buiten het ziekenhuis: 20 bezoeken per behandelingsmethode.

8.5 Bijzondere aanspraken bij transplantatie

1. Verwervingskosten Orgaan

2. Beoordeling vóór Transplantatie

3. Reis- en verblijfkosten in verband met beoordeling vóór transplantatie

De dekking voor transplantatie is nader beschreven in artikel 11. Zie voor de maximaal verzekerde bedragen de bijlage bij het polisblad van deze verzekering.

8.6 Ambulancevervoer

Zoals omschreven in art. 12.

8.7 Overlijden tijdens behandelperiode

Vervoer stoffelijk overschot zoals omschreven in art. 13. Zie maximaal verzekerd bedrag in de bijlage bij het polisblad van deze verzekering.

- 9 Beschrijving verzekerde behandeling van aandoeningen/ziekten
- 9.1 Cardiologische ingrepen
Het door middel van dotteren percutane transluminale (coronaire angioplastiek) een aanzienlijke vernauwing (meer dan 50%) van twee of meer kransslagaders opheffen.
Voor het verkrijgen van goedkeuring vooraf is een coronair angiogram noodzakelijk.
- 9.2 Hartchirurgie
Een operatieve ingreep die plaatsvindt speciaal met het oog op:
• opheffing van vernauwing of afsluiting van kransslagaderen door middel van bypass-operatie;
• correctie van hartklepafwijkingen.
Voor het verkrijgen van goedkeuring vooraf is een coronair angiogram noodzakelijk.
- 9.3 Operaties aan grote bloedvaten
Het door middel van een open operatie een of meer grote slagaderen herstellen of vervangen. De dekking is beperkt tot herstel van de aorta, de arteriae carotis, de arteriae iliaca, de arteriae femoralis en de arteriae cerebri.
- 9.4 Behandeling van kanker
Het behandelen van een kwaadaardige tumor die wordt gekenmerkt door de ongecontroleerde groei en verspreiding van kwaadaardige cellen. Hieronder zijn begrepen leukemie, (invasieve) maligne melanomen en mycosis fungoides, maar uitgesloten zijn:
• Premaligne laesies;
• Tumoren in situ;
• Goedaardige tumoren, (behalve tumoren voorkomend in de hersenen) poliepen of andere laesies;
• Elke vorm van huidkanker behalve invasieve huidkanker;
• Kwaadaardige tumoren in aanwezigheid van een humaan immunodeficiëntie virus (HIV).
- 9.5 Bijzondere neurochirurgische behandelingen
Het operatief openen van de schedel (craniotomie) is gedekt wanneer deze chirurgische procedure wordt uitgevoerd om een kwaadaardige of niet-kwaadaardige tumor te verwijderen of een intracraniaal bloedvat te herstellen.
Uitgesloten is craniotomie die wordt uitgevoerd wegens aandoeningen in verband met trauma of letsel.
- 9.6 Transplantatie van grote organen
De behandeling van de ontvanger wanneer deze een hart-, long-, hart-long-, lever-, nier-alvleesklier- of beenmergtransplantatie ondergaat met een specifieke dekking zoals omschreven in art. 11 en verder.

10 Definitie verzekerde medische behandelingen

10.1 Inhoud medische behandelingen

Verzekerd zijn onderstaande (poli)klinische behandelingen in een deelnemend ziekenhuis in de USA, voor zover medisch noodzakelijk en mits vooraf goedgekeurd, die deel uitmaken van een vooraf goedgekeurde behandeling en behandelingsperiode:

- noodzakelijke opname en behandeling in een ziekenhuis, (klinische behandeling);
- poliklinische behandelingen;
- het beginnen van primaire chemotherapie;
- noodzakelijk ambulancevervoer.

10.2 Verpleeghulp op poliklinische basis

Bezoek van een verpleegkundige op poliklinische basis is gedekt indien voorgeschreven door een in de USA gevestigde deelnemende arts. Het maximum aantal bezoeken is vermeld in art. 8.4.

10.3 Maximale duur medische behandelingen

- 365 dagen wanneer behandeling betrekking heeft op een verzekerde orgaan- of weefseltransplantatie;
- 120 dagen voor verzekerde behandeling van kanker en
- 90 dagen voor de andere verzekerde behandelingen.

11 Bijzondere regelingen voor orgaantransplantatie

De vergoedingen voor orgaantransplantatie bestaan uit drie delen:

1. kosten van de beoordeling vóór transplantatie;
2. kosten voor verwerving van een donororgaan;
3. kosten van de transplantatie zelf.

