

TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN

DKV Hospi Select

EDITIE 01/2021

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 Select.

2. Verzekeringsgeval volgens DKV Hospi Select (= 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 (= prehospitalisatieperiode) en eindigt 120 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 cumulatief:

- 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.

In het kader van de hierboven vermelde voorwaarden, garandeert de verzekeraar aan de verzekerde de therapeutische vrijheid van zorgverstrekker en ziekenhuis. De keuze van dit ziekenhuis kan, naargelang dit ziekenhuis al dan niet is opgenomen in de lijst 'Partner Ziekenhuizen' overeenkomstig 10 T.V.V., in éénpersoonskamer gedifferentieerde terugbetalingsmodaliteiten tot gevolg hebben, zoals voorzien in de huidige T.V.V.

4. Gedekte kosten

4.1. Ziekenhuisopname

Worden terugbetaald per verzekeringsgeval omschreven onder 2.1.1., 2.1.2. en 2.1.3. T.V.V., en volgens de modaliteiten gedefinieerd in 4.2., 4.3. en 4.4. T.V.V. na de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds, en na aftrek van de persoonlijke bijdrage (zie 6 T.V.V.):

- 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 verdoovingskosten;
- 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 4.7.2.2. T.V.V.;
- 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. Deze grenzen, die ongewijzigd blijven nadat het contract is afgesloten, worden meegedeeld op de site www.dkv.be en kunnen op eenvoudig verzoek worden verkregen van de verzekeraar. Het betreft de door deze instelling gefactureerde kosten voor de zorgen die thuis verstrekt worden door de bevoegde kraamverzorging 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. T.V.V.);
- de kosten van medische hulpmiddelen (4.1.6. T.V.V.);
- de kosten van medische protheses (4.1.10. T.V.V.);
- de kosten van kunstledematen (4.1.11. T.V.V.).

is de som van alle betrokken kosten terugbetaalbaar ten belope van 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. De verzekeraar betaalt terug aan 100%, de kosten omschreven onder 4.1. T.V.V. in het geval van een verblijf in een ziekenhuis opgenomen in de lijst 'Partner Ziekenhuizen' (zie 10 T.V.V.) ten belope van de voorziene plafonds in 4.1.16 en 4.1.17. T.V.V.

4.3. In het geval van een verblijf in een éénpersoonskamer in een ziekenhuis dat niet opgenomen is in de lijst 'Partner Ziekenhuizen' (zie 10 T.V.V.), betaalt de verzekeraar aan 80% de kamer- en ereloon-supplementen terug, met betrekking tot de kosten omschreven onder 4.1.1., 4.1.2., 4.1.3., 4.1.4., 4.1.7., 4.1.8., 4.1.9., 4.7.1. T.V.V. en aan 100% of ten belope van de voorziene plafonds, de andere posten van de hospitalisatiefactuur.

Onder ereloon-supplement verstaat men het verschil tussen het conventioneel tarief van een geneeskundige verstrekking (gedefinieerd door het RIZIV) en het bedrag dat werkelijk aangerekend is aan de patiënt.

Onder kamersupplement verstaat men een supplement bovenop de verpleegdagprijs (gedefinieerd door het RIZIV).

4.4. De verzekeraar betaalt ten belope van tweemaal de RIZIV-bijdrage terug de kosten omschreven onder 4.1. T.V.V. in het geval van een verblijf in een ziekenhuis gelegen in de Europese Unie (met uitzondering van de Overzeese Gebieden) indien dit verblijf in het buitenland beantwoordt aan de voorwaarden omschreven onder 8 T.V.V.

- 4.5. Ambulante behandeling in de pre- en posthospitalisatieperiode (verzekeringsgeval omschreven onder 2.2 T.V.V.)
 Worden terugbetaald 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:

aan 100 %:

- 4.5.1. de kosten van medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging;
- 4.5.2. de kosten van homeopathische behandeling, de kosten van acupunctuur-, osteopathie- en chiropraxiebehandeling;
- 4.5.3. 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;
- 4.5.4. de kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: brillen 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;
- 4.5.5. de kosten van medische protheses, met uitzondering van tandprotheses waarvan de dekking is voorzien onder 4.7.2.2. T.V.V.;
- 4.5.6. 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;
- 4.5.7. de kosten van de kunstledematen.

aan 80 %:

- 4.5.8. 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.

- 4.6. Ambulante behandeling 'Zware Ziekten' (verzekeringsgeval omschreven onder 2.3 T.V.V.)

Worden terugbetaald de som van alle betrokken kosten ten belope van een bedrag van € 10.000 per verzekeringsjaar en per verzekerde, na aftrek van de statutaire en/of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds en voor zover zij in rechtstreeks verband staan met de behandeling van de gediagnosticeerde zware ziekte:

aan 100 %:

- 4.6.1. de kosten van medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging;
- 4.6.2. de kosten van homeopathische behandeling, de kosten van acupunctuur-, osteopathie- en chiropraxiebehandeling;
- 4.6.3. 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;
- 4.6.4. de kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: brillen 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;
- 4.6.5. de kosten van medische protheses, met uitzondering van tandprotheses waarvan de dekking is voorzien onder 4.7.2.2 T.V.V.;
- 4.6.6. 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;
- 4.6.7. de kosten van de kunstledematen.

aan 80 %:

- 4.6.8. 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.

Boven dit bedrag van € 10 000 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.

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

- 4.7. Tandheelkundige behandelingen

4.7.1. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval, omschreven onder 2.1 T.V.V., volgens de modaliteiten omschreven onder 4.2, 4.3 en 4.4 T.V.V. en 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.

4.7.2. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval, omschreven onder 2.1, 2.2 en 2.3 T.V.V.:

- na verloop van een wachttijd van 12 maanden;
- na voorafgaandelijke goedkeuring door de verzekeraar van het behandelingsplan;
- overeenkomstig de modaliteiten omschreven :
 - onder 4.2, 4.3 en 4.4 T.V.V., voor de verzekeringsgevallen omschreven onder 2.1 T.V.V.;
 - onder 4.5 T.V.V. voor de verzekeringsgevallen omschreven onder 2.2 T.V.V.;
 - onder 4.6 T.V.V. voor de verzekeringsgevallen omschreven in 2.3 van de T.V.V.
- met een maximum van € 750 per verzekerde en per verzekeringsjaar, met inachtnaam van de datum van de verstrekte prestatie:

- 4.7.2.1. de tandbehandelingskosten met uitzondering van alle kosten in verband met een orthodontische behandeling,
- 4.7.2.2. de kosten van tandprotheses en van tandmateriaal, met inbegrip van bruggen, kronen en tandimplantaten,
- 4.7.2.3. 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 door verzekerde bereikte leeftijdscategorie en aan het op deze datum vigerende tarief voor deze leeftijdscategorie. De leeftijd wordt berekend door van het lopende jaar het geboortjaar af te trekken.

Bovendien kunnen, zoals bepaald in de artikelen 29.2 tot 29.10 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, premieaanpassingen ook plaatsvinden na het afsluiten van het contract volgens de gevallen, die limitatief zijn opgesomd in artikel 204 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (met name aanpassingen op basis van de evolutie van de consumptieprijsindex of van de specifieke medische indexen of op basis van een beslissing van de toezichthoudende overheden).

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

Een persoonlijke bijdrage (d.w.z. een vrijstelling per verzekeringsgeval), waarvan het bedrag, gekozen door de verzekerde, is bepaald in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, wordt toegepast ongeacht of de opname in een 'Partner Ziekenhuis' plaatsvindt of niet:

- 6.1. per verzekerde,
- 6.2. per verzekeringsgeval onder 2.1.1 en 2.1.2 T.V.V.,
- 6.3. enkel bij opname in een éénpersoonskamer.

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

- 7.1. Verzekeraar 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. Pasgeborenen van een verzekerde zijn verzekeraar vanaf de geboorte, zonder risicobeoordeling, volgens elk vergelijkbaar verzekeringsplan dat actief gecommmercialiseerd wordt op het moment van geboorte, op voorwaarde dat de verzekeringsaanvraag wordt ingediend binnen de 60 dagen na de geboorte.
- 7.3. 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.

8. Territorialiteit

De verzekeringswaarborg is geldig in België.

De verzekeringswaarborg is eveneens geldig in de landen die lid zijn van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) voor een medisch noodzakelijke en onvoorziene ziekenhuisopname in het buitenland.

De verzekeringswaarborg is ook geldig volgens de modaliteiten omschreven onder 4.4. T.V.V., 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 schriftelijk akkoord – d.m.v. een document S2 – is verkregen van het ziekenfonds.

De overzeese gebieden zijn deze door de Europese Unie gedefinieerd.

