

# TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (T.V.V.) DKV PREMIUM PRO

EDITIE 08.2022

**De Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V.)**

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

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

Het verzekeringsplan is DKV Premium PRO.

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

### 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 een 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 pijn1, 2 of 3' of
- een 'forfait manipulatie poortkatheter' of
- een 'dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/of toediening van een 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 pre- en posthospitalisatieperiode

Tenzij anders bepaald in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden (B.V.V.), vangt het verzekeringsgeval aan 30 dagen voor de opname in het ziekenhuis (= prehospitalisatieperiode) en eindigt 90 dagen na het verlaten van het ziekenhuis (= posthospitalisatieperiode), maar ten laatste bij het begin van een nieuw verzekeringsgeval.

### 2.3. Ambulante behandeling 'Zware Ziekten'

Het verzekeringsgeval wordt eveneens gevormd door de ambulante medische behandeling van de hierna vermelde zware ziekten, tenzij anders bepaald in de B.V.V. : 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, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encefalitis, tetanus, virale hepatitis, malaria, vlektyfus, tyfus, paratyfus, difterie, cholera, miltvuur, mucoviscidose, nieraandoening die 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.

### 2.4. Het verzekeringsgeval wordt eveneens gevormd door een medisch begeleide voortplanting volgens de voorwaarden omschreven in artikel 4.3.

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

## 3. VERGOEDINGSCRITERIA

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

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

## 4. GEDEKTE KOSTEN

- 4.1. Ziekenhuisopname  
Worden terugbetaald aan 100%, per verzekeringsgeval omschreven onder artikel 2.1., na de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds:
- 4.1.1. de verblijfskosten;
  - 4.1.2. de verblijfs- en logementskosten van één van de ouders in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind, voor zover de ouder verzekerd is bij de verzekeraar en voor zover het kind de leeftijd van 18 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 (zie artikel 8.6.);
  - 4.1.7. de chirurgiekosten;
  - 4.1.8. de verdovingskosten;
  - 4.1.9. de kosten voor het gebruik van de operatiekamer, de arbeidskamer en de gipskamer;
  - 4.1.10. de kosten van medische protheses (zie artikels 8.3. en 8.6.);
  - 4.1.11. de kosten van kunstledematen (zie artikel 8.6.);
  - 4.1.12. de vervoerskosten per ziekenwagen in België van en naar het ziekenhuis en de overbrenging naar een ander ziekenhuis;
  - 4.1.13. de vervoerskosten 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 vervoersmiddel gebruikt kan worden;
  - 4.1.14. de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;
  - 4.1.15. de kosten van kraamhulp na de bevalling, binnen de grenzen opgenomen in een tussen de kraamzorginstelling en de verzekeraar afgesloten overeenkomst. Het betreft de door deze instelling gefactureerde kosten voor de zorgen die thuis verstrekt worden door de bevoegde kraamverzorger aan de moeder, de pasgeborene en het gezin;
  - 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;
- Indien de wettelijke ziekteverzekering op geen enkele post van de ziekenhuisfactuur tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsgeval herleid met 50% na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.
- 4.2. Ambulante behandeling in de pre- en posthospitalisatieperiode en in het kader van de verzekeringswaarborg 'Zware Ziekten'  
Worden terugbetaald aan 100%, per verzekeringsgeval omschreven onder artikels 2.2. en 2.3., na de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds, voor zover ze in rechtstreeks verband staan met de oorzaak van de behandeling in het ziekenhuis en gemaakt zijn tijdens de pre- en posthospitalisatieperiode of voor zover zij in rechtstreeks verband staan met de behandeling van de gediagnosticeerde zware ziekte, zoals opgesomd onder artikel 2.3.:
- 4.2.1. de kosten van medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging;
  - 4.2.2. de kosten van homeopathische behandeling, de kosten van acupunctuur-, osteopathie- en chiropraxiebehandeling;
  - 4.2.3. de kosten van paramedische prestaties voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: de verpleegkundige zorgen, kinesitherapie en fysiotherapie;
  - 4.2.4. de kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: brilglazen of contactlenzen (en bij vervanging op voorwaarde dat de dioptrie met minstens 0,5 is gewijzigd), hoorapparaten, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaat, spalken en krukken (zie artikel 8.6.);
  - 4.2.5. de kosten van medische protheses (zie artikels 8.3. en 8.6.);
  - 4.2.6. de kosten van een pruik in het kader van een oncologische behandeling met een maximum van € 1 250 op voorwaarde dat de wettelijke ziekteverzekering tussenkomt;
  - 4.2.7. de kosten van kunstledematen (zie artikel 8.6.);
  - 4.2.8. de kosten van allopathische en homeopathische geneesmiddelen, van verband- en medisch materiaal, indien voorgeschreven door een arts, met uitsluiting van voedingsmiddelen, voedingssupplementen, vitamines en mineralen, 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 herleid met 50% na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst ook van het ziekenfonds.