11.1 Kosten van de beoordeling vóór transplantatie

- Verzekerd is medische hulp in een deelnemend ziekenhuis in de USA ter beoordeling van de verzekerde als kandidaat voor orgaantransplantatie en/of het afnemen van beenmerg of stamcellen bij verzekerde zoals nodig voor vooronderzoek voor beenmergtransplantatie;
- vliegreis en verblijfkosten voor de verzekerde en één begeleider.

De beoordeling vóór transplantatie wordt niet beschouwd als een (aparte) behandelingsperiode.

Bijzonderheden

Er geldt een maximum verzekerd bedrag voor dit onderdeel. Zie de bijlage bij het polisblad.

Voor reis- en verblijfkosten geldt een maximum bedrag. Het maximum geldt voor de verzekerde en voor één begeleider samen. Zie voor de bedragen de bijlage bij het polisblad.

11.2 Kosten voor verwerving van een donororgaan

- Reiskosten voor een levende donor waarvan vast staat dat het te doneren orgaan passend zal zijn;
- medische kosten die samenhangen met het verwijderen van het donororgaan en de medische behandeling van de levende donor indien het donororgaan wordt ontvangen door een verzekerde ontvanger;
- kosten van opslag van het donororgaan volgens goedgekeurd medisch gebruik; en vervoer en opslag van het donororgaan naar en op de plaats van transplantatie.

Bijzonderheden

Er geldt een maximum bedrag voor reiskosten voor donoren.

Er geldt een maximum verzekerd bedrag voor dit onderdeel.

Zie voor de bedragen de bijlagen bij het polisblad.

11.3 Kosten voor transplantatie zelf

- Alle kosten van de in art. 10 van deze voorwaarden beschreven medische behandelingen;
- reis- en verblijfkosten zoals beschreven in art. 8 van deze voorwaarden.

11.4 Beperkingen en uitsluitingen orgaantransplantaties

11.4.1 Uitsluitingen t.a.v. orgaantransplantatie

Voor orgaantransplantatieprocedures gelden de volgende beperkingen en uitsluitingen:

- kosten die een verzekerde uitsluitend maakt als levende donor;
- kosten verbonden aan de zorg voor en behandeling van een levende donor, behoudens de in art. 11.2 beschreven dekking (voor zover de kosten t.b.v. een levende donor wel worden vergoed, worden deze kosten op grond van de polis uitsluitend vergoed t.b.v. verzekerden die ontvanger zijn. Deze kosten zijn onderdeel van het individuele maximum gedurende het leven van de ontvangende verzekerde);
- voor orgaanverwerving, orgaantransplantatie of enige andere medische dienstverlening buiten de USA;
- kosten die zijn gemaakt door een verzekerde die in de Verenigde Staten is om te wachten op het eventueel beschikbaar komen van een donororgaan;
- kosten die door een verzekerde zijn gemaakt zolang een transplantatie is uitgesteld;
- aankoopkosten of andersoortige vergoeding van een op commerciële basis gekocht orgaan;
- transplantatie van dierlijke organen bij mensen;
- kunstmatige of mechanische apparaten die bedoeld zijn om organen permanent of tijdelijk te vervangen of kosten die zijn gemaakt om iemand in afwachting van een orgaantransplantatie door middel van een kunstmatig apparaat in leven te houden;
- enige vorm van nierdialyse behalve voor dialyse die onderdeel uitmaakt van een vooraf goedgekeurde behandelingsperiode;
- behandelingen op het gebied van hartrevalidatie die geen onderdeel zijn van de behandeling wegens orgaantransplantatie.

11.4.2 Beschikbaarheid donororganen

De beschikbaarheid van donororganen kan niet worden gegarandeerd op grond van de polis. Orgaantransplantaties kunnen uitsluitend worden uitgevoerd wanneer er een orgaan beschikbaar is overeenkomstig de regels en voorschriften die gelden in de staat waarin het in de USA gevestigde deelnemende ziekenhuis is gelegen.

11.4.3 Niet doorgaan geplande transplantatie

Indien een orgaantransplantatie niet volgens plan plaatsvindt wegens de medische toestand of het overlijden van de verzekerde die deze zou ondergaan, worden verzekerde kosten vergoed op grond van de vooraf goedgekeurde transplantatie voorafgaand aan:

- het overlijden van de verzekerde, of
- de dag waarop de deelnemende arts besluit de orgaantransplantatie niet uit te voeren.