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

Indien het verzekeringsgeval, omschreven onder T.V.V. 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 T.V.V. 2.3 eindigt automatisch op de einddatum van het verzekeringsplan.

10. 'Partner Ziekenhuizen'

10.1. Lijst van de 'Partner Ziekenhuizen'

De lijst van de 'Partner Ziekenhuizen' wordt meegegeed aan de verzekeringnemer bij uitgifte van de polis.

Elk jaar, op 1 januari, wordt de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen' geactualiseerd. Deze lijst is op elk moment beschikbaar op de website www.dkv.be. De lijst kan op eenvoudig verzoek worden verkregen van de verzekeraar.

De nieuwe lijst is van toepassing op elk verzekeringsgeval waarvan de datum van opname in het ziekenhuis samenvalt met of volgt op de datum van inwerkingtreding van de nieuwe lijst.

Bij verblijf in een niet Partner-Ziekenhuis, kan de nieuwe lijst gevolgen hebben enerzijds op het vergoedingspercentage wanneer de verzekerde een éénpersoonskamer heeft gekozen (T.V.V. 4.3.) en anderzijds op de (niet-)toepassing van de betalingsmethode Medi-Card® (T.V.V. 11.1)

10.2. Criteria gehanteerd voor het opstellen van de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen'

Op 1 januari 2018 omvat de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen' alle ziekenhuizen in België, zoals bepaald in artikel 10 van de A.V.V.

Vóór het einde van elk jaar en voor elk ziekenhuis opgenomen in de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen', gaat de verzekeraar over tot de evaluatie van de criteria, voor de periode eindigend op 30 juni, met het oog op een publicatie van de geactualiseerde lijst van de 'Partner Ziekenhuizen' op de volgende eerste januari.

10.2.1. De volgende criteria dienen op cumulatieve wijze te worden gerespecteerd:

10.2.1.1. Ereloonsupplementen: de stijging van de totaalsom van de supplementen is lager dan of gelijk aan één procent. De berekening van deze stijging is gebaseerd op de verhouding tussen enerzijds de som van de supplementen gefactureerd door het ziekenhuis aan de verzekerden in het kader van de individuele verzekeringsplannen van de verzekeraar, en door deze laatste ontvangen gedurende twee opeenvolgende periodes van 12 maanden (beide lopende van 1 juli tot en met 30 juni) en anderzijds de som van de RIZIV honoraria gedurende dezelfde periodes.

Met het oog op het actualiseren van de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen' op 1 januari 2019, worden, bij wijze van overgangsmaatregel, voor ziekenhuizen die de betalingsmethode Medi-Card® gebruiken, alleen facturen die elektronisch naar de verzekeraar worden gestuurd in aanmerking genomen voor de berekening van het criterium.

Onder ereloonsupplement verstaat men het verschil tussen het conventietarief van een geneeskundige verstrekking (het RIZIV tarief) en het bedrag dat werkelijk aangerekend is aan de patiënt.

Onder RIZIV honorarium wordt verstaan het officieel tarief verbonden aan het RIZIV-nomenclatuurnummer voor een prestatie van een individuele, geconventioneerde zorgverlener, bijvoorbeeld: arts, kinesitherapeut, tandarts.

Zie de volgende formule:

$$\text{Stijging tussen } y - 1 \text{ en } y \text{ van } \left(\frac{\sum \text{Gefactureerde ereloonsupplementen}}{\sum \text{RIZIV honoraria}} \right) \leq 1\%$$

10.2.1.2. Kamersupplementen: de stijging van het gemiddelde bedrag van het supplement voor een éénpersoonskamer gedurende twee opeenvolgende periodes van 12 maanden is kleiner dan of gelijk aan de evolutie van de consumptieprijsindex gedurende dezelfde periodes. Deze berekening gebeurt op dezelfde facturen zoals in 10.2.1.1. beschreven.

Met het oog op het actualiseren van de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen' op 1 januari 2019, worden, bij wijze van overgangsmaatregel, voor ziekenhuizen die de betalingsmethode Medi-Card® gebruiken, alleen facturen die elektronisch naar de verzekeraar worden gestuurd in aanmerking genomen voor de berekening van het criterium. Onder kamersupplement verstaat men een supplement bovenop de verpleegdagprijs (bepaald door het RIZIV).

10.2.1.3. Bijkomend aan de criteria beschreven onder T.V.V. 10.2.1.1 en 10.2.1.2., moet, vanaf 1 januari 2019, ieder 'acuut algemeen ziekenhuis' gebruik maken van de betalingsmethode Medi-Card® van DKV Belgium, alsook van het systeem van elektronische transmissie van ziekenhuisfacturen naar de verzekeraar. Onder 'acuut algemeen ziekenhuis' verstaat men het universitaire ziekenhuis en het algemene ziekenhuis met of zonder universitair karakter, zoals gedefinieerd door de FOD Volksgezondheid.

10.2.2. Ieder ziekenhuis dat niet meer is opgenomen in de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen', kan opnieuw worden opgenomen ter gelegenheid van de eerstvolgende actualisatie van de lijst, op voorwaarde dat op deze datum de criteria vermeld onder T.V.V. 10.2.1 zijn vervuld en dit vanaf de eerste van twee opeenvolgende periodes van 12 maanden lopende van 1 juli tot en met 30 juni, voorafgaandelijk aan het jaar waarin het ziekenhuis is uitgesloten uit de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen'.

Met andere woorden: de verzekeraar vergelijkt de evolutie van de door het ziekenhuis toegepaste ereloonsupplementen en kamersupplementen tussen twee periodes: enerzijds het niveau van de supplementen gedurende de eerste van de 2 opeenvolgende periodes van 12 maanden lopende van 1 juli tot en met 30 juni voorafgaandelijk aan de uitsluiting uit de lijst en anderzijds het niveau van deze supplementen voor de periode lopende van 1 juli tot en met 30 juni voorafgaand aan de datum van de eerstvolgende actualisatie.

Om opnieuw te kunnen worden opgenomen in de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen' dient de evolutie, uitgedrukt in percentages, van de supplementen tussen deze twee periodes gelijk of lager te zijn dan de gecumuleerde groei van één percent per jaar voor de ereloonsupplementen en van de gecumuleerde groei van de evolutie van de consumptieprijsindex voor de kamersupplementen.

10.2.3. Ieder ziekenhuis dat is opgenomen in de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen', maar niet meer de in T.V.V. 10.2.1.1. vermelde criteria vervult, wordt geacht niet meer opgenomen te zijn in de lijst maar kan een moratorium van één bijkomend jaar genieten, van zodra het zich schriftelijk verbindt om terug de regels zoals gedefinieerd door de criteria vermeld onder T.V.V. 10.2.1. na te leven en dit voor het einde van het bijkomende jaar. Dergelijke aanvraag kan slechts eenmaal per twee opeenvolgende jaren worden aanvaard. Tijdens het moratorium blijft de verzekeringsdekking in 'Partner Ziekenhuizen' van toepassing.

De mogelijke herintegratie van het ziekenhuis in de lijst van 'Partner Ziekenhuizen' vindt plaats op voorwaarde dat de criteria zoals vastgelegd in T.V.V. 10.2.2. vervuld zijn.

10.2.4. Ieder ziekenhuis, waar fraude of misbruik van gelijk welke aard is vastgesteld, wordt met onmiddellijke ingang uitgesloten uit de lijst van de 'Partner Ziekenhuizen'.

Onder fraude verstaat men:

- 10.2.4.1 schriftvervalsing of oplichting, verduistering van gelden door het ziekenhuis, door een lid van de medische of administratieve diensten of een interne of externe factureringdienst die, met frauduleuze bedoelingen, een aantoonbare financiële impact heeft veroorzaakt op de kost van de medische zorgen ten nade van de verzekeraar,
- 10.2.4.2. de feiten opgesomd in art. 128 van de Gecoördineerde Wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen.

11. Medi-Card®

11.1. Betalingsmethode

De Medi-Card® is een betalingsmethode aansluitend op een conventie tussen een Belgisch ziekenhuis en de verzekeraar. Een Partner ziekenhuis (zie T.V.V. 10) sluit dergelijke conventie af.

De lijst van de ziekenhuizen die toegetreden zijn tot deze conventie is geactualiseerd en is op elk moment beschikbaar op de website www.dkv.be. De lijst kan op eenvoudig verzoek van de verzekeraar worden verkregen.

Deze lijst is op elk moment beschikbaar op de website www.dkv.be. Hij kan op eenvoudig verzoek van de verzekeraar worden verkregen.

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

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

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 de in het kader van huidige waarborgen niet terugbetaalbare kosten door hem/haar verschuldigd blijven.

