

TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (T.V.V.)

PLAN IS(B)KMO: (voor- en na) hospitalisatiekosten, ambulante kosten

i.v.m. zware ziekten

EDITIE 01.2015

De Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V.)

zijn opgesteld in uitvoering van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden (A.V.V.)

1. VERZEKERINGSPLAN (= A.V.V. 6)

Het verzekeringsplan is het Plan IS(B)KMO.

2. VERZEKERINGSGEVAL (= A.V.V. 7)

- 2.1. Het verzekeringsgeval wordt gevormd door:
 - 2.1.1. de stationaire behandeling in een verpleeginstelling ingevolge het optreden van een ziekte, een bevalling of een ongeval, voor zover minstens één ligdag in rekening kan worden gebracht en voor zover dit effectief gebeurt.
Het verzekeringsgeval vangt aan 30 dagen voor de opname in de verpleeginstelling (= voorhospitalisatieperiode) en eindigt 90 dagen na het verlaten van de verpleeginstelling (= nahospitalisatieperiode), tenzij anders bepaald in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, maar ten laatste bij het begin van een nieuw verzekeringsgeval.
In geval van behandeling in een verpleeghotel of in een palliatieve instelling door de verzekeraar gelijkgesteld met een verpleeginstelling is het verzekeringsgeval beperkt tot het verblijf.
Thuisbevalling wordt gelijkgesteld met een bevalling in een verpleeginstelling.
 - 2.1.2. de ambulante behandeling van een als zware ziekte (zie T.V.V. punt 2.3.) gekwalificeerde ziekte, indien er een rechtstreeks verband is tussen de zware ziekte en de behandeling. Dit enkel voor de kosten gedefinieerd onder T.V.V. punt 2.7.
- 2.2. De verzekeringswaarborg omvat de verzekeringsgevallen opgetreden ingevolge een risico omschreven in de polis.
- 2.3. Worden enkel als zware ziekten aangemerkt behoudens afwijking voorzien in de polis of op een andere wijze: kanker, leukemie, ziekte van Parkinson, ziekte van Hodgkin, ziekte van Pompe, ziekte van Crohn, ziekte van Alzheimer, AIDS, diabetes, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encefalitis, tetanus, virale hepatitis, malaria, vlektyfus, tyfus, paratyfus, difterie, cholera, miltvuur, mucoviscidose, nieraandoening die dialyse vereist.
De verzekeraar kan het recht op uitkering ondergeschikt maken aan het voorleggen van de medische stukken die de gestelde diagnose objectiveren.
- 2.4. Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval, de medische kosten die :
 - 2.4.1. een curatief, diagnostisch of palliatief karakter hebben;
 - 2.4.2. medisch noodzakelijk zijn;
 - 2.4.3. verstrekt zijn door erkende zorgverstrekkers;
 - 2.4.4. op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn;
 - 2.4.5. gemaakt zijn tijdens de duur van het verzekeringsgeval.
 Onder de aldus opgesomde voorwaarden, waarborgt de verzekeraar de therapeutische vrijheid van de zorgverstrekker en van de verzekerde persoon.
- 2.5. Worden terugbetaald, per verzekeringsgeval, aan het terugbetalingspercentage voorzien in de polis, na de wettelijke, statutaire of welke andere tussenkomst ook van het ziekenfonds:
 - 2.5.1. het verblijf ;
 - 2.5.2. het verblijf en logement van één van de ouders in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind, voor zover deze in rekening werden gebracht op de ziekenhuisfactuur en voor zover de ouder verzekerd is volgens eenzelfde verzekeringsplan. De aanwezigheid van de ouder moet worden beschouwd als een onmisbaar bestanddeel van de medische behandeling en het kind mag de leeftijd van 18 jaar niet bereikt hebben;
 - 2.5.3. de hospitalisatie van de donor met een maximum van € 1.250,00 bij een medisch noodzakelijke transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde en gehospitaliseerde persoon;
 - 2.5.4. de medische prestaties;
 - 2.5.5. de paramedische prestaties;
 - 2.5.6. de homeopatische en allopatische producten met uitzondering van vitaminen, mineralen en voedingssupplementen, hygiëne en cosmetische producten of enig ander product dat geen curatief en/of diagnostisch karakter heeft, verbanden en medisch materiaal;
 - 2.5.7. de medische hulpmiddelen;
 - 2.5.8. de chirurgie;
 - 2.5.9. de verdoving;
 - 2.5.10. het gebruik van de operatiekamer en de bevallingskamer;
 - 2.5.11. de medische protheses;