12 Ambulancevergoeding

Medisch noodzakelijk ambulancevervoer binnen de USA is verzekerd gedurende een goedgekeurde behandelingsperiode. Ambulancevervoer is verzekerd als dit wordt verzorgd door een bevoegde particuliere beroepsambulancedienst, dan wel een ambulancedienst die het publiek kosten in rekening brengt, waarbij het vervoer wordt verzorgd met behulp van een speciaal ontworpen en uitgerust voertuig dat uitsluitend wordt gebruikt voor het vervoer van zieken en gewonden.

13 Vergoeding van vervoer in geval van overlijden

Ingeval een verzekerde patiënt in de USA overlijdt gedurende een vooraf goedgekeurde behandelingsperiode, zijn de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland verzekerd tot het in de bijlage bij het polisblad vermelde maximum bedrag.

14 Algemene uitsluitingen

14.1 Uitgesloten zijn kosten voor:

- behandelingen als gevolg van gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie. Voor de betekenis van deze begrippen gelden de omschrijvingen, die het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 heeft gedeponneerd bij de griffie van de arrondissementsrechtbank in Den Haag onder nummer 136/18981;
- behandelingen die verband houden met of voortvloeien uit atoomkernreacties of met de producten die daarbij ontstaan tenzij dit een gevolg is van een medische behandeling;
- behandelingen van reeds bij het aangaan van de verzekering bestaande aandoeningen en ziekten. Dat wil zeggen aandoeningen en ziekten waarvan verzekerde wist of had kunnen weten daaraan te lijden voor de ingangsdatum van de dekking van de verzekering;
- behandeling van complicaties die verband houden met niet onder deze polis verzekerde bestaande aandoeningen;
- behandelingen waarvoor geen goedkeuring is verleend via de procedure voor voorafgaande beoordeling en goedkeuring van behandeling;
- behandelingen die naar hun aard experimenteel of onderzoeksgericht zijn (zie begripsbepalingen), tenzij deze specifiek vooraf zijn goedgekeurd;
- behandelingen die niet medisch noodzakelijk zijn voor de behandeling van een gedekte ziekte of aandoening;
- behandelingen die zijn verleend voor ingang van de dekking voor de betreffende verzekerde;
- behandelingen die worden verleend voor een ziekte of aandoening die verband houdt met of is veroorzaakt door deelname van verzekerde aan een misdrijf of het doen van een poging daartoe, dan wel een poging tot zelfmoord;
- behandelingen die niet zijn voorgeschreven of verleend door een in de USA gevestigd deelnemend ziekenhuis of deelnemende arts;
- behandelingen van aandoeningen met betrekking tot of in samenhang met AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) of ARC (AIDS Related Complex);
- behandelingen die normaal kosteloos worden verleend;
- zorg verleend door particuliere verpleegkundigen die door verzekerde zelf zijn ingeschakeld zonder goedkeuring vooraf door AEGON of PGH;
- behandelingen die uitsluitend worden verleend als fysiotherapie en/of bezigheidstherapie of enigerlei vorm van revalidatie (deze behandelingen zijn wel verzekerd indien vooraf goedgekeurd en/of medisch noodzakelijk zijn binnen een behandelingsperiode).

14.2 Uitgesloten zijn kosten die zijn gemaakt als gevolg van het niet verschijnen op een afspraak, tenzij de afspraak niet kan worden nagekomen door omstandigheden buiten de wil van de verzekerde.

14.3 Uitgesloten zijn extra kosten voor niet in de standaardkamerprijs van een ziekenhuis berekende voorzieningen. Bijvoorbeeld maaltijden voor bezoekers, telefoon, televisie of andere extra's zijn niet verzekerd.

15 Deel 3 Claimbehandeling en uitkeringen

15.1 Uitkeringen in natura

Deze verzekering vergoedt in beginsel medische zorg in natura. Dat wil zeggen dat vergoedingen aan artsen, ziekenhuizen en andere dienstverleners door of namens AEGON rechtstreeks worden betaald en wel tot aan het maximum verzekerd bedrag. U hoeft dus geen medische kosten voor te financieren.

15.2 Betalingen van gedekte verzekerde kosten

PGH verleent geen medische diensten/behandelingen, maar verricht als dienstverlener wel betalingen namens AEGON voor verzekerde diensten/behandelingen die door verzekerden zijn ontvangen.

15.3 Garantie voor betalingen aan dienstverleners

Zodra aan een verzekerde goedgekeurde behandelingen worden verleend door een arts of ziekenhuis, zal AEGON of PGH niet meer ingaan op een verzoek van een verzekerde om de nota's die door de arts of het ziekenhuis worden ingediend, niet te betalen. AEGON of PGH aanvaardt geen aansprakelijkheid voor de gevolgen van het afwijzen van het verzoek van verzekerde.