Het gebruik van de Medi-Card® kan ten aanzien van de verzekerde worden geschorst:

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

ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (A.V.V.)

VAN TOEPASSING OP MEDISCHE KOSTEN

DKV HOSPI PREMIUM, DKV HOSPI FLEXI, DKV HOSPI SELECT, DKV MEDI PACK, HORIZON (doelplan DKV Hospi Premium)

EDITIE 12/2022

INHOUD

| | |
|--|---------------|
| DEFINITIES | Artikels 1-15 |
| VERZEKERBAARHEID | Artikel 16 |
| VERZEKERINGSCONTRACT, -PLAN EN -WAARBORG | |
| - Afsluiting van het verzekeringscontract | Artikel 17 |
| - Duur van het verzekeringscontract | Artikel 18 |
| - Einde van het verzekeringscontract | Artikel 19 |
| - Voortzettingrecht van het verzekeringscontract | Artikel 20 |
| - Begin van de verzekeringswaarborg | Artikel 21 |
| - Uitsluitingen van de verzekeringswaarborg | Artikel 22 |
| - Einde van het verzekeringsplan | Artikel 23 |
| - Einde van de verzekeringswaarborg | Artikel 24 |
| RECHT OP UITKERING | Artikel 25 |
| VERZEKERINGSGEVAL | Artikel 26 |
| VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER EN VAN DE VERZEKERDE | Artikel 27 |
| DE PREMIE | Artikel 28 |
| AANPASSING VAN DE PREMIE, DE VRIJSTELLING, DE PRESTATIES EN VAN DE ALGEMENE EN TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN | Artikel 29 |
| VERKLARINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER, VAN DE VERZEKERDE EN VAN DE VERZEKERAAR | Artikel 30 |
| DEKKING IN GEVAL VAN TERRORISME | Artikel 31 |
| EINDBEPALINGEN | Artikel 32 |

DEFINITIES

Er wordt verstaan onder:

1. VERZEKERAAR

DKV Belgium N.V., RPR 0414858607 verzekeringsonderneming toegelaten onder het nummer 739.

2. VERZEKERINGNEMER

De natuurlijke persoon, met woonplaats en vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België, die, eventueel handelend voor rekening van de verzekerde personen, met de verzekeraar het verzekeringscontract afsluit en instaat voor de betaling van de premie.

WOONPLAATS

De plaats waar natuurlijke personen zijn ingeschreven in het bevolkingsregister.

VASTE EN GEBUIKELIJKE VERBLIJFPLAATS

De plaats waar natuurlijke personen overwegend (gedurende het grootste deel van het jaar) effectief verblijven, gebaseerd op de feitelijke situatie.

3. VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringscontract wordt gevormd door de polis. De polis wordt gevormd door de Algemene, Tarifaire en Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden en door de bijvoegsels.

4. VERZEKERDE

De persoon op wie het risico rust en die de begunstigde is van het verzekeringscontract.

5. VERZEKERINGSPLAN

De verzekeringswaarborg tot vergoeding van schade.

6. VERZEKERINGSGEVAL

Het voorwerp van de verzekeringswaarborg, zoals bepaald in de polis.

7. ZIEKTE

Elke aantasting van de gezondheidstoestand die niet door een ongeval veroorzaakt wordt en waarvan de oorzaak en de symptomen medisch objectiveerbaar zijn en die als zodanig een diagnose toelaten en een

therapie vereisen.

8. BEVALLING

De gebeurtenis waarbij een kind geboren wordt.

9. ONGEVAL

Een plotseling optredende en onvrijwillige gebeurtenis die een lichamelijk letsel bij de verzekerde veroorzaakt waarvan de oorzaak of één der oorzaken buiten diens organisme ligt.

10. ZIEKENHUIS

Het ziekenhuis is de instelling voor gezondheidszorg, erkend overeenkomstig art. 2 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 10 juli 2008, waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.

Wordt ook beschouwd als een ziekenhuis: een palliatieve instelling of een revalidatiecentrum, indien erkend als ziekenhuis door het RIZIV.

Worden niet beschouwd als een ziekenhuis:

- een rusthuis en een rust- en verzorgingstehuis of een andere instelling die huisvesting bieden aan bejaarden, herstellenden of kinderen met inbegrip van deze die deel uitmaken van een ziekenhuis;
- een psychiatrisch verzorgingstehuis;
- een medisch-pedagogische instelling;
- een instelling bestemd voor kuurbehandelingen bijvoorbeeld thermale en dieetkuren, thalassotherapie, ontwenningkuren;
- het beschut wonen;
- een sanatorium en een preventorium.

11. WACHTTIJD

De periode die aanvangt op de begindatum van het verzekeringsplan en tijdens dewelke de verzekeraar geen prestaties verschuldigd is. Het bestaan en de duur van de wachttijd worden nader bepaald in de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V.) van het desbetreffende verzekeringsplan.

12. VRIJSTELLING

Het gedeelte van de gedekte kosten dat ten laste blijft van de verzekerde en waarmee de tussenkomst van de verzekeraar wordt verminderd, ook genoemd de persoonlijke bijdrage van de verzekerde.

13. JAARLIJKSE VERVALDATUM

De hoofdvervaldag zoals bepaald in de polis.

14. VERZEKERINGSJAAR

De periode van 12 maanden te rekenen vanaf de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringscontract. Indien de begindatum van een onderschreven verzekeringsplan niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum van een lopend verzekeringscontract, is het eerste verzekeringsjaar samengesteld door het aantal maanden gelegen tussen de begindatum van het verzekeringsplan en de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringscontract.

15. PREMIE

Het bedrag, inclusief alle verzekeringstaksen, belastingen, wettelijke bijdragen en lasten, verschuldigd als tegenprestatie voor de verbintenissen van de verzekeraar in uitvoering van het verzekeringscontract.

VERZEKERBAARHEID

16. Zijn verzekerd, de natuurlijke personen die beantwoorden aan alle verzekerbarevoorwaarden zoals bepaald in de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V.).
De verzekeraar kan personen die een verhoogd risico uitmaken verzekeren aan bijzondere voorwaarden.

VERZEKERINGSCONTRACT, -PLAN EN -WAARBORG

17. AFSLUITING VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringcontract is afgesloten, na de uitgifte van de polis, door betaling van de eerste jaarpremie of overeengekomen deelpremie. De betaling van de premie houdt in dat de verzekeringnemer de voorwaarden van het verzekeringcontract aanvaardt.

18. DUUR VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringcontract wordt levenslang afgesloten.

19. EINDE VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringcontract eindigt met:

- 19.1. opzegging door de verzekeringnemer, schriftelijk (via aangetekende brief, via deurwaardersexploot, of door afgifte van de opzeggingbrief tegen ontvangstbewijs) of elektronisch (e-mail), op het einde van elk verzekeringsjaar mits inachtneming van een opzegtermijn van 3 maanden. De beëindiging van het verzekeringcontract heeft uitwerking op de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringcontract;
- 19.2. opzegging door de verzekeringnemer, schriftelijk of elektronisch, binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een aanpassing van de premie en/of van de A.V.V. en/of T.V.V., opgelegd door de toezichthoudende overheden, die tenminste 4 maanden voor de jaarlijkse vervaldatum van het lopende verzekeringcontract is gebeurd. De beëindiging van het verzekeringcontract heeft uitwerking op de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringcontract;
- 19.3. opzegging door de verzekeringnemer, schriftelijk of elektronisch binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een aanpassing van de premie en/of van de A.V.V. en/of T.V.V., opgelegd door de toezichthoudende overheden, indien de mededeling gebeurt minder dan 4 maanden voor de jaarlijkse vervaldatum van het lopende verzekeringcontract. De beëindiging heeft uitwerking één maand volgend op de datum van ontvangst of, in het geval van een aangetekend schrijven, volgend op de dag na de levering aan de post;
- 19.4. opzegging door de verzekeraar via aangetekende brief in geval van bedrog of poging tot bedrog, vastgesteld in hoofde van de verzekeringnemer en/of de verzekerde ;
- 19.5. opzegging door de verzekeraar, via aangetekende brief bij premiewanbetaling. Deze opzegging bij premiewanbetaling gaat pas in ten vroegste 15 dagen na de datum van schorsing van de waarborg ten gevolge van een ingebrekestelling via aangetekende brief, die de vervaldag, het bedrag van de premie en de gevolgen van de premiewanbetaling inhoudt;
- 19.6. de verhuis naar het buitenland: zodra de verzekeringnemer zijn woonplaats of zijn vaste en gebruikelijke verblijfplaats naar het buitenland overbrengt, houdt het verzekeringcontract automatisch op. De verzekeringnemer wordt hiervan schriftelijk op de hoogte gebracht.

