

TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN

DKV Medi Pack

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 Medi Pack.

2. Verzekeringsgeval volgens DKV Medi Pack (= A.V.V. 6)

2.1. Ambulante behandeling

Het verzekeringsgeval wordt gevormd door de ambulante behandeling ingevolge het optreden van een ziekte, een bevalling of een ongeval. Het verzekeringsgeval vangt aan met het instellen van de medische behandeling en eindigt wanneer er geen noodzaak tot behandeling meer is.

Het verzekeringsgeval wordt niet gevormd door een ambulante tandheelkundige behandeling.

2.2. Ziekenhuisopname

2.2.1. Het verzekeringsgeval wordt gevormd door de opname en behandeling in een twee- of meerpersoonskamer in een ziekenhuis ingevolge het optreden van een ziekte, een bevalling of een ongeval voor zover minstens één verpleegdag effectief in rekening wordt gebracht.

Een hospitalisatie in een éénpersoonskamer vormt geen verzekeringsgeval.

2.2.2. 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.

Een daghospitalisatie in een éénpersoonskamer vormt geen verzekeringsgeval.

2.2.3. Een thuisbevalling wordt gelijkgesteld met een bevalling in een twee- of meerpersoonskamer in een ziekenhuis.

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. Ambulante behandeling

Worden terugbetaald per verzekeringsgeval omschreven onder artikel 2.1 na de wettelijke, statutaire of elk andere tussenkomst van het ziekenfonds:

aan 80 %:

- 4.1.1. de kosten van medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging;
- 4.1.2. de kosten van homeopathische behandeling, de kosten van acupunctuur-, osteopathie-, en chiropraxiebehandeling;
- 4.1.3. de kosten van allopathische en homeopathische geneesmiddelen, van verband- en medisch materiaal indien voorgeschreven door een arts met uitsluiting van voedingsmiddelen, voedingssupplementen, vitamines en mineralen, hygiëne en cosmetische producten en elk type van product dat in de handel vrij verkrijgbaar is;
- 4.1.4. 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
- 4.1.5. 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;

4.1.6. de kosten van medische protheses, met uitzondering van tandprotheses en van tandmateriaal, zoals bruggen, kronen en tandimplantaten;

4.1.7. 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;

4.1.8. de kosten van de kunstledematen;

4.1.9. de kosten voor kraamhulp na de bevalling, binnen 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.

Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt voor het verzekeringsgeval blijft het terugbetalingspercentage behouden aan 80%.

4.2. Ziekenhuisopname

Worden terugbetaald per verzekeringsgeval omschreven onder artikel 2.2 na de wettelijke, statutaire of elk andere tussenkomst van het ziekenfonds:

aan 100 %:

4.2.1. de verblijfskosten in een twee- of meerpersoonskamer;

4.2.2. 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;

4.2.3. de kosten van medische prestaties;

4.2.4. de kosten van paramedische prestaties;

4.2.5. de kosten van farmaceutische producten, verband- en medisch materiaal;

4.2.6. de kosten van medische hulpmiddelen;

4.2.7. de chirurgiekosten;

4.2.8. de verdoevingskosten;

4.2.9. de kosten voor het gebruik van de operatiekamer, de arbeidskamer en de gipskamer;

4.2.10. de kosten van medische protheses, met uitzondering van tandprotheses, waarvan de dekking is voorzien onder artikel 4.3.2.2;

4.2.11. de kosten van kunstledematen;

4.2.12. de vervoerkosten per ziekenwagen van en naar het ziekenhuis in België en de overbrenging naar een ander ziekenhuis in België;

4.2.13. 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;

4.2.14. de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;

4.2.15. de verblijfskosten van de donor in een twee- of meerpersoonskamer 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.

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. Tandheelkundige behandelingen bij ziekenhuisopname

4.3.1. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval, omschreven onder artikel 2.2, 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 2.2:

- 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. 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 toezichhoudende overheden.

6. Vrijstelling (= A.V.V.12)

De vrijstelling, die is bepaald in de polis wordt per verzekeringsgeval, omschreven onder artikel 2.1. toegepast:

- 6.1. per verzekerde;
- 6.2. per verzekeringsjaar, met inachtnaam van de datum van de verstrekte prestatie. Indien de begindatum van het onderschreven verzekeringsplan niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum, wordt de vrijstelling toegepast in evenredigheid met het aantal maanden gelegen tussen de begindatum van het onderschreven verzekeringsplan en de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringscontract.

7. Verzekerbare (= A.V.V.16)

- 7.1. Verzekerbare zijn de natuurlijke personen, die tegelijk:
 - 7.1.1 bij onderschrijving van het verzekeringsplan de leeftijd van 70 jaar niet hebben bereikt;
 - 7.1.2 hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben;
 - 7.1.3 onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid en ervan genieten;
 - 7.1.4 aanvaard zijn op basis van medische en verzekeringstechnische criteria.
- 7.2. De aansluiting van het hele gezin (de partner en de kinderen ten laste) is verplicht.
- 7.3. Pasgeborenen zijn verzekerbare, 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.
- 7.4. 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.

8. Territorialiteit

De verzekeringswaarborg is geldig in de lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) voor een ambulante behandeling mits tussenkomst van de Belgische wettelijke ziekteverzekering of voor een 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.

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

Het verzekeringsgeval omschreven onder 2.1 eindigt automatisch op de einddatum van het verzekeringsplan.

Indien het verzekeringsgeval, omschreven onder artikel 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.

10. Medi-Card®

10.1. 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 door de verzekeraar 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 een opname in een éénpersoonskamer.

10.2. 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 vrijstelling;
- 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.