15.4 Betaling van niet-gedekte zaken / behandelingen

Goederen, diensten, behandelingen die niet onder de dekking van de polis vallen, dienen door de verzekerde rechtstreeks te worden betaald aan de leverancier en/of dienstverlener.

15.5 Indienen van declaraties

Voor zover kosten onbedoeld toch zelf zijn betaald dienen nota's binnen 90 dagen na de datum waarop de kosten werden gemaakt bij PGH, eventueel via AEGON, te worden ingediend. Indien een claim niet binnen de gestelde 90 dagen is ingediend blijft recht op vergoeding bestaan indien verzekerde aantoonbaar dat de nota's niet op tijd konden worden ingeleverd. Nota's dienen in elk geval uiterlijk binnen een jaar overgelegd te worden.

15.6 Valuta

Door verzekerden zelf betaalde nota's worden door PGH uitgekeerd in US Dollars.

15.7 Schadepeningen zijn niet overdraagbaar aan derden

Vergoedingen of uitkeringen kunnen niet worden gecedeerd behoudens de gebruikelijke cessie van uitkeringen aan een in de USA gevestigde deelnemende arts of ziekenhuis die de behandeling heeft verricht waarvoor uitkering wordt verleend.

15.8 Relatie verzekerde / ziekenhuis / arts

De keuze van een in de USA gevestigde deelnemende arts of ziekenhuis is uitsluitend voorbehouden aan PGH.

15.9 Aansprakelijkheid PGH en AEGON

PGH en AEGON zijn niet aansprakelijk voor een doen of nalaten van of voor eventuele fouten gemaakt door geselecteerde medische en andere dienstverleners of van in de USA gevestigde deelnemende of niet-deelnemende artsen of ziekenhuizen.

15.10 Subrogatie

AEGON treedt automatisch in de rechten en vorderingen die de verzekerde tegen een derde mocht hebben, zulks op grond van uitkering van de claims voor verzekerde diensten.

16 Te volgen procedure bij ziekte

16.1 Voorafgaande beoordeling en goedkeuring van behandelingen

Vergoeding van kosten en (medische) begeleiding krachtens deze polis wordt pas verstrekt nadat vooraf toestemming van PGH is verkregen voor de bedoelde behandeling.

Voorafgaande goedkeuring van de behandeling wordt verleend via een beoordelingsproces waarbij wordt vastgesteld dat:

- verzekerde lijdt aan een ziekte of aandoening waarvoor een behandeling is geïndiceerd, die uit hoofde van de polis is verzekerd, en
- de vereiste behandeling medisch noodzakelijk is.

16.2 Proces en informatievoorziening bij voorafgaande goedkeuring

Voor verkrijging van een verzekerde behandeling onder deze polis is toestemming vooraf vereist. Zie voor dit punt ook de toelichting bij deze polis. Het proces verloopt als volgt:

- verzekerde meldt zich voor behandeling aan bij AEGON;
- AEGON informeert PGH;
- het goedkeurings- en beoordelingsproces vóór behandeling wordt gebaseerd op de informatie die is verkregen van de eigen arts van verzekerde en uit medische dossiers. PGH zorgt er, via een door hen aangewezen vertegenwoordiger (arts), die optreedt als persoonlijk medisch adviseur voor, dat de informatie van/over de verzekerde, indien nodig vertaald en gecompleteerd, door een in de USA gevestigde deelnemende arts kan worden beoordeeld;
- PGH selecteert een op de ziekte of aandoening gespecialiseerde arts die het medische dossier (her)beoordeelt.
Deze arts verifieert de aard van de ziekte en bepaalt welke behandeling naar zijn oordeel de beste resultaten zal opleveren. Hij beoordeelt ook of de behandeling medisch noodzakelijk is;
- als de aandoening inderdaad een verzekerde aandoening betreft en als behandeling medisch noodzakelijk is wordt goedkeuring verstrekt en kan de behandeling beginnen;
- de persoonlijk care manager van PGH regelt daarna alle medische contacten en verzorgt reis en verblijf.

16.3 Verantwoordelijkheid vooraf aanvragen van goedkeuring

Het is de verantwoordelijkheid van de verzekerde om de procedure voor voorafgaande beoordeling, zoals hierboven omschreven, te starten teneinde een uit hoofde van de polis gedekte behandeling te verkrijgen.