Het einde van het verzekeringcontract kan worden beperkt tot één of meerdere ondergeschreven verzekeringsplannen voor één of meerdere verzekerden.

20. INDIVIDUEEL VOORTZETTINGSRECHT VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

- 20.1. De verzekeringnemer brengt de verzekeraar, schriftelijk of elektronisch, op de hoogte van het tijdstip waarop een verzekerde het verzekeringcontract verlaat en van diens nieuwe woonplaats en diens nieuwe vaste en gebruikelijke verblijfplaats, en dit, binnen een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf dit tijdstip.
- 20.2. De verzekeraar doet de verzekerde binnen de 30 dagen een aanbod tot voortzetting van het verzekeringcontract.

- 20.3. De verzekerde beschikt over een termijn van 60 dagen, vanaf het ogenblik van ontvangst van het verzekeringsaanbod van de verzekeraar, om de voortzetting van het verzekeringcontract schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht om het aanbod te aanvaarden.
- 20.4. Indien de verzekerde binnen de 60 dagen het verzekeringsaanbod aanvaardt, wordt het verzekeringcontract ononderbroken en zonder risicobeoordeling voortgezet met ingang vanaf de eerste dag volgend op het einde van het verzekeringplan.
- 20.5. Het voortzettingsrecht is niet van toepassing indien het verzekeringcontract eindigt overeenkomstig artikel 19.1 t.e.m. 19.6 behoudens voorafgaandelijk akkoord van de verzekeraar.

21. BEGIN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaarborg begint op de begindatum van het verzekeringsplan bepaald in de polis, voor zover de wachttijden verstreken zijn.

22. UITSLUITINGEN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaarborg omvat niet de kosten die verband houden met de hierna genoemde gevallen, alsook alle gevolgen ervan:

- 22.1. een ongeval dat zich heeft voorgedaan, een ziekte waarvan de symptomen zijn opgetreden of een zwangerschap die zich heeft gemanifesteerd voor de begindatum van de verzekeringswaarborg of in geval van bedrog of poging tot bedrog tussen de begindatum van het verzekeringsplan bepaald in de polis en de uitgiftedatum van de polis. Niettemin wordt de waarborg verleend indien deze verzekeringsgevallen optreden na een periode van tenminste 2 jaar te rekenen vanaf de begindatum van de verzekeringswaarborg, behoudens indien bij het afsluiten van het verzekeringcontract, het ongeval, de ziekte of haar gekende symptomen niet ter beoordeling van het risico aan de verzekeraar werden meegedeeld (met andere woorden de opzettelijke verzwijging of het opzettelijk onjuist meedelen);
- 22.2. een ziekte of een ongeval voortvloeiend uit een burgeroorlog of andere oorlog, uit oproer, collectieve geweldsdaaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong, indien is aangetoond dat de verzekerde er actief heeft aan deelgenomen;
- 22.3. een opzettelijke of roekeloze daad van de verzekerde, tenzij deze het bewijs voorlegt dat het een geval betreft van wettige verdediging.
De opzettelijke daad is de vrijwillig en bewust gestelde handeling met de bedoeling om schade te veroorzaken. Een roekeloze daad is een risicovolle en onvoorzichtige handeling die bewust of op een onbezonnen manier wordt begaan;
- 22.4. een poging tot zelfdoding en zelfdoding;
- 22.5. alcoholisme, toxicomanie, het gebruik van doping, het overmatig gebruik van geneesmiddelen (tenzij op medisch voorschrift). Het gebruik van geneesmiddelen dat niet conform is met de indicaties van de wetenschappelijke bijsluiter (tenzij de verzekeraar de dekking ervan uitdrukkelijk en schriftelijk heeft aanvaard). Ziekten of ongevallen – en hun gevolgen – opgetreden bij de verzekerde terwijl hij zich in een staat van dronkenschap, strafbare intoxicatie of andere soortgelijke toestand dat het gevolg is van andere producten dan alcoholische dranken bevindt, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestanden en de behandeling;
- 22.6. een preventieve behandeling, een sterilisatie, een contraceptie, een vaccinatie;
- 22.7. medisch begeleide vruchtbaarheidsbehandelingen;
- 22.8. commercieel draagmoederschap;
- 22.9. een esthetische behandeling, behalve reconstructieve plastische heelkunde op voorwaarde dat het prijsbestek voorafgaandelijk is goedgekeurd door de verzekeraar;
- 22.10. refractieve oogheelkunde;
- 22.11. functionele of subjectieve stoornissen, waarvan of de oorzaak en de symptomen niet medisch objectiveerbaar zijn, of de behandeling of de therapie niet vereist is vanuit een puur medisch standpunt;
- 22.12. een psychotherapeutische behandeling, behalve indien verstrekt door een psychiater;

23. EINDE VAN HET VERZEKERINGSPLAN

Het verzekeringsplan eindigt:

- 23.1. voor alle verzekerden bij het einde van het verzekeringscontract;
- 23.2. voor de verzekerde waarop de beschreven omstandigheid van toepassing is:
 - 23.2.1. bij overlijden;
 - 23.2.2. bij het uittreden uit het verzekeringscontract;
 - 23.2.3. bij bedrog of poging tot bedrog; zo:
 - wordt het verzekeringscontract vernietigd in geval van opzettelijke verzwijging of opzettelijk onjuist meedelen van het te dekken risico;
 - wordt de verzekeringswaarborg geweigerd of verminderd in geval van nalatigheid door de verzekerde met betrekking tot de verplichtingen voorzien in art. 27, indien dit een nadeel inhoudt voor de verzekeraar;
 - wordt het verzekeringscontract opgezegd in geval van schriftvervalsing of oplichterij.
 - 23.2.4. bij het niet meer vervuld zijn van de verzekeraarvoorwaarden.

Het verzekeringsplan eindigt niet om redenen die verband houden met de verwezenlijking of verzwaring van het verzekerd risico, of met de veroudering of het bereiken van een bepaalde leeftijd van de verzekerde.

24. EINDE VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaarborg eindigt tegelijk met het einde van het verzekeringsplan. De verzekeringswaarborg voor de lopende schadegevallen wordt bepaald in de T.V.V.

RECHT OP UITKERING

25. De verzekeraar, de verzekeringnemer en de verzekerde werken samen om het recht op uitkering te bepalen, aan de hand van de verstrekte informatie. De verzekeringnemer en de verzekerde stemmen in dat de verzekeraar de nodige informatie inwint en verbinden zich ertoe om samen te werken met het oog op de correcte uitvoering van de vereiste maatregelen ter onderzoek naar informatie, welke aanleiding geeft tot het recht op uitkering. De verzekeraar onthoudt zich van elke maatregel die ontoereikend, niet terzake dienend of overmatig is in het kader van het onderzoek naar het recht op uitkering.

Aangaande de medische gegevens, kan de verzekerde zijn behandelende arts vragen om aan de door de verzekeraar aangestelde raadgevende arts alle medische attesten over te maken die nodig zijn ter uitvoering van het contract, zich beperkend tot de omschrijving van de gezondheidstoestand op het ogenblik van het optreden van het verzekeringsgeval.

De door de verzekeraar aangestelde raadgevende arts heeft dan het recht om aan de verzekeraar enkel de relevante informatie in verband met het verzekeringsgeval over te maken.

Bij betwisting van het recht op uitkering, beschikt de verzekerde over de mogelijkheid om beroep te doen op een arbitrage binnen een termijn van 30 dagen volgend op de betekening van de beslissing van de verzekeraar. De arbitrage wordt beheerst door de bepalingen opgenomen in een arbitrageovereenkomst.

VERZEKERINGSGEVAL

- 26.1. Elk verzekeringsgeval moet aan de verzekeraar schriftelijk of elektronisch worden gemeld, door middel van het daartoe bestemde aangifteformulier en binnen de daarop vastgestelde termijn.
- 26.2. De onkostennota's die betrekking hebben op een verzekeringsgeval, moeten worden ingediend, binnen de 3 jaar volgend op de datum van hun uitgifte. Na verloop van deze termijn treedt verjaring in.
- 26.3. De verzekerde heeft jegens de verzekeraar een eigen recht op de verzekeringsprestaties zoals bepaald in de polis.
- 26.4. De verzekeringsprestaties worden geregeld met de begunstigde van het verzekeringscontract.
- 26.5. De verzekeraar is gerechtigd de terugbetaling ondergeschikt te maken aan de indiening van gekwijte en vertaalde onkostennota's indien zij uitgegeven zijn in een vreemde taal waarvan de vertaling

redelijkerwijze noodzakelijk blijkt voor het onderzoek van het recht op uitkering.

- 26.6. De onkostennota's worden eigendom van de verzekeraar bij de ontvangst ervan.
- 26.7. De uitkering geschiedt in euro. Onkostennota's in vreemde valuta worden uitgekeerd tegen de gemiddelde koers van de vreemde valuta op de dag van uitkering.
- 26.8. Kan de verzekerde aanspraak maken op herstel van schade, dan treedt de verzekeraar in de rechten van de verzekerde in de mate van zijn prestaties.
- 26.9. De overeenkomsten afgesloten tussen de verzekeringnemer en/of de verzekerde met derden, die rechten tot voorwerp hebben die voortkomen uit het verzekeringscontract of die ontstaan bij de uitvoering van het verzekeringscontract, zijn niet tegenstelbaar aan de verzekeraar.

VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER EN VAN DE VERZEKERDE

- 27.1. De verzekeringnemer, de verzekerde of de door hem gemandateerde persoon zijn ertoe gehouden:
 - 27.1.1. verklaringen en aangiften schriftelijk of elektronisch in te dienen bij de verzekeraar;
 - 27.1.2. de verzekeraar binnen de 30 dagen het tijdstip mee te delen waarop de voorwaarden voor het instandhouden van het verzekeringscontract en/of de verzekeringsplannen wegvallen. Meer in het bijzonder:
 - bij elke wijziging van woonplaats en/of vaste en gebruikelijke verblijfplaats in hoofde van de verzekeringnemer of de verzekerde;
 - bij ieder verblijf van meer dan 90 opeenvolgende dagen in het buitenland in hoofde van de verzekerde;
 - bij ieder tijdelijk verblijf van meer dan 6 maanden in lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) in hoofde van studenten, van 18 tot en met 25 jaar, wanneer dit kadert binnen (de continuïteit van) hun studies;
 - bij elke wijziging van het sociale zekerheidsstatuut waardoor de verzekerde niet meer onderworpen is aan de Belgische sociale zekerheid en er niet meer van kan genieten.
 - 27.1.3. de verzekeraar onverwijld in te lichten over het bestaan van een overeenkomst die eenzelfde of een gelijkaardig risico geheel of gedeeltelijk dekt;
 - 27.1.4. de verzekeraar of de door hem gemandateerde persoon alle inlichtingen te verstrekken voor het vaststellen van het recht op uitkering overeenkomstig artikel 25;
 - 27.1.5. om voorafgaandelijk aan elke aanvraag tot tussenkomst bij de verzekeraar de rechten uit te oefenen ten opzichte van de wettelijke ziekteverzekering en ten opzichte van het ziekenfonds (inbegrepen alle diensten en voordelen);
 - 27.1.6. de overeenkomst te goeder trouw uit te voeren en de gevolgen van het verzekeringsgeval te beperken.
- 27.2. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde de bij dit verzekeringscontract of in uitvoering van het contract ontstane verplichtingen schendt en indien ingevolge een verzekeringsgeval, deze nalatigheid een nadeel voor de verzekeraar veroorzaakt, kan deze laatste zijn prestaties verminderen ten belope van het door hem geleden nadeel indien de nalatigheid onopzettelijk werd begaan, of het verzekeringsgeval weigeren, indien de nalatigheid opzettelijk werd begaan.

DE PREMIE

- 28.1. De verzekeringnemer is de premie verschuldigd berekend op basis van de volgende modaliteiten:
 - 28.1.1. bij het afsluiten van het verzekeringscontract wordt de premie berekend volgens:
 - de woonplaats of vaste en gebruikelijke verblijfplaats van de verzekeringnemer;
 - de instapleeftijd van elke verzekerde. De instapleeftijd wordt berekend door van het lopende jaar het geboortejaar af te trekken;
 - de gezondheidstoestand van elke verzekerde.

Waar van toepassing, is de premietabel beschikbaar in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, waar deze integraal deel van uitmaakt.

- 28.1.2. tijdens de duur van het verzekeringscontract wordt de premie van elke verzekerde herberekend:
- vanaf de jaarlijkse vervaldatum die volgt op de 19^e verjaardag van de verzekerde;
 - op de jaarlijkse vervaldatum in functie van de op deze datum bereikte leeftijdscategorie en aan het op deze datum vigerende tarief voor deze leeftijdscategorie indien deze premieaanpassing is voorzien in de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden. De leeftijd wordt berekend door van het lopende jaar het geboortjaar af te trekken.
 - volgens de woonplaats of vaste en gebruikelijke verblijfplaats van de verzekeringnemer, vanaf de maand die volgt op de wijziging ervan.
- De verzekeringnemer beschikt niet over het recht zijn verzekeringscontract op te zeggen, conform artikel 19.2. of 19.3.
- 28.2. De verzekeringnemer is de jaarpremie verschuldigd aan de verzekeraar op de jaarlijkse vervaldatum.
- 28.3. De jaarpremie is een haalschuld. Het eenvoudig verzoek tot betaling staat gelijk met het aanbieden van het vervaldagbericht op het laatst gekende adres van de verzekeringnemer.
- 28.4. De jaarpremie is één en ondeelbaar en betaalbaar volgens de overeengekomen periodiciteit. Bij niet-betaling van de overeengekomen deelpremie, is de totale jaarpremie van rechtswege opeisbaar.
- 28.5. Bij niet-betaling van de premie of een deel ervan wordt de verzekeringnemer bij aangetekend schrijven in gebreke gesteld en de verzekeringswaarborg van rechtswege geschorst vanaf de datum voorzien in de ingebrekestelling. De verzekeringswaarborg herneemt voor de verzekeringsgevallen die optreden nadat de verzekeringnemer alle achterstallige en vervallen premies, heeft voldaan.
- 28.6. Bij niet-betaling na ingebrekestelling heeft de verzekeraar het recht het verzekeringscontract op te zeggen.

AANPASSING VAN DE PREMIE, DE VRIJSTELLING, DE PRESTATIES EN VAN DE ALGEMENE EN TARIFAIRE VERZEKERINGS-VOORWAARDEN

- 29.1. De premie en de T.V.V. worden bepaald rekening houdend met de parameters, vastgelegd in het technisch plan dat de verzekeraar opstelt volgens actuariële en verzekeringstechnische criteria.
- 29.2. De premie en/of de vrijstelling kunnen aangepast worden op de jaarlijkse vervaldatum op basis van de consumptieprijsindex van de maand juni van het voorgaande kalenderjaar, zoals gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.
- 29.3. Indien uit de tabel van de specifieke medische indexen van het voorgaande kalenderjaar, zoals gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad, blijkt dat de evolutie deze van de consumptieprijsindex overschrijft, kunnen de premie en/of de vrijstelling worden aangepast op de jaarlijkse vervaldatum ten belope van maximaal de indexen. Deze aanpassing, van toepassing per verzekeringsplan, wordt toegepast door middel van de globale medische index voor de vrijstelling en per leeftijdscategorie voor de premie.
- 29.4. De aanpassingen, bepaald in de artikels 29.2 en 29.3, worden schriftelijk of elektronisch gemeld aan de verzekeringnemer ten laatste op de jaarlijkse vervaldatum. De verzekeringnemer beschikt niet over het recht zijn verzekeringscontract op te zeggen, conform artikel 19.2. of 19.3.
- 29.5. Elk jaar vergelijkt de verzekeraar de werkelijke uitkeringen die hij heeft gedaan ten voordele van de verzekerden met de binnen het technisch plan voorziene en vastgelegde uitkeringen. In het geval een verschil uit deze vergelijking zou blijken, zodanig dat de van kracht zijnde premie onvoldoende zou zijn om de werkelijke uitkeringen te dekken, kunnen de toezichthoudende overheden een aanpassing van de premie en/of van de waarborg opleggen.
- 29.6. De premieaanpassing opgelegd door de toezichthoudende

overheden, zal, om de billijkheid tussen de verschillende categorieën verzekerden te bewaren, gedifferentieerd toepasbaar kunnen zijn op de premies betaald door de verschillende categorieën verzekerden (deze categorieën worden bepaald volgens objectieve criteria, zoals de instapleeftijd en de leeftijd bereikt op het ogenblik van de aanpassing) en per verzekeringsplan. Deze premieaanpassing treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand volgend op de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van de beslissing van de toezichthoudende overheden en zal toegepast worden op de jaarlijkse vervaldatum van de lopende verzekeringscontracten.