- 4.3. Medisch Begeleide Voortplanting.  
Zijn per verzekeringsgeval zoals omschreven in artikel 2.4. voor 100% gedekt en vergoed, na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering en/of ziekenfonds, voor zover zij door de verzekerde persoon zijn gemaakt en rechtstreeks verband houden met medisch begeleide voortplanting, de kosten van een medisch begeleide voortplantingsbehandeling, tot een maximum van 2.000 euro per verzekerde persoon en per verzekeringsjaar.

Dit bedrag omvat zowel de medische kosten van de hospitalisatie als van de ambulante behandelingen.

In geval van een ambulante behandeling wordt de datum van de embryotransfer (het terugplaatsen van een embryo in de baarmoeder na in-vitrofertilisatie) of de datum van de intra-cervicale of intra-uteriene inseminatie -op voorwaarde dat de wettelijke ziekteverzekering tussenkomt in de kosten ervan- beschouwd als begin van het verzekeringsgeval.

DKV biedt enkel dekking en terugbetaling aan op voorwaarde dat de behandeling goedgekeurd en effectief gedekt is door de wettelijke ziekteverzekering. Als de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, is er geen dekking, noch terugbetaling door DKV.

## 5. WACHTTIJD (= A.V.V. 12)

De wachttijden vangen aan bij het begin van de verzekeringswaarborg voor elke verzekerde persoon, overeenkomstig art. 25 AVV.

De wachttijd bedraagt 3 maanden voor de kosten opgesomd in artikel 4.1. en in artikel 4.2. Zij is evenwel niet van toepassing:

- 5.1. bij een ziekenhuisopname naar aanleiding van een ongeval;
- 5.2. indien het personeelslid en/of de gezinsleden voordien via de vorige werkgever een onbeperkte collectieve hospitalisatiwaarborg genoten gedurende minstens 3 maanden en er geen onderbreking is tussen beide waarborgen;
- 5.3. indien het personeelslid en/of de gezinsleden voordien een onbeperkte individuele hospitalisatiwaarborg genoten en er geen onderbreking is tussen beide waarborgen.

De wachttijd bedraagt 18 maanden voor de kosten opgesomd in artikel 4.3.

## 6. VRIJSTELLING (= A.V.V. 13)

- 6.1. De vrijstelling, die bepaald is in de polis, wordt toegepast:
  - 6.1.1. per verzekerde;
  - 6.1.2. per verzekeringsjaar maar in evenredigheid met het aantal maanden gelegen tussen het begin van een verzekeringsplan en de jaarlijkse vervaldatum indien dit begin niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum;
  - 6.1.3. één keer op het verzekeringsgeval omschreven onder artikels 2.1., 2.2. en 2.4. dat zich op ononderbroken wijze over twee opeenvolgende verzekeringsjaren uitstrekt.
- 6.2. De vrijstelling wordt niet toegepast in geval van:
  - 6.2.1. een ziekenhuisopname in een twee- of meerpersoonskamer;
  - 6.2.2. een ambulante behandeling ingevolge het optreden van een zware ziekte opgesomd onder artikel 2.3.
  - 6.2.3. een medisch begeleide voortplanting in het kader van een ambulante behandeling .

## 7. VERZEKERBAARHEID (= A.V.V. 17-18-19)

- 7.1. De aansluiting voor de personeelsleden is verplicht. De aansluiting kan gebeuren voor zover aan elk van de volgende voorwaarden is voldaan:
  - 7.1.1. onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid, en ervan genieten;
  - 7.1.2. niet is aangetoond dat een gelijkaardig of identiek risico hetzij geheel hetzij gedeeltelijk reeds door een ander verzekeringscontract is gedekt;
  - 7.1.3. hun woon- en vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben. De personeelsleden genieten geen dekking meer als ze voor meer dan 3 maanden opeenvolgend in het buitenland verblijven;
  - 7.1.4. actief werkzaam zijn voor een in België gelegen filiaal van de verzekeringnemer voor zover dit filiaal in de polis is opgenomen;
  - 7.1.5. aangeworven zijn met een arbeidsovereenkomst van (on)bepaalde duur.

