

TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN

DKV Hospi Flexi

EDITIE 04.2016

De Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V.)

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

1. Verzekeringsplan (= A.V.V. 5)

Het verzekeringsplan is DKV Hospi Flexi.

2. Verzekeringsgeval volgens DKV Hospi Flexi (= A.V.V. 6)

2.1. Ziekenhuisopname

- 2.1.1. Het verzekeringsgeval wordt gevormd door de opname en behandeling in een ziekenhuis ingevolge het optreden van een ziekte, een bevalling of een ongeval voor zover minstens één verpleegdag effectief in rekening wordt gebracht;
- 2.1.2. Het verzekeringsgeval wordt eveneens gevormd door de opname en de behandeling in een ziekenhuis, ingevolge het optreden van een ziekte, een bevalling of een ongeval voor zover een daghospitalisatie effectief in rekening wordt gebracht. Onder daghospitalisatie wordt verstaan de opname in een dagziekenhuis met:
- een 'forfait chirurgisch dagziekenhuis' of
 - een 'maxiforfait' of
 - een 'forfait gipskamer' of
 - een 'dagziekenhuisforfait - groep 1 tot en met 7' of
 - een 'forfait chronische pijn 1, 2 of 3' of
 - een 'forfait manipulatie poortkatheter' of
 - een 'dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/of toediening van geneesmiddel of van bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus'.

Deze opsomming is limitatief.

- 2.1.3. Een thuisbevalling wordt gelijkgesteld met een bevalling in een ziekenhuis.

2.2. Ambulante behandeling in de pre- en posthospitalisatieperiode

Het verzekeringsgeval vangt aan 30 dagen vóór de opname in het ziekenhuis (= prehospitaalperiode) en eindigt 90 dagen na het verlaten van het ziekenhuis (= posthospitalisatieperiode), maar ten laatste bij het begin van een nieuw verzekeringsgeval.

2.3. Ambulante behandeling 'Zware Ziekten'

Het verzekeringsgeval wordt eveneens gevormd door de ambulante behandeling van de hieronder vermelde zware ziekten: kanker, leukemie, de ziekte van Parkinson, de ziekte van Hodgkin, de ziekte van Pompe, de ziekte van Crohn, de ziekte van Alzheimer, AIDS, diabetes, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebrale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encephalitis, tetanus, virale hepatitis, malaria, vlektyfus, tyfus, paratyfus, difterie, cholera, miltvuur, mucoviscidose, nieraandoening die een dialysebehandeling vergt, brucellose, de ziekte van Creutzfeldt-Jacob en ebola.

Het verzekeringsgeval vangt aan met de instelling van een medische behandeling en eindigt wanneer er geen noodzaak tot behandelen meer is.

De verzekeraar kan het recht op uitkering ondergeschikt maken aan het voorleggen van de medische stukken die de gestelde diagnose objectiveren.

3. Vergoedingscriteria

Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval, de medische kosten die:

- 3.1. een curatief, diagnostisch of palliatief karakter hebben;
- 3.2. medisch noodzakelijk zijn;
- 3.3. verstrekt zijn door erkende zorgverstrekkers;
- 3.4. op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn;
- 3.5. gemaakt zijn tijdens de duur van het verzekeringsgeval.

4. Gedekte kosten

4.1. Ziekenhuisopname

Worden terugbetaald per verzekeringsgeval omschreven onder artikel 2.1.1, 2.1.2 en 2.1.3 aan 100% na de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds:

- 4.1.1. de verblijfskosten;
- 4.1.2. de verblijfs- en logementskosten van één van de ouders in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind voor zover de ouder verzekerd is bij de verzekeraar en het kind de leeftijd van 20 jaar niet bereikt heeft;
- 4.1.3. de kosten van medische prestaties;
- 4.1.4. de kosten van paramedische prestaties;
- 4.1.5. de kosten van farmaceutische producten, verband- en medisch materiaal;
- 4.1.6. de kosten van medische hulpmiddelen;
- 4.1.7. de chirurgiekosten;
- 4.1.8. de verdoevingskosten;
- 4.1.9. de kosten voor het gebruik van de operatiekamer, de arbeidskamer en de gipskamer;

- 4.1.10. de kosten van medische protheses, met uitzondering van de tandprotheses waarvan de dekking is voorzien in artikel 4.3.2.2;
- 4.1.11. de kosten van kunstledematen;
- 4.1.12. de vervoerkosten per ziekenwagen van en naar het ziekenhuis in België en de overbrenging naar een ander ziekenhuis in België;
- 4.1.13. de vervoerkosten per helikopter in België van de plaats van het ongeval naar het ziekenhuis voor zover dit vervoer medisch noodzakelijk is en voor zover geen ander vervoermiddel gebruikt kan worden;
- 4.1.14. de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;
- 4.1.15. de kosten voor 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 kraamverzorgster aan de moeder, de pasgeborene en het gezin;
- 4.1.16. de verblijfskosten van de donor met een maximum van € 1.250 bij een medisch noodzakelijke transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de in het ziekenhuis opgenomen verzekerde.
- 4.1.17. Indien de wettelijke ziekteverzekering op één of meerdere van de hierna genoemde posten van de ziekenhuisfactuur niet tussenkomt:

- de kosten van farmaceutische producten, verband- en medisch materiaal (4.1.5);
- de kosten van medische hulpmiddelen (4.1.6);
- de kosten van medische protheses (4.1.10);
- de kosten van kunstledematen (4.1.11).

is de som van alle betrokken kosten terugbetaalbaar tot een bedrag van € 10.000 per verzekeringsjaar en per verzekerde, na aftrek van de statutaire en/of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.

Boven dit bedrag worden de betrokken kosten terugbetaald aan 50%, na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.

Indien de begindatum van het onderschreven verzekeringsplan niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum, wordt bovenstaand principe toegepast in evenredigheid met het aantal maanden gelegen tussen de begindatum van het onderschreven verzekeringsplan en de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringscontract.

Het bovenstaand principe is van toepassing één keer op het verzekeringsgeval dat zich op ononderbroken wijze over 2 opeenvolgende verzekeringsjaren uitstrekt.

Indien de wettelijke ziekteverzekering op geen enkele post van de ziekenhuisfactuur tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsgeval herleid met 50% na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.

4.2. Ambulante behandeling in de pre- en posthospitalisatieperiode en in het kader van de verzekeringswaarborg 'Zware Ziekten'

Worden terugbetaald per verzekeringsgeval omschreven onder artikel 2.2 en 2.3, na de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds, voor zover ze in rechtstreeks verband staan met de oorzaak van de behandeling in het ziekenhuis en gemaakt zijn tijdens de pre- en posthospitalisatieperiode of voor zover zij in rechtstreeks verband staan met de behandeling van de gediagnosticeerde zware ziekte:

aan 100 %:

- 4.2.1. de kosten van medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging;
- 4.2.2. de kosten van homeopathische behandeling, de kosten van acupunctuur-, osteopathie- en chiropraxiebehandeling;
- 4.2.3. de kosten van paramedische prestaties voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: verpleegkundige zorgen, kinesitherapie en fysiotherapie;
- 4.2.4. de kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: brilglazen of contactlenzen (en bij vervanging op voorwaarde dat de dioptrie met minstens 0,5 is gewijzigd), 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;

- 4.2.5. de kosten van medische protheses, met uitzondering van tandprotheses waarvan de dekking is voorzien onder artikel 4.3.2.2;
- 4.2.6. de kosten van een pruik in het kader van een oncologische behandeling met een maximum van € 1.250, op voorwaarde dat de wettelijke ziekteverzekering tussenkomt;
- 4.2.7. de kosten van de kunstledematen.

aan 80 %:

- 4.2.8. de kosten van allopathische en homeopathische geneesmiddelen, van verband- en medisch materiaal, indien voorgeschreven door een arts, met uitsluiting van voedingsmiddelen, voedings-supplementen, vitamines en mineralen, hygiënische en cosmetische producten en elk type van product dat in de handel vrij verkrijgbaar is.

Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsgeval herleid met 50% na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.

4.3. Tandheelkundige behandelingen

- 4.3.1. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval, omschreven onder artikel 2.1, aan 100% na tussenkomst van de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds: de kosten van tandextractie onder algemene verdoving in een ziekenhuis. Indien de wettelijke ziekteverzekering op geen enkele post van de ziekenhuisfactuur tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsgeval herleid met 50% na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.
- 4.3.2. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval, omschreven onder artikel 2.1, 2.2 en 2.3:
 - na verloop van een wachttijd van 12 maanden;
 - na voorafgaandelijke goedkeuring door de verzekeraar van het behandelingsplan;
 - aan 100% na tussenkomst van de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds. Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, blijft het terugbetalingspercentage behouden aan 100%;
 - met een maximum van € 750 per verzekerde en per verzekeringsjaar, met inachtnaam van de datum van de verstrekte prestatie:
 - 4.3.2.1. de tandbehandelingskosten met uitzondering van alle kosten in verband met een orthodontische behandeling,
 - 4.3.2.2. de kosten van tandprotheses en van tandmateriaal, met inbegrip van bruggen, kronen en tandimplantaten,
 - 4.3.2.3. elke preprothetische chirurgische ingreep (sinuslift of andere) met het oog op tandprothetisch herstel.