- 2.5.12. de kunstledematen;
 - 2.5.13. het vervoer per ziekenwagen in België;
 - 2.5.14. het vervoer per helikopter in België in geval van ongeval, van de plaats van het ongeval naar de verpleeginstelling voor zover dit vervoer medisch noodzakelijk is en voor zover geen ander vervoersmiddel gebruikt kan worden;
 - 2.5.15. de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;
 - 2.5.16. de kraamhulp na de bevalling, binnen de grenzen opgenomen in een tussen de kraamzorginstelling en de verzekeraar afgesloten overeenkomst. Het betreft de door deze instelling gefactureerde kosten voor de zorgen die thuis verstrekt worden door de bevoegde kraamverzorger aan de moeder, de pasgeborene en het gezin.
- 2.6. Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage herleid met 50%, na aftrek van de statutaire of welke andere tussenkomst ook van het ziekenfonds.
- 2.7. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval en aan het terugbetalingspercentage voorzien in de polis na tussenkomst van de wettelijke, statutaire of welke andere tussenkomst ook van het ziekenfonds voor zover zij rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de behandeling in de verpleeginstelling en gemaakt zijn tijdens de voor- en nahospitalisatieperiode (= voor- en nahospitalisatiekosten) of in geval van zware ziekte, zoals opgesomd in T.V.V. punt 2.3.:
- 2.7.1. de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging;
 - 2.7.2. de homeopathische behandeling, acupunctuur, osteopathie, chiropraxie;
 - 2.7.3. de paramedische prestaties voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten.
Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen : de verpleegkundige zorgen, de kinesitherapie en de fysiotherapie.
 - 2.7.4. de medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten.
Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: brillenglazen of contactlenzen, hoorapparaten, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaat, spalken en krukken. De behoorlijk bewezen kosten zijn gedekt met uitsluiting van de onderhouds- en herstellingskosten, de kosten van de hulpmiddelen strekkend tot het gebruik ervan en de wisselstukken;
 - 2.7.5. de kosten van de medische protheses;
 - 2.7.6. de kosten van de kunstledematen;
 - 2.7.7. indien voorgeschreven door een arts: allopathische en homeopathische producten, (met uitzondering van vitaminen, mineralen, voedingssupplementen, hygiëne- en cosmetische producten of enig ander product dat geen curatief en/of diagnostisch karakter heeft), verbanden en medisch materieel. Wordt uitgesloten: elk type van product dat in de handel in het algemeen aangekocht kan worden.
- 2.8. Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage herleid met 50%, na aftrek van de statutaire of welke andere tussenkomst ook van het ziekenfonds, voor zover de verzekerde alle nodige stappen ondernomen heeft om een eventuele terugbetaling te verkrijgen.

3. WACHTTIJD (= A.V.V. 12)

De wachttijd bedraagt 3 maanden en begint te lopen vanaf het moment dat de aansluiting effectief is. Zij is evenwel niet van toepassing:

- 3.1. bij een hospitalisatie naar aanleiding van een ongeval;
- 3.2. indien het personeelslid en/of de gezinsleden voordien via de vorige werkgever een onbeperkte collectieve hospitalisatiedekking genoten gedurende minstens 3 maanden en er geen onderbreking is tussen beide waarborgen;
- 3.3. indien het personeelslid en/of de gezinsleden voordien een onbeperkte individuele hospitalisatiedekking genoten (behalve individuele contracten onderschreven bij een ziekenfonds) en er geen onderbreking is tussen beide waarborgen.

4. VRIJSTELLING (= A.V.V. 13)

De vrijstelling wordt toegepast :

- 4.1. per verzekerde persoon;
- 4.2. per verzekeringsjaar maar in evenredigheid met het aantal maanden gelegen tussen het begin van een verzekeringsplan en de jaarlijkse vervaldatum indien dit begin niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum;
- 4.3. één keer op het verzekeringsgeval dat zich op ononderbroken wijze over twee opeenvolgende verzekeringsjaren uitstrekt.

De vrijstelling wordt niet toegepast in geval van een ambulante behandeling (buiten de pre-posthospitalisatieperiode) ingevolge het optreden van een zware ziekte, zoals opgesomd in T.V.V. punt 2.3.