- 29.7. De aanpassing, bepaald in de artikels 29.5 en 29.6, wordt schriftelijk of elektronisch gemeld aan de verzekeringnemer ten laatste op de jaarlijkse vervaldatum. De verzekeringnemer beschikt dan over het recht zijn verzekeringscontract op te zeggen, conform artikel 19.2. of 19.3.
- 29.8. Indien de verzekeringnemer zijn verzekeringscontract niet opzegt conform artikel 19.2. of 19.3, zal de aanpassing van de premie worden toegepast op de lopende verzekeringscontracten vanaf de volgende jaarlijkse vervaldatum.
- 29.9. Indien de verzekeringnemer zijn verzekeringscontract niet opzegt, conform artikel 19.2 of 19.3, zal de aanpassing van de A.V.V. en/of T.V.V. van toepassing zijn op de lopende verzekeringscontracten voor de nieuwe verzekeringsgevallen vanaf de volgende jaarlijkse vervaldatum.
- 29.10. Zijn niet onderworpen aan de vorige bepalingen, de wijzigingen opgelegd bij wet of bij elke andere regelgevende bepaling van openbare orde of van dwingend aard, alsook de wijzigingen van de verzekeringstaks, van de belastingen en/of bijkomende heffingen welke ook hun aard zij, opgelegd bij wet of bij elke andere regelgevende bepaling.

VERKLARINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER, VAN DE VERZEKERDE EN VAN DE VERZEKERAAR

- 30.1. De verzekeringnemer en de verzekerde verklaren:
- 30.1.1. bereid te zijn om de verzekeraar toe te laten persoonsgebonden en medische gegevens te verzamelen en te verwerken, buiten het toezicht en de verantwoordelijkheid van een arts.
- 30.1.2. kennis te hebben dat aangaande de medische gegevens, de verzekerde zijn behandelende arts kan vragen om aan de door de verzekeraar aangestelde raadgevende arts, alle medische attesten over te maken die nodig zijn ter uitvoering van het contract, zich beperkend tot de omschrijving van de gezondheidstoestand op het ogenblik van het optreden van het verzekeringsgeval.
- De door de verzekeraar aangestelde raadgevende arts heeft dan het recht om aan de verzekeraar enkel de relevante informatie in verband met het verzekeringsgeval over te maken.
- 30.1.3. de verzekeraar toe te laten medische gegevens te gebruiken met het oog op het afsluiten, het beheren en het uitvoeren van het verzekeringscontract overeenkomstig de eigen doelstellingen ervan en, meer in het algemeen, overeenkomstig de doelstellingen, technieken en principes eigen aan de verzekeringsactiviteit.
- 30.2. De verzekeraar verklaart dat de persoonsgebonden en medische gegevens:
- 30.2.1. worden verwerkt met strikte naleving van artikel 61 van de Wet betreffende de verzekeringen, van artikel 7§4 van de Wet van 08/12/1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens (de Wet op de privacy) en van haar K.B. van 2001, van de Europese Verordening 2016/679 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en van de wet van 22/08/2002 betreffende de rechten van de patiënt.
- 30.2.2. slechts worden verzameld, verwerkt en gebruikt om de vermelde doelstellingen te realiseren en dat, in verhouding met deze doelstellingen.

DEKKING IN GEVAL VAN TERRORISME

31. De verzekeringswaarborg omvat de verzekeringsgevallen die optreden ingevolge ziekte of een ongeval voortvloeiend uit een terroristische daad, met uitzondering van de verzekeringsgevallen en al hun gevolgen voortvloeiend uit een terroristische daad die gesteld wordt door wapens of tuigen, die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern.

EINDBEPALINGEN

32.1. Het Belgisch recht is van toepassing op dit verzekeringscontract.

32.2. Elke klacht met betrekking tot het verzekeringscontract kan gericht worden aan:

- Allereerst aan DKV Belgium N.V. - Quality Control, Loksumstraat 25, 1000 Brussel – (qualitycontrol@dkv.be)
- Nadien aan de Ombudsdienst der Verzekeringen, de Meeûssquare 35, 1000 Brussel – (www.ombudsman.as)

32.3. De van kracht zijnde Algemene en/of Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden kunnen op www.dkv.be worden geraadpleegd.

DKV MEDISCHE KOSTEN EN BIJSTAND IN HET BUITENLAND

Deze DKV-polis Medische Kosten en Bijstand in het buitenland is een combinatiepolis in overeenstemming met de toepasselijke Wet van 4 april 2014 en omvat twee delen:

- **Deel I: Dekking Medische Kosten¹ met toepasselijke T.V.V en A.V.V.;**
- **Deel II: Dekking Bijstand in het buitenland² met toepasselijke A.V.V.**

Een combinatiepolis kan niet gedeeltelijk worden opgezegd. Een opzegging geldt altijd voor de gehele verzekering en alle deelluitmakende verzekeringsprestaties/dekkingen.

DEEL II: DKV ASSISTANCE – BIJSTAND BUITENLAND ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (A.V.V.)

DKV ASSISTANCE - BIJSTAND BUITENLAND | ☎ +32 2 230 31 32

EDITIE 12/2022

Deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden gelden alleen voor bijstand in het buitenland.

1. DEFINITIES

1.1. VERZEKERAAR

De Verzekeraar in de huidige Algemene Verzekeringsvoorwaarden is DKV Belgium N.V., met maatschappelijke zetel te Loksumstraat 25, 1000 Brussel (België), verzekeringsonderneming toegelaten onder het nummer 739, onder toezicht van de Nationale Bank van België, met maatschappelijke zetel te de Berlaimontlaan 14, 1000 Brussel (België), ingeschreven in de Kruispuntbank van Ondernemingen te Brussel onder het nummer 0414858607.

1.2. VERZEKERINGNEMER

De Verzekeringnemer is de natuurlijke of rechtspersoon, die namens de Verzekerden, de verzekering met de Verzekeraar afsluit en instaat voor de betaling van de premie.

1.3. DKV ASSISTANCE

DKV ASSISTANCE is de benaming voor al de diensten en waarborgen die door de Verzekeraar aan de Verzekerden aangeboden worden, alsook de benaming voor de alarmcentrale (van de Verzekeraar) die voor de dienstverleningen zorgt.

1.4. VERZEKERDEN - EXPATRIATES

De Verzekerden zijn de fysieke personen die bij de Verzekeraar een geldige hospitalisatiepolis onderschreven hebben. Deze worden in 2 groepen opgedeeld: Verzekerden die de Sociale Zekerheid in België genieten en Verzekerden zonder Sociale Zekerheid in België, hierna 'expatriates' genoemd.

1.5. HOSPITALISATIEPOLIS DKV

Als Hospitalisatiepolis DKV worden beschouwd: de hospitalisatieverzekeringen die door de Verzekeraar worden aangeboden onder volgende verzekeringsplannen: DKV Hospi Select, DKV Hospi Flexi, DKV Medi Pack, DKV Premium PRO, DKV Flexi PRO, DKV Medi Pack PRO, DKV Premium Corporate, DKV Flexi Corporate, IS, IS+, DKV Hospi Premium, IS2000, HR, H, H+, AS1, AS2, AS3, Horizon+, IO1, IO2, IO3, IO4, MPP1, MPP2, MPP3, MasterCare, MasterCare Hospi.

1.6. WOONPLAATS - BUITENLAND

Als Woonplaats worden beschouwd de hoofdverblijfplaats van de Verzekerden: ofwel het officiële domicilie in België voor de niet-expatriates, ofwel de gebruikelijke verblijfplaats voor de expatriates. De term 'Buitenland' wordt als volgt gedefinieerd: elk land verschillend van het land van de Woonplaats van de Verzekerde.

1.7. GELDIGHEIDSPERIODE

Deze waarborg treedt in werking vanaf 01.11.2022. De Geldigheidsperiode van deze waarborg is gekoppeld aan de geldigheid van de Hospitalisatiepolis.

2. WAARBORGEN

2.1. PRINCIPE

De waarborg DKV ASSISTANCE is verworven bij het onderschrijven van de Hospitalisatiepolis DKV Belgium N.V. en naar aanleiding van een stationaire behandeling in een verpleeginstelling ten gevolge van een ziekte of een ongeval.

De prestaties die aan de personen gewaarborgd worden in het kader van deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden gelden in het 'Buitenland' (zie

definitie) binnen de perken voorzien in de onderschreven Hospitalisatiepolis DKV (zie definitie).

De waarborgen voor de Verzekerden die de Sociale Zekerheid in België genieten en hun Woonplaats in België hebben, zijn alleen maar geldig in het 'Buitenland', dus buiten België.

De waarborgen voor de Verzekerden zonder Sociale Zekerheid in België (expatriates), zijn alleen maar geldig in het 'Buitenland', dus buiten het land waar ze hun gebruikelijke verblijfplaats of woonplaats hebben. Niettemin zijn de clausules 2.2., 2.3. en 2.8 voor hen volledig van toepassing, ook in het land waar ze hun Woonplaats hebben.

De waarborgen in het 'Buitenland' worden niet toegestaan in landen in staat van oorlog, of burgeroorlog, bij politieke onlusten, bij afkondiging van de krijgswet of in landen die gebukt gaan onder terrorisme, bij oproer of gewelddadige stakingen, bij nucleaire of natuurrampen, of bij situaties die uitsluitend vrijwillig en ongegrond gezocht werden.

2.2. INFORMATIEDIENST

De dienst voor het opvragen van informatie van thuis uit is 7 dagen op 7 en 24 uur op 24 beschikbaar op het **telefoonnummer van DKV ASSISTANCE +32 2 230 31 32**. Alle informatie wordt uitsluitend telefonisch verstrekt en dit binnen een aanvaardbare termijn. De Verzekeraar kan in geen geval verantwoordelijk gesteld worden voor de verstrekte informatie, noch voor het gebruik dat de Verzekerden maken van de antwoorden van de informatiedienst.

Medische inlichtingen:

- de hygiënische en medische voorzorgsmaatregelen;
- de verplichte en aanbevolen inentingen;
- dichtstbijzijnde dokter of apotheker van wacht in de buurt van de Woonplaats van de Verzekerden;
- hulpdiensten (ziekenwagen, brandweer);
- hospitalen en ziekenhuizen;
- verhuuring van medisch materiaal;
- thuiszorg;
- revalidatiecentra;
- kuuroorden.

Algemene inlichtingen:

- de administratieve formaliteiten voor reizigers, voertuigen en huisdieren.

2.3. VOORBEREIDING VAN EEN ZIEKENHUISOPNAME IN HET BUITENLAND VOOR DE EXPATRIATES

Indien voor een Verzekerde-expatriate, die voor een langere periode in het 'Buitenland' verblijft, een hospitalisatie voorzien is, zal DKV ASSISTANCE deze opname in het ziekenhuis voorbereiden:

- inlichtingen betreffende de internationaal erkende ziekenhuizen;
- voorbereiding van de opname;
- regeling van directe betaling en cost-containment.

2.4. PLAATSELIJK VERVOER IN HET BUITENLAND

De Verzekeraar betaalt de kosten voor het plaatselijk vervoer in het 'Buitenland' naar het dichtstbijzijnde of door de geneesheer als meest geschikt geachte hospitaal of medisch centrum voor het ontvangen van de medische zorgen. Dit vervoer gebeurt per ziekenwagen of elk ander vervoermiddel dat geschikt geacht wordt door de behandelende geneesheer of een plaatselijke hiervoor bevoegde professionele inrichting.

¹ Tak 2

² Tak 18

2.5. REGELING VAN COMMUNICATIE TUSSEN ARTSEN

Op verzoek van de Verzekerde, organiseert DKV ASSISTANCE de communicatie tussen de behandelende arts in het 'Buitenland' en de huisarts.

2.6. VERZENDING VAN GENEESMIDDELEN, PROTHESEN OF BRILLEN

DKV ASSISTANCE organiseert en staat in voor het toesturen van geneesmiddelen, prothesen of brillen die noodzakelijk zijn voor een medische behandeling en die in het 'Buitenland' onvindbaar zijn. Hun aankoopprijs blijft ten laste van de Verzekerde tenzij dit valt onder de contractuele voorwaarden van een verzekering afgesloten bij DKV.

De verzending blijft onderworpen aan de plaatselijke wetgeving en aan de onmogelijkheid een soortgelijk geneesmiddel in het 'Buitenland' te vinden.

2.7. BEZOEK AAN EEN VERZEKERDE OPGENOMEN IN EEN BUITENLANDS ZIEKENHUIS

Indien de Verzekerde reeds langer dan 5 dagen in een 'Buitenlands' ziekenhuis verblijft, bezorgt DKV ASSISTANCE aan een familielid een vervoerbiljet vanuit zijn land van Woonplaats, naar gelang van de noodzaak, ofwel een treinbiljet (heen en terug) 1ste klasse, ofwel een vliegtuigbiljet (heen en terug) economy class.

De verblijfskosten van deze bezoeker in een hotel, zullen vergoed worden tot een bedrag van maximum €60 per dag (logies + ontbijt). De maximum tussenkomst wordt beperkt tot €120.

2.8. TOEPASSING VAN HET DERDEBETALERSYSTEEM VOOR DE ZIEKENHUISFACTUREN IN HET BUITENLAND

Indien een ziekenhuisverblijf in het 'Buitenland' reeds vóór een opname of binnen 24 uur na aanvang van de hospitalisatie wordt gemeld, staat DKV ASSISTANCE in voor een directe betaling van de ziekenhuisfactuur op naam van de Verzekerde.

2.9. REPATRIËRING BIJ ONGEVAL OF ZIEKTE

Wanneer de Verzekerde ten gevolge van een ongeval of een ernstige ziekte in het 'Buitenland' wordt opgenomen in een ziekenhuis of medisch wordt behandeld, dan moet DKV ASSISTANCE hiervan worden verwittigd binnen de 24 uur na aanvang van de hospitalisatie of medische behandeling.

Wanneer de geneesheer van DKV ASSISTANCE het nodig acht de Verzekerde naar het land van zijn Woonplaats over te brengen, zal DKV ASSISTANCE contact opnemen met de geneesheren om vast te stellen onder welke voorwaarden de patiënt kan worden gerepatriëerd.

DKV ASSISTANCE organiseert en staat in voor het vervoer per ziekenwagen (indien de afstand minder dan 1.000 km bedraagt), slaapwagen, trein in 1ste klasse, lijn- of chartervliegtuig, met of zonder medische begeleiding, of elk ander vervoermiddel dat geschikt geacht wordt door de geneesheer van DKV ASSISTANCE. Dit vervoer gebeurt, indien nodig, onder medisch of paramedisch toezicht uitgevoerd van de plaats van hospitalisatie in het 'Buitenland' naar de Woonplaats van de Verzekerde of naar een ziekenhuis, waar een bed werd gereserveerd, dicht bij de Woonplaats van de Verzekerde. DKV ASSISTANCE wijst alle aansprakelijkheid af voor de medische gevolgen die uit het transport van de Verzekerde kunnen voortvloeien.

DKV ASSISTANCE gaat steeds na of er reismiddelen zijn die oorspronkelijk voor het vervoer waren gepland, en behoudt zich het recht voor om deze in het kader van een repatriëring te kunnen gebruiken.

2.10. REPATRIËRING VAN ANDERE VERZEKERDEN

DKV ASSISTANCE organiseert en staat in voor de terugreis van andere Verzekerden die oorspronkelijk mee op reis waren en die de gerepatriëerde Verzekerde vergezellen naar zijn bestemming.

DKV ASSISTANCE gaat steeds na of er reismiddelen zijn die oorspronkelijk voor het vervoer waren gepland, en behoudt zich het recht voor om deze in het kader van een repatriëring te kunnen gebruiken.

2.11. TERUGKEER VAN DE KINDEREN

In geval van hospitalisatie in het 'Buitenland' van de Verzekerde (vader of moeder), organiseert en staat DKV ASSISTANCE in voor het zenden van een begeleider die zijn/haar kinderen jonger dan 18 jaar en die samen met de Verzekerde op reis zijn, zal repatriëren.

De verblijfskosten, in een hotel, van deze begeleider zullen vergoed worden tot een bedrag van €60 per dag (logies + ontbijt). De maximum tussenkomst is beperkt tot €120 per en per geval.

2.12. REPATRIËRING VAN HET STOFFELIJK OVERSCHOT

In geval van overlijden in het 'Buitenland' van de Verzekerde, organiseert en staat DKV ASSISTANCE in voor de repatriëring van het stoffelijk overschot naar het land van zijn Woonplaats, vanaf het hospitaal of het funerarium naar de plaats in het land van zijn Woonplaats aangeduid door de familie, alsook de kosten van balseming en de kosten voor de administratieve formaliteiten in het 'Buitenland'. De kosten voor de kist worden ten laste genomen tot een maximum van €750. De begrafenis- en ceremoniekosten in het land van zijn Woonplaats worden niet gedekt.

Indien de in het 'Buitenland' overleden Verzekerde, ter plaatse wordt begraven of verast, zal DKV ASSISTANCE tussenkomen ten bedrage van

maximum

€1.500 in de hierna gedefinieerde prestaties:

- de kosten voor het kisten en de balseming;
- de kosten voor de lijkst of de urne;
- de vervoerskosten ter plaatse van het stoffelijk overschot met uitsluiting van de ceremoniekosten, de begrafenis- en de verassing;
- de kosten voor repatriëring van de urne;
- een vervoerbewijs heen en terug om een kennis van de familie de mogelijkheid te bieden ter plaatse te gaan;
- de administratieve formaliteiten in het 'Buitenland'.

3. ALGEMENE BEPALINGEN

3.1. BEROEP DOEN OP DE PRESTATIES

DKV ASSISTANCE stelt haar internationale technische en medische bijstandorganisatie ter beschikking van de Verzekerden. Deze functioneert 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 en is gemakkelijk bereikbaar via het telefoonnummer +32 2 230 31 32.

Wanneer de Verzekerde ten gevolge van een ongeval of een ernstige ziekte in het 'Buitenland' wordt opgenomen in een ziekenhuis, dan moet DKV ASSISTANCE hiervan worden verwittigd binnen de 24 uur na aanvang van de hospitalisatie.

Alle briefwisseling zoals bedoeld door deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden moet worden geadresseerd aan de Verzekeraar, tenzij schriftelijk anders aangegeven door DKV ASSISTANCE.

3.2. BESCHERMING VAN HET PRIVÉLEVEN

DKV ASSISTANCE gebruikt de persoonsgegevens van de Verzekerden enkel in het kader van de hierboven vermelde dienstverlening en dit, in overeenstemming met de Belgische wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en de algemene verordening 2016/679 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

3.3. MEDISCHE EN PERSOONLIJKE GEGEVENS

De uitdrukkelijke toestemming van de Verzekerde in het kader van een DKV-Hospitalisatiepolis stelt de Verzekeraar, evenals DKV ASSISTANCE en de door DKV ASSISTANCE gemachtigde personen, in staat om de medische of persoonsgegevens te gebruiken, voor zover deze nodig zijn voor de uitvoering van de gewaarborgde prestaties.

Voor meer informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens, waaronder uw medische gegevens, alsook over uw gegevensrechten, gelieve de pagina "Privacy" op onze website www.dkv.be/privacy te raadplegen.

3.4. FRAUDULEUZE VERKLARING

Als de Verzekerde opzettelijk een frauduleuze verklaring aflegt of een frauduleuze aanvraag indient, bijvoorbeeld met betrekking tot de terug te betalen bedragen of de aanvragen tot tussenkomst, dan worden de waarborgen nietig verklaard en worden de eisen niet gehonoreerd.

3.5. SUBROGATIE

De Verzekerden doen afstand aan de Verzekeraar van hun rechten ten opzichte van de aansprakelijke derden in het kader van de dekking van de risico's die het voorwerp uitmaken van deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden.

3.6. TOEPASSELIJK RECHT EN RECHTSMACHT

In geval van geschillen met betrekking tot deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden zijn alleen de Belgische rechtbanken en Belgisch recht bevoegd.

3.7. KLACHTENBEHEER

Elke klacht m.b.t. dit verzekeringscontract of het beheer van een schadegeval kan gericht worden aan DKV Belgium N.V. - Quality Control, Loksumstraat 25, 1000 Brussel – (qualitycontrol@dkv.be). Zonder afbreuk te doen aan de mogelijkheid voor de Verzekeringnemer een gerechtelijke procedure aan te spannen, kan deze zich richten tot de Ombudsdienst der Verzekeringen, de Meeûsquare 35, 1000 Brussel – (www.ombudsman.as, +32 (0) 2 547 58 71, info@ombudsman.as)

4. UITSLUITINGEN EN UITZONDERLIJKE OMSTANDIGHEDEN

De gewaarborgde prestaties in het 'Buitenland', voorzien in deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden, kunnen niet worden toegekend in de volgende omstandigheden:

4.1. UITSLUITINGEN

- alle lichamelijke letsels of ziektes die niet vastgesteld en gediagnosticeerd werden door een geneesheer;
- alle ongevallen of ziektes die bestonden op het ogenblik van het onderschrijven van dit contract of van het vertrek naar het land van verblijf, en hun gevolgen. Een niet te voorzien recidief of een niet te voorzien complicatie zijn wel gedekt, indien de ziekte stabiel was en er geen therapie werd ingesteld of aangepast gedurende de zes maanden voor het onderschrijven van dit contract of voor het vertrek naar het land van verblijf;

- depressieve toestanden, geestesziekten, psychische, psychosomatische of zenuwstoornissen behalve indien het gaat over een eerste manifestatie;
- beoefening van gevaarlijke sporten (zoals niet limitatief opgesomd: bobslee, berg- en rotsbeklimming, autowedstrijden, snelheidswedstrijden, raids in het algemeen, rafting, kanoën, benjispringen, skispringen, skiën buiten de skipistes, deltavliegen, parapente en parachutespringen in het algemeen);
- repatriëring van Verzekerden met lichte verwondingen of ziekte, die ter plaatse kunnen worden behandeld en die deze personen niet verhinderen om hun verblijf in het 'Buitenland' voort te zetten;
- onkosten voor kuren, massages, fysiotherapie en inenting;
- de zwangerschap van meer dan 28 weken voor vliegreizen, met uitzondering van deze waarvoor een schriftelijke goedkeuring werd verleend door de (behandelende) gynaecoloog en bevestigd door de geneesheer van de betrokken luchtvaartmaatschappij (en dit met het oog op het welzijn van de moeder en het ongeboren kind);
- kosten voor bril, contactlenzen, medische apparaten en prothesen in het algemeen;
- behandelingen die niet door het Belgische RIZIV worden vergoed, tenzij dit valt onder de contractuele voorwaarden van de ziektekostenverzekering die de Verzekerde heeft bij DKV;
- medische onkosten in het land van de Woonplaats, zelfs indien ze voortvloeien uit een ziekte of ongeval, opgelopen in het 'Buitenland';
- misdad, poging tot misdad of misdrijf, zelfmoord, zelfmoordpoging, en alle opzettelijke daden gesteld door de Verzekerde;
- de kosten voor een medische check-up;
- esthetische en homeopathische behandelingen, alsook behandelingen inzake dieet en acupunctuur;
- geregeld terugkerende controle- en observatieonderzoeken.

4.2. UITZONDERLIJKE OMSTANDIGHEDEN

- bij gevallen die plaatsvonden buiten de Geldigheidsperiode;
- in geval van dronkenschap, strafbare intoxicatie of andere soortgelijke toestand dat het gevolg is van andere producten dan alcoholische dranken, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen één van deze toestanden en de behoefte aan bijstand;
- in geval van het gebruik van doping, het overmatig gebruik van geneesmiddelen (tenzij op medisch voorschrift), het gebruik van geneesmiddelen dat niet conform is met de indicaties van de wetenschappelijke bijsluiter (tenzij de Verzekeraar de dekking ervan uitdrukkelijk en schriftelijk heeft aanvaard);
- bij gebruik van wapens ;
- bij deelname aan weddenschappen of vechtpartijen, behalve in geval van wettige en erkende zelfverdediging;
- bij elke prestatie die geweigerd wordt door de Verzekerde, of die niet door DKV ASSISTANCE georganiseerd of toegestaan wordt;
- bij elke gebeurtenis die zich na de eerste drie maanden verblijf in het 'Buitenland' voordoet;
- bij alle schade die rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeit uit activiteiten van luchtvaart, in andere omstandigheden dan als betalend passagier van een meermotorig toestel voor personenvervoer dat daarvoor is ontworpen en daartoe een vergunning heeft;
- bij alle schade die rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg is van opzettelijke, kwaadwillige en onrechtmatige daden;
- bij alle kosten die niet uitdrukkelijk worden voorzien in huidige bepalingen en voorwaarden;
- bij alle opsporings- en bergingskosten tot op het moment van een plaatselijk vervoer.

DKV ASSISTANCE, noch de Verzekeraar, zijn verantwoordelijk voor schade, vertragingen, gebreken of belemmeringen die zich kunnen voordoen bij de uitvoering van de prestaties als deze ontstaan zonder toedoen van of niet te wijten zijn aan DKV ASSISTANCE of als deze het gevolg zijn van overmacht, zoals oorlog, burgeroorlog, vijandelijke inval, acties van vijandige buitenlandse machten, vijandigheden (onafgezien van het feit of er al dan niet een oorlogsverklaring geweest is), confiscatie, nationalisatie, staking, oproer, terrorisme, sabotage, krijgswet, vordering, verzakking of verschuiving van terreinen, overstroming of elke andere natuurramp.

Hetzelfde geldt voor elke schade die rechtstreeks of onrechtstreeks een gevolg zou zijn van, of geheel of gedeeltelijk veroorzaakt zou worden door een ioniserende straling of een radioactieve besmetting ingevolge nucleaire brandstof of afval van de verbranding van een nucleaire brandstof of de toxische radioactieve explosie of elke onzekere eigenschap van een explosieve nucleaire samenstelling of één van de componenten daarvan.