5. Daghospitalisatie in een éénpersoonskamer (A.V.V. 22)

In geval van een daghospitalisatie in een éénpersoonskamer (cf. artikel 2.1.2) worden de kamer- en ereloon-supplementen niet ten laste genomen door de verzekeraar.

6. Premie (A.V.V. 15-28-29)

Tijdens de duur van het verzekeringscontract wordt de premie aangepast op de jaarlijkse vervaldatum in functie van de op deze datum bereikte leeftijdscategorie en aan het op deze datum vigerende tarief voor deze leeftijdscategorie. Bovendien kan, overeenkomstig de artikels 29.2 t.e.m. 29.10 A.V.V., eveneens besloten worden tot een aanpassing van de premie na de afsluiting van het contract, op basis van de evolutie van de consumptieprijsindex of van de specifieke medische indexen of op basis van een beslissing van de toezichthoudende overheden.

7. Persoonlijke bijdrage (= A.V.V.12)

Een persoonlijke bijdrage van € 150 wordt toegepast:

- 7.1. per verzekerde,
- 7.2. per verzekeringsgeval onder artikel 2.1.1 bij opname in een éénpersoonskamer.

8. Verzekeraarheid (= A.V.V.16)

8.1 Verzekeraar zijn de natuurlijke personen, die tegelijk:

- 8.1.1.1 bij onderschrijving van het verzekeringsplan de leeftijd van 70 jaar niet hebben bereikt;
 - 8.1.1.2 hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben;
 - 8.1.3.1 onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid en ervan genieten;
 - 8.1.3.2 aanvaard zijn op basis van medische en verzekeringstechnische criteria.
- 8.2 Pasgeborenen zijn verzekeraar, zonder risicobeoordeling, vanaf de geboorte volgens hetzelfde verzekeringsplan als één van de verzekerde ouders voor zover het verzekeringsplan wordt afgesloten binnen de 60 dagen volgend op de geboorte.
- 8.3 Studenten van 18 tot en met 25 jaar die voor een periode van maximum 6 maanden in de lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) verblijven, in het kader van hun studie, op voorwaarde dat ze verder genieten van de Belgische sociale zekerheid en dat ze een attest van de verblijfsduur in het buitenland overhandigen aan

de verzekeraar van de onderwijsinstantie in het buitenland en/of van de oorspronkelijk onderwijsinstantie alsook een kopie van hun Europese ziekteverzekeringskaart.

9. Territorialiteit

De verzekeringswaarborg is wereldwijd geldig voor een medisch noodzakelijke en onvoorziene ziekenhuisopname in het buitenland.

De verzekeringswaarborg is ook geldig in de lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) voor een medisch noodzakelijke en geplande ziekenhuisopname in het buitenland, op voorwaarde dat er voorafgaandelijk een akkoord is gesloten met het ziekenfonds.

10. Einde van de verzekeringswaarborg (= A.V.V. 24)

Indien het verzekeringsgeval, omschreven onder artikel 2.1 en 2.2, voortduurt na de einddatum van het verzekeringsplan, wordt de terugbetaling van de kosten na deze einddatum gewaarborgd tot het einde van het verzekeringsgeval.

Het verzekeringsgeval omschreven onder artikel 2.3 eindigt automatisch op de einddatum van het verzekeringsplan.

11. Medi-Card®

11.1. Dienstverlening

Door het gebruik van de Medi-Card® worden de kosten die gemaakt zijn tijdens de opname in een Belgisch ziekenhuis, rechtstreeks aan het ziekenhuis betaald voor zover:

- zij niet uitgesloten zijn door het verzekeringscontract en
- het verblijf plaatsvindt in een verzekerd kamertype.

De dienstverlening verbonden aan de Medi-Card® is niet van toepassing in geval van dagziekenhuis in een éénpersoonskamer.

11.2. Verbintenissen

Door het gebruik van de Medi-Card®, die strikt persoonlijk is, aanvaardt de verzekerde de rechten en plichten die hieruit voortvloeien.

Wanneer de verzekeraar in het kader van een Medi-Card® dossier de opnamekosten aan het ziekenhuis terugbetaalt, erkent de verzekeringnemer of de verzekerde dat volgende kosten door hem/haar verschuldigd blijven:

- de persoonlijke bijdrage;
- de niet-medische kosten,
- het bedrag dat het verzekerd plafond overschrijdt,
- de kosten m.b.t. een verzekeringsgeval die niet gedekt zijn,
- de door de verzekeraar geweigerde kosten.

De dienstverlening verbonden aan de Medi-Card® kan, per verzekerde, worden geschorst:

- in geval van misbruik van de kaart;
- in geval van niet-betaling door de verzekerde van de kosten die door hem/haar verschuldigd zijn,
- in geval van niet-betaling van de premie door de verzekeringnemer.