5. VERZEKERBAARHEID (= A.V.V. 16)

- 5.1. De aansluiting voor de personeelsleden is verplicht. De aansluiting kan gebeuren voor zover aan elk van de volgende voorwaarden is voldaan:
 - 5.1.1. onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid, en ervan genieten;
 - 5.1.2. niet is aangetoond dat een gelijkaardig of identiek risico hetzij geheel hetzij gedeeltelijk reeds door een ander verzekeringscontract is gedekt;
 - 5.1.3. hun woonplaats en vaste verblijfplaats in België hebben of in één aan België grenzend land. De personeelsleden kunnen geen dekking genieten als ze voor meer dan 3 opeenvolgende maanden in het buitenland verblijven;
 - 5.1.4. actief werkzaam zijn voor een in België gelegen filiaal van de verzekeringnemer;
 - 5.1.5. aangeworven zijn met een contract van (on)bepaalde duur.
- 5.2. De aansluiting van de gezinsleden is facultatief. De aansluiting kan gebeuren voor zover aan elk van de volgende voorwaarden is voldaan:
 - 5.2.1. samenwonen met het verzekerde personeelslid (domicilie op hetzelfde adres) en effectief wonen en verblijven op het adres van het personeelslid. De gezinsleden kunnen geen dekking genieten als ze voor meer dan 3 opeenvolgende maanden in het buitenland verblijven;
 - 5.2.2. onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid en ervan genieten;
 - 5.2.3. aansluiten van alle gezinsleden;
 - 5.2.4. niet is aangetoond dat een gelijkaardig of identiek risico hetzij geheel hetzij gedeeltelijk reeds door een ander verzekeringscontract is gedekt.
- 5.3. Grensarbeiders
Onder grensarbeiders wordt verstaan iedere werknemer die zijn beroepswerkzaamheden uitoefent in België en woont op het grondgebied van een andere lidstaat. De landen die hiervoor in aanmerking komen en dus als grensland kunnen beschouwd worden zijn Nederland, Duitsland, Luxemburg en Frankrijk. De aansluiting kan gebeuren voor zover aan elk van volgende voorwaarden is voldaan:
 - 5.3.1. onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid of de sociale zekerheid van hun vaste woon- en verblijfplaats, en er de voordelen van genieten;
 - 5.3.2. niet is aangetoond dat een gelijkaardig of identiek risico hetzij geheel hetzij gedeeltelijk reeds door een ander verzekeringscontract is gedekt;
 - 5.3.3. hun woonplaats en vaste verblijfplaats in België hebben of in één aan België grenzend land. De aangrenzende landen zijn Nederland, Frankrijk, Luxemburg en Duitsland. De personeelsleden kunnen geen dekking meer genieten indien ze voor meer dan 3 maanden aaneensluitend in het buitenland verblijven. Met het buitenland bedoelen wij elk ander land dan het land waar de verzekerde zijn vaste woon- en verblijfplaats heeft;
 - 5.3.4. actief werkzaam zijn voor een in België gelegen filiaal van de verzekeringnemer;
 - 5.3.5. aangeworven zijn met een contract van (on)bepaalde duur.
- 5.4. De aansluiting van de gezinsleden van de grensarbeider is facultatief. De aansluiting kan gebeuren voor zover aan elk van de volgende voorwaarden is voldaan:
 - 5.4.1. samenwonen met het verzekerde personeelslid (domicilie op hetzelfde adres) en effectief wonen en verblijven op het adres van het personeelslid. De gezinsleden kunnen geen dekking genieten als ze voor meer dan 3 opeenvolgende maanden in het buitenland verblijven;
 - 5.4.2. onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid of aan de sociale zekerheid van hun vaste woon- en verblijfplaats en de voordelen ervan genieten;
 - 5.4.3. aansluiten van alle gezinsleden;
 - 5.4.4. niet is aangetoond dat een gelijkaardig of identiek risico hetzij geheel hetzij gedeeltelijk reeds door een ander verzekeringscontract is gedekt.

6. NIET VOORZIENE OF UITGESLOTEN RISICO'S (= A.V.V. 25)

De verzekeringswaarborg omvat niet :

- 6.1. de verzekeringsgevallen die lopend zijn bij de begindatum van de verzekeringswaarborg waarbij de datum van opname in de verpleeginstelling in aanmerking wordt genomen (behalve in geval van een overname van een lopend groepsverzekeringscontract dat een gelijkaardig of identiek risico dekt);
- 6.2. de tandbehandelingen ongeacht de aard ervan, met uitzondering van deze waarvan de medische noodzakelijkheid ingevolge het optreden van een niet-stomatologische ziekte of een ongeval is aangetoond;
- 6.3. de tandprotheses en het tandmateriaal ongeacht de aard ervan, met uitzondering van deze geleverd en geplaatst tijdens de nahospitalisatieperiode (van een verzekeringsgeval waarvoor DKV Belgium N.V. is tussengekomen) waarvan de medische noodzakelijkheid ingevolge het optreden van een niet-stomatologische ziekte of een ongeval is aangetoond en waarvan het behandelingsplan voorafgaandelijk is goedgekeurd door de verzekeraar;
- 6.4. kaakchirurgische ingrepen die tot doel hebben implantaten en/of tandmateriaal te plaatsen (met inbegrip van sinuslift en/of botssubstituten en/of membranen);

- 6.5. de psychotherapeutische en psychoanalytische behandelingen.
In geval van een stationaire psychotherapeutische en/of psychoanalytische behandeling in een ziekenhuis, wordt de tussenkomst beperkt tot 120 dagen per verzekerde en per verzekeringsjaar.

7. TERRITORIALITEIT (= A.V.V. 26)

De verzekeringswaarborg is wereldwijd geldig voor een medisch noodzakelijke hospitalisatie en/of behandeling ingevolge een ziekte, een ongeval of een bevalling die niet voorzien/gepland was. Een geplande hospitalisatie en/of behandeling binnen de Europese Unie, worden enkel vergoed na voorafgaandelijk akkoord van de raadsgeneesheer van DKV Belgium N.V. en na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering door middel van het gebruik van het formulier E112 of na gebruik van de Europese ziekteverzekeringskaart.