

TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN PLAN TANDZORG

EDITIE 01/2019

Deze Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V.)

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

1. Definities

- 1.1. Tandheeskundige:
De natuurlijke persoon die tegelijk:
 - beschikt over één van volgende bekwaamheden binnen de perken van de door de wettelijke diploma's en beroepstitels verleende prerogatieven:
 - houder van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts;
 - houder van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de orthodontie;
 - houder van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de parodontologie;
 - geneesheer-specialist in de stomatologie en mond-, kaak- en aangezichtschirurgie;
 - geneesheer, houder van het diploma van tandarts of licentiaat in de tandheeskunde;
 - geregistreerd is bij een Provinciale Geneeskundige Commissie;
 - beschikt over een RIZIV-erkenningnummer en verstrekkingen mag attesteren vermeld in artikel 5 en 6 van de RIZIV-nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.
- 1.2. Ambulante verstrekking:
Een verstrekking aan een niet ter verpleging opgenomen verzekerde persoon en waarvoor de verpleeginstelling geen ligdag(en) kan aanrekenen.
Een verstrekking in het kader van een daghospitalisatie is niet gedekt door het plan Tandzorg.
- 1.3. Tandheeskundige behandeling:
Diagnose en behandeling van ziekten, malfuncties en traumata van de tanden en het parodontium. De tandheeskundige behandeling omvat conserverende, orthodontische, parodontale en prothetische behandelingen. Een tandheeskundige behandeling kan één of meerdere verstrekkingen omvatten.
 - 1.3.1. Orthodontische behandeling:
diagnose en behandeling van malocclusies en andere dento-faciale anomalieën.
 - 1.3.2. Parodontale behandeling:
diagnose en behandeling van ziekten van het parodontium. Het parodontium omvat de processus alveolaris, het ligamentum parodontalis, het cementum en de gingiva.
 - 1.3.3. Prothetische behandeling:
functionele rehabilitatie van het kauwproces door een vervanging van ontbrekende of beschadigde tanden door middel van een tandprothese.
 - 1.3.3.1. Tandprothese: kunstmatige vervanging van één of meerdere natuurlijke tanden.
 - 1.3.3.2. Uitneembare prothese: door de verzekerde persoon zelf uit de mond verwijderbare tandprothese.
 - 1.3.3.3. Vaste prothese: niet door de verzekerde persoon zelf uit de mond verwijderbare tandprothese.
Bijvoorbeeld kroon- en brugwerk, inlay en onlay.
 - 1.3.3.4. Tandimplantaat: prothetisch element aangebracht in de alveolaire kam met het oog op de fixatie van een vaste of uitneembare tandprothese.
- 1.4. Esthetische behandeling:
Tandheeskundige behandeling met een esthetisch karakter.
Voorbeelden van een esthetische behandeling: het bleken van de tanden (bleaching) of het aanbrengen van facetten (niet-limitatieve opsomming).
- 1.5. Ontbrekende tanden:
Tanden die afwezig zijn of tanden die volledig vervangen zijn door een uitneembare of vaste tandprothese. Een tand die het voorwerp is geweest van een wortelamputatie en een tand waarvan alleen nog tandwortels of tandwortelresten aanwezig zijn, worden ook beschouwd als ontbrekende tanden.
- 1.6. Kaak:
Mandibula (onderkaak) en maxilla (bovenkaak)

2. Verzekeringsplan (cf. art. 5 A.V.V.)

Het verzekeringsplan is het Plan Tandzorg. De verzekeraar vergoedt de werkelijk betaalde kosten van de gewaarborgde verstrekkingen overeenkomstig de voorwaarden bedongen in de T.V.V.

3. Verzekeringsgeval volgens het plan Tandzorg (cf. art. 6 A.V.V.)

- 3.1. Het verzekeringsgeval wordt gevormd door de tandheeskundige behandeling. Het verzekeringsgeval vangt aan met het instellen van de tandheeskundige behandeling en eindigt wanneer er geen noodzaak tot behandeling meer is.
- 3.2. Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval, de verstrekkingen die:
 - 3.2.1. een diagnostisch en/of curatief karakter hebben;
 - 3.2.2. op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn;
 - 3.2.3. medisch noodzakelijk zijn;
 - 3.2.4. verstrekt worden door een tandheeskundige;
 - 3.2.5. ambulantly zijn;
 - 3.2.6. uitgevoerd worden tijdens de duur van het verzekeringsgeval.
- 3.3. Terugbetaling door de verzekeraar van de kosten van tandheeskundige behandelingen volgens volgende cumulatieve voorwaarden:
 - 3.3.1. de kosten van tandheeskundige behandelingen worden terugbetaald tegen 80% per verzekeringsgeval. Indien er door de verzekerde persoon gedurende het verzekeringsjaar voorafgaand aan de datum van de verstrekking geen raadpleging bij een tandheeskundige heeft plaatsgevonden, worden de kosten van tandheeskundige behandelingen van die verzekerde persoon terugbetaald tegen 50% per verzekeringsgeval.
 - 3.3.2. per verzekerde persoon en per verzekeringsjaar is het totaal van alle terugbetaalde kosten van verstrekkingen, uitgevoerd in datzelfde verzekeringsjaar, beperkt tot een bedrag van:
 - 3.3.2.1. € 1 048,66 voor het eerste verzekeringsjaar;
 - 3.3.2.2. € 2 097,31 voor het tweede verzekeringsjaar;
 - 3.3.2.3. € 3 670,29 voor het derde verzekeringsjaar;
 - 3.3.2.4. € 5 243,26 vanaf het vierde verzekeringsjaar.
 Bovendien wordt de terugbetaling van de kosten van orthodontische behandelingen beperkt tot een bedrag van € 1 048,66 per verzekerde persoon en per verzekeringsjaar met een maximumbedrag van € 5 243,26 per verzekerde persoon voor de volledige duur van de verzekeringsovereenkomst. De terugbetaling van de kosten van parodontale behandelingen wordt beperkt tot een bedrag van € 1 048,66 per verzekerde persoon en per verzekeringsjaar met een maximumbedrag van € 5 243,26 per verzekerde persoon voor de volledige duur van de verzekeringsovereenkomst.
De terugbetaling van de kosten van orthodontische en parodontale behandelingen is begrepen in de bedragen vermeld in punt 3.3.2 van deze T.V.V.
- 3.4. Orthodontische behandeling:
Terugbetaling van de kosten van orthodontische behandelingen kan slechts gebeuren voor zover het behandelingsplan, opgesteld door een tandheeskundige, voorafgaandelijk aan de verzekeraar is voorgelegd en door de verzekeraar schriftelijk is goedgekeurd.
- 3.5. Parodontale behandeling:
Terugbetaling van de kosten van parodontale behandelingen kan slechts gebeuren voor zover het behandelingsplan, opgesteld door een tandheeskundige, voorafgaandelijk aan de verzekeraar is voorgelegd en door de verzekeraar schriftelijk is goedgekeurd.
- 3.6. Prothetische behandeling:
 - 3.6.1. Terugbetaling van de kosten van prothetische behandelingen (bijvoorbeeld tandimplantaten, kroon- en brugwerk, inlay, onlay) kan slechts gebeuren voor zover het behandelingsplan, opgesteld door een tandheeskundige, vooraf aan de verzekeraar is voorgelegd en door de verzekeraar schriftelijk is goedgekeurd.
 - 3.6.2. De verzekeraar vergoedt geen vaste prothesen (inclusief tandimplantaten) -noch solitair noch in het kader van brugwerk- voor tanden die ontbreken op het ogenblik van het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst.
 - 3.6.3. In geval van een volledige vaste prothese komt de verzekeraar tussen voor maximaal 6 tandimplantaten per kaak.
 - 3.6.4. In geval van een volledige uitneembare prothese komt de verzekeraar tussen voor maximaal 4 tandimplantaten per kaak.
 - 3.6.5. De tussenkomst van de verzekeraar voor prothetische behandelingen is beperkt tot 14 tanden per kaak.
 - 3.6.6. De verzekeraar komt niet tussen voor prothetische behandelingen (inclusief tandimplantaten) van verstandskiezen.
- 3.7. Alvorens aanspraak te kunnen maken op een tussenkomst vanwege de verzekeraar, dient de verzekerde persoon eerst zijn/haar aanspraak te laten gelden op alle mogelijke tussenkomsten vanwege de verplichte ziektekostenverzekering en/of op alle mogelijke statutaire en/of welke andere tussenkomsten ook vanwege een ziekenfonds. De verzekeraar komt pas tussen na de tussenkomst van de verplichte ziektekostenverzekering en/of na de statutaire en/of welke andere tussenkomst ook van het ziekenfonds.

Indien er geen tussenkomst is vanwege de verplichte ziektekostenverzekering en/of geen statutaire en/of andere tussenkomst is vanwege het ziekenfonds, blijven de terugbetalingspercentages bepaald in punt 3.3 van deze T.V.V. behouden.

- 3.8. In geval de tussenkomst vanwege de verplichte ziektekostenverzekering of de statutaire of welke andere tussenkomsten ook vanwege het ziekenfonds onderworpen is aan een hernieuwingstermijn of een beperking van de frequentie van de verstrekking, dan geldt dezelfde hernieuwingstermijn of beperking van de frequentie van de verstrekking voor de tussenkomst van de verzekeraar.
- 3.9. De tussenkomst van de verzekeraar is beperkt tot de in de praktijk van de betrokken tandheekkundige gangbare tarieven. Indien bij herhaling wordt vastgesteld dat een tandheekkundige hogere tarieven aanrekent aan een verzekerde persoon dan de tarieven die gangbaar zijn in zijn/haar praktijk, kan de verzekeraar kenbaar maken geen tussenkomst meer te verlenen voor verstrekkingen uitgevoerd door deze tandheekkundige en dit zolang hij/zij deze hogere tarieven aanrekent.

4. Uitsluitingen van de verzekeringswaarborg (in aanvulling op de uitsluitingen vermeld in art. 23 A.V.V.)

De verzekeringswaarborg omvat niet de hierna genoemde verzekeringsgevallen, noch alle gevolgen ervan:

- 4.1. tandheekkundige behandelingen, uitgevoerd buiten de grenzen van België;
- 4.2. orthodontische behandelingen, uitgevoerd na de leeftijd van 40 jaar;
- 4.3. parodontale behandelingen, uitgevoerd na de leeftijd van 65 jaar;
- 4.4. esthetische behandelingen;
- 4.5. osteotomieën van boven- en onderkaak.

5. Wachtijd (cf. art. 11 A.V.V.)

De wachttijd bedraagt: 12 maanden voor parodontale behandelingen en 36 maanden voor orthodontische behandelingen. Orthodontische en parodontale behandelingen waarvan de uitvoering van het behandelingsplan is gestart tijdens of voorafgaand aan de wachttijd, zijn -ook na het verstrijken van de wachttijd- uitgesloten van de verzekeringswaarborg. Voor andere tandheekkundige behandelingen is er geen wachttijd.

Indien de verzekeringswaarborg begint vanaf de geboorte voor de pasgeborene, is er geen wachttijd.

6. Verzekeraarbaarheid (cf. art. 16 en 17 A.V.V.)

Zijn verzekeraar volgens het plan Tandzorg de personen die tegelijk:

- 6.1. de leeftijd van 70 jaar niet bereikt hebben,
- 6.2. hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben,
- 6.3. onder de toepassing vallen van de Belgische verplichte ziektekostenverzekering en de Belgische ziekenfondsen,
- 6.4. aanvaard zijn op basis van medische en verzekeringstechnische criteria.

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. De premie (cf. art. 15, 48.1 en 48.2 A.V.V.)

- 7.1. De instapleeftijd wordt berekend door van het lopende jaar het geboortjaar af te trekken.
- 7.2. Bij de aansluiting tot de verzekering wordt de premie berekend volgens de instapleeftijd.
- 7.3. Bovendien kunnen, zoals bepaald in de artikels 48.1 tot 56 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).

ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (A.V.V.)

VAN TOEPASSING OP MEDISCHE KOSTEN (PLANNEN: A, S, O, Z, IS, IS+, ZWARE ZIEKTEN, IS2000, CLINIBUDGET, CLINICOMFORT, HORIZON (doelplan IS2000), IA, IA+, A2, A2+, A5, A5+, A9, A9+, H, H+, DKV SMILE, TANDZORG) EN DAGELIJKSE VERGOEDING BIJ HOSPITALISATIE

EDITIE 12/2022

INHOUD

DEFINITIES	Artikels 1-15
VERZEKERBAARHEID	Artikels 16-17
VERZEKERINGSCONTRACT, -PLAN EN -WAARBORG	
- Afsluiting van het verzekeringscontract	Artikel 18
- Duur van het verzekeringscontract	Artikel 19
- Einde van het verzekeringscontract	Artikel 20
- Voortzettingrecht van het verzekeringscontract	Artikel 21
- Begin van de verzekeringswaarborg	Artikel 22
- Uitsluitingen van de verzekeringswaarborg	Artikel 23
- Einde van het verzekeringsplan	Artikel 24
- Territorialiteit van de verzekeringswaarborg	Artikel 25
- Einde van de verzekeringswaarborg	Artikel 26
RECHT OP UITKERING	Artikels 27-28
VERZEKERINGSGEVAL	Artikels 29-37
VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER EN VAN DE VERZEKERDE PERSOON	Artikels 38-39
DE PREMIE	Artikels 40-46
AANPASSING VAN DE PREMIE, DE VRIJSTELLING, DE PRESTATIES EN VAN DE ALGEMENE EN TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN	Artikels 47-56
VERKLARINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER, VAN DE VERZEKERDE PERSOON EN VAN DE VERZEKERAAR	Artikels 57-58
DEKKING IN GEVAL VAN TERRORISME	Artikel 59
EINDBEPALINGEN	Artikels 60-62

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 GEBRUIKELIJKE 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 PERSOON

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.

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 persoon veroorzaakt waarvan de oorzaak of één der oorzaken buiten diens organisme ligt.

10. VERPLEEGINSTELLING

Elke instelling voor gezondheidszorgen, bestemd voor personen waarvan de gezondheidstoestand het verblijf in de instelling vereist, evenals een curatieve en/of diagnostische behandeling die een observatie, een toezicht en een opvolging vereist die enkel in de instelling mogelijk zijn. Worden niet beschouwd als verpleeginstelling; de gesloten psychiatrische inrichting, de medischpedagogische inrichting, het rusthuis, het rust- en verzorgingstehuis, het kuuren herstellingsoord.

10.1. VERPLEEGHOTEL

Elke verblijfinstelling gericht op de huisvesting van personen waarvan de gezondheidstoestand een verblijf in de instelling vereist, evenals een curatieve en/of diagnostische behandeling die een observatie, een toezicht en een opvolging vereist die enkel in de instelling mogelijk zijn. Wordt enkel gelijkgesteld met een verpleeginstelling: het verpleeghotel waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft afgesloten.

10.2. PALLIATIEVE INSTELLING

Elke verblijfinstelling gericht op de huisvesting van personen waarvan de gezondheidstoestand een verblijf in de instelling vereist, evenals een palliatieve behandeling die een observatie, een toezicht en een opvolging vereist die enkel in de instelling mogelijk zijn. Wordt enkel gelijkgesteld met een verpleeginstelling: de palliatieve instelling waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft afgesloten.

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. KARENTIE

De periode tijdens dewelke de verzekeraar geen prestaties verschuldigd is en die aanvangt met de begindatum van het verzekeringsgeval.

13. VRIJSTELLING

Het gedeelte van de gedekte kosten dat ten laste blijft van de verzekerde persoon en waarmee de tussenkomst van de verzekeraar wordt verminderd.

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 verzekeringcontract.

VERZEKERBAARHEID

16. Zijn verzekeraar, de natuurlijke personen die beantwoorden aan alle verzekeraarvoorwaarden zoals bepaald in de Tarifaire Verzekeringvoorwaarden (T.V.V.).

17. De verzekeraar kan personen die een verhoogd risico uitmaken verzekeren aan bijzondere voorwaarden.

VERZEKERINGSCONTRACT, -PLAN EN -WAARBORG

18. 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.

19. DUUR VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringcontract wordt levenslang afgesloten, behoudens anders bedongen in de polis op verzoek van de verzekeringnemer.

20. EINDE VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringcontract eindigt met:

- 20.1. 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;
- 20.2. opzegging door de verzekeringnemer binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een aanpassing van de premie, van de Algemene en/of Tarifaire Verzekeringvoorwaarden, die tenminste 4 maanden voor de jaarlijkse vervaldatum van het lopende verzekeringcontract is gebeurd. De beëindiging treedt in voege op de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringcontract;
- 20.3. 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 dag na de mededeling of volgend op de datum van ontvangst of, in het geval van een aangetekend schrijven, volgend op de dag na de levering aan de post
- 20.4. 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 persoon;
- 20.5. 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.
- 20.6. 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 onderschreven verzekeringplannen voor één of meerdere verzekerde personen.

21. INDIVIDUEEL VOORTZETTINGSRECHT VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

21.1. De verzekeringnemer brengt de verzekeraar, schriftelijk of elektronisch, op de hoogte van het tijdstip waarop een verzekerde

persoon 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.

- 21.2. De verzekeraar doet de verzekerde persoon binnen de 30 dagen een aanbod tot voortzetting van het verzekeringcontract;
- 21.3. De verzekerde persoon beschikt over een termijn van 60 dagen, vanaf het ogenblik van ontvangst van het verzekeringaanbod 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.
- 21.4. Indien de verzekerde persoon binnen de 60 dagen het verzekeringaanbod aanvaardt, wordt het verzekeringcontract ononderbroken en zonder risicobeoordeling voortgezet met ingang vanaf de eerste dag volgend op het einde van het verzekeringplan.
- 21.5. Het voortzettingsrecht is niet van toepassing indien het verzekeringcontract eindigt overeenkomstig artikel 20.1 t.e.m. 20.6 behoudens voorafgaandelijk akkoord van de verzekeraar.

22. BEGIN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaARBORG begint op de begindatum van het verzekeringplan bepaald in de polis, voor zover de wachttijden verstreken zijn en na afsluiting van het verzekeringcontract.

23. UITSLUITINGEN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

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

- 23.1. 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 verzekeringplan 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);
- 23.2. een ziekte of een ongeval voortvloeiend uit een burgeroorlog of andere oorlog, uit oproer, collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong, indien is aangetoond dat de verzekerde persoon er actief heeft aan deelgenomen;
- 23.3. een opzettelijke of roekeloze daad van de verzekerde persoon, 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;
- 23.4. een poging tot zelfdoding en zelfdoding;
- 23.5. 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 persoon 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;
- 23.6. een vaccinatie, een sterilisatie, een contraceptie, medisch begeleide voortplanting, een esthetische behandeling behalve reconstructieve plastische heelkunde op voorwaarde dat het prijsbestek voorafgaandelijk is goedgekeurd door de verzekeraar;
- 23.7. 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;
- 23.8. een verblijf in een kuur-, bad-, gezondheids- en herstellingsoord, alsook in elke andere dienst of instelling maar met het doel eender welke kuur te volgen, zelfs indien het verblijf medisch is voorgeschreven;

23.9. een psychotherapeutische behandeling.

24. EINDE VAN HET VERZEKERINGSPLAN

Het verzekeringsplan eindigt:

- 24.1. voor alle verzekerde personen bij het einde van het verzekeringscontract;
- 24.2. voor de verzekerde personen waarop de beschreven omstandigheid van toepassing is:
 - 24.2.1. bij overlijden;
 - 24.2.2. bij het uittreden uit het verzekeringscontract;
 - 24.2.3. 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 artikels 38 en 39, indien dit een nadeel inhoudt voor de verzekeraar;
 - wordt het verzekeringscontract opgezegd in geval van schriftvervalsing of oplichterij.
 - 24.2.4. (opgeheven artikel);
 - 24.2.5. 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.

25. TERRITORIALITEIT VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaarborg is wereldwijd geldig, behoudens afwijking voorzien in de polis of op een andere wijze.

26. 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

27. De verzekeraar, de verzekeringnemer en de verzekerde persoon 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.

28. 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

29. Elk verzekeringsgeval moet aan de verzekeraar schriftelijk of elektronisch worden gemeld, door middel van het daartoe bestemde aangifteformulier en binnen de daarop vastgestelde termijn.
30. 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.
31. De verzekerde persoon heeft jegens de verzekeraar een eigen recht

op de verzekeringsprestaties zoals bepaald in de polis.

32. De verzekeringsprestaties worden geregeld met de begunstigde van het verzekeringscontract.
33. 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.
34. De onkostennota's worden eigendom van de verzekeraar bij de ontvangst ervan.
35. 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.
36. Kan de verzekerde persoon aanspraak maken op herstel van schade, dan treedt de verzekeraar in de rechten van de verzekerde persoon in de mate van zijn prestaties.
37. 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 PERSOON

38. De verzekeringnemer, de verzekerde persoon of de door hem gemandateerde persoon zijn ertoe gehouden:
 - 38.1. verklaringen en aangiften schriftelijk of elektronisch in te dienen bij de verzekeraar;
 - 38.2. 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 persoon;
 - bij ieder verblijf van meer dan 90 opeenvolgende dagen in het buitenland in hoofde van de verzekerde persoon;
 - bij elke wijziging van het sociale zekerheidsstatuut waardoor de verzekerde persoon niet meer onderworpen is aan de Belgische sociale zekerheid en er niet meer van kan genieten.
 - 38.3. de verzekeraar onverwijld in te lichten over het bestaan van een overeenkomst die eenzelfde of een gelijkaardig risico geheel of gedeeltelijk dekt;
 - 38.4. de verzekeraar of de door hem gemandateerde persoon alle inlichtingen te verstrekken voor het vaststellen van het recht op uitkering overeenkomstig artikel 27.
 - 38.5. 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)
 - 38.6. De overeenkomst te goeder trouw uit te voeren en de gevolgen van het verzekeringsgeval te beperken.
39. 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 opzettelijk werd begaan, of het verzekeringsgeval weigeren, indien de nalatigheid opzettelijk werd begaan.

DE PREMIE

40. De verzekeringnemer is de premie verschuldigd berekend op basis van de volgende modaliteiten:
 - 40.1. bij de aansluiting tot de verzekering wordt de premie berekend volgens de leeftijd die bekomen wordt door van het lopend jaar

het geboortjaar af te trekken, en volgens de woonplaats of de vaste en gebruikelijke verblijfplaats, indien deze niet samenvalt met de woonplaats. Waar van toepassing, is de premietabel beschikbaar in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, waar deze integraal deel van uitmaakt.

- 40.2. tijdens de duur van het contract wordt de premie berekend volgens de leeftijdscategorie die volgt op deze van 0 tot 19 jaar vanaf de jaarlijkse vervaldatum die volgt op de 19e verjaardag, en volgens de woonplaats of de vaste en gebruikelijke verblijfplaats, indien deze niet samenvalt met de woonplaats, vanaf de maand die volgt op de verlegging ervan. De verzekeringnemer beschikt niet over het recht zijn verzekeringscontract op te zeggen, conform artikel 20.2. of 20.3.
41. De verzekeringnemer is de jaarpremie verschuldigd aan de verzekeraar op de jaarlijkse vervaldatum.
42. 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.
43. 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.
44. De premie is niet vrijgesteld na het ontstaan van en tijdens het verzekeringsgeval, behoudens afwijking in de polis voorzien.
45. 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.
46. 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

47. 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.
- 48.1. 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.
- 48.2. 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 overschrijdt, 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.
49. De aanpassingen, bepaald in de artikels 48.1 en 48.2, 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 20.2. of 20.3.
50. 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 toezichhoudende overheden een aanpassing van de premie en/of van de waarborg opleggen.
De premieaanpassing opgelegd door de toezichhoudende 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 toezichhoudende overheden en zal toegepast worden op de jaarlijkse vervaldatum van de lopende verzekeringscontracten.

51. De aanpassingen, zoals bepaald in art. 48.1. t.e.m. 50, dienen in overeenstemming te zijn met de wettelijke bepalingen en dienen, indien nodig, ter goedkeuring aan de toezichhoudende autoriteiten te worden voorgelegd.
52. Bij wijziging van het sociale zekerheidsstatuut, dient de verzekerde persoon de verzekeraar hiervan binnen de 30 dagen schriftelijk of elektronisch te informeren. De verzekeraar mag vanaf het ogenblik van wijziging de premie en de bijzondere voorwaarden op redelijke en evenredige wijze aanpassen.
53. De aanpassing, bepaald in artikel 50, 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 artikels 20.2. of 20.3.
54. Indien de verzekeringnemer zijn verzekeringscontract niet opzegt conform artikel 20.2. of 20.3. zal de aanpassing van de premie worden toegepast op de lopende verzekeringscontracten vanaf de volgende jaarlijkse vervaldatum.
55. Indien de verzekeringnemer zijn verzekeringscontract niet opzegt, conform artikel 20.2 of 20.3, 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
56. Zijn niet onderworpen aan de vorige bepalingen, de wijzigingen opgelegd bij wet of bij elke andere regelgevende bepaling van openbare orde of van dwingende 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 VERZEKERING-NEMER, VAN DE VERZEKERDE PERSOON EN VAN DE VERZEKERAAR

57. De verzekeringnemer en de verzekerde persoon verklaren:
 - 57.1. 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.
 - 57.2. kennis te hebben dat aangaande de medische gegevens, de verzekerde persoon 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.
 - 57.3. 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.
58. De verzekeraar verklaart dat de persoonsgebonden en medische gegevens:
 - 58.1. 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.
 - 58.2. slechts worden verzameld, verwerkt en gebruikt om de vermelde

doelstellingen te realiseren en dat, in verhouding met deze doelstellingen.

DEKKING IN GEVAL VAN TERRORISME

59. 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

60. Het Belgisch recht is van toepassing op dit verzekeringscontract.
61. 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)
62. De van kracht zijnde Algemene en/of Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden kunnen op www.dkv.be worden geraadpleegd.