- 7.2. Grensarbeiders  
Onder grensarbeiders wordt verstaan ieder personeelslid dat zijn beroepswerkzaamheden uitoefent in België en woont op het grondgebied van een aangrenzend land. De aangrenzende landen zijn Nederland, Frankrijk, Luxemburg en Duitsland. De aansluiting kan gebeuren voor zover aan elk van volgende voorwaarden is voldaan:
- 7.2.1. onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid of de sociale zekerheid van hun woon- en vaste en gebruikelijke verblijfplaats, en ervan genieten;
  - 7.2.2. niet is aangetoond dat een gelijkaardig of identiek risico hetzij geheel hetzij gedeeltelijk reeds door een ander verzekeringscontract is gedekt;
  - 7.2.3. hun woon- en vaste en gebruikelijke verblijfplaats in een aan België grenzend land. De aangrenzende landen zijn Nederland, Frankrijk, Luxemburg en Duitsland. De personeelsleden genieten geen dekking meer als ze voor meer dan 3 maanden opeenvolgend in het buitenland verblijven. Met het buitenland is bedoeld elk ander land dan het land waar het verzekerde personeelslid zijn woon- en vaste en gebruikelijke verblijfplaats heeft;
  - 7.2.4. actief werkzaam zijn voor een in België gelegen filiaal van de verzekeringnemer voor zover dit filiaal in de polis is opgenomen;
  - 7.2.5. aangeworven zijn met een arbeidsovereenkomst van (on)bepaalde duur.
- 7.3. De aansluiting van de gezinsleden van de personeelsleden is facultatief. De aansluiting kan gebeuren voor zover aan elk van de volgende voorwaarden is voldaan:
- 7.3.1. de levenspartner is gedomicilieerd op het adres van het verzekerde personeelslid en verblijft effectief op het adres van het personeelslid. De kinderen van het verzekerde personeelslid of van de levenspartner voldoen aan de voorwaarden opgenomen in artikel 18 van de A.V.V. en hebben hun woon- en vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België of in één aan België grenzend land;
  - 7.3.2. de gezinsleden genieten geen dekking meer als ze voor meer dan 3 opeenvolgende maanden in het buitenland verblijven. De dekking blijft evenwel verworven voor de kinderen die fiscaal ten laste zijn van één van de ouders en omwille van studieredenen verblijven in één van de lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) op voorwaarde dat zij verder genieten van de Belgische sociale zekerheid en dat ze een attest van de onderwijsinstantie in het buitenland en/of van de oorspronkelijke onderwijsinstantie met betrekking tot de verblijfsduur alsook een kopie van hun Europese ziekteverzekeringskaart aan de verzekeraar overhandigen. De waarborg is beperkt tot een periode van 6 maanden;
  - 7.3.3. onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid of de sociale zekerheid van hun woon- en vaste en gebruikelijke verblijfplaats, en ervan genieten;
  - 7.3.4. aansluiten van alle verzekerbare gezinsleden;
  - 7.3.5. niet is aangetoond dat een gelijkaardig of identiek risico hetzij geheel hetzij gedeeltelijk reeds door een ander verzekeringscontract is gedekt.

## 8. NIET VOORZIENE OF UITGESLOTEN RISICO'S (= A.V.V. 26)

De verzekeringswaarborg omvat niet:

- 8.1. de verzekeringsgevallen die lopend zijn bij de begindatum van de verzekeringswaarborg waarbij de datum van opname in het ziekenhuis in aanmerking wordt genomen (behalve in geval van een overname van een bestaand groepsverzekeringscontract dat een gelijkaardig of identiek risico dekt);
- 8.2. de tandbehandelingen ongeacht de aard ervan, met uitzondering van deze waarvan de medische noodzakelijkheid ingevolge het optreden van een niet-stomatologische ziekte of een ongeval is aangetoond;
- 8.3. de tandprotheses (kronen, bruggen, implantaten) en het tandmateriaal ongeacht de aard ervan, met uitzondering van deze geleverd en geplaatst tijdens de posthospitalisatieperiode (van een verzekeringsgeval waarvoor de verzekeraar is tussengekomen) waarvan de medische noodzakelijkheid ingevolge het optreden van een niet-stomatologische ziekte of een ongeval is aangetoond en waarvan het behandelingsplan voorafgaandelijk is goedgekeurd door de verzekeraar;
- 8.4. kaakchirurgische ingrepen die tot doel hebben implantaten en/of tandmateriaal te plaatsen met inbegrip van sinuslift en/of botssubstituten en/of membranen;
- 8.5. de ambulante psychotherapeutische behandelingen tenzij deze verstrekt werden door een psychiater. In geval van een psychotherapeutische opname en behandeling in een ziekenhuis, wordt de tussenkomst beperkt tot 120 dagen per verzekerde en per verzekeringsjaar;
- 8.6. de onderhouds- en herstellingskosten, de kosten strekkend tot het gebruik ervan en de wisselstukken van de medische protheses, kunstledematen en medische hulpmiddelen.

## 9. TERRITORIALITEIT (= A.V.V. 27)

---

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

De verzekeringswaarborg is ook geldig in de lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) voor een medisch noodzakelijke en geplande ziekenhuisopname in het buitenland, op voorwaarde dat er voorafgaandelijk een schriftelijk akkoord – d.m.v. een document S2 – is verkregen van het ziekenfonds.

## 10. MEDI-CARD®

---

### 10.1. Betalingsmethode

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

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

### 10.2. Verbintenissen

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

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

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

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

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

De dienstverlening verbonden aan de Medi-Card® kan, voor alle verzekerden, worden geschorst:

- in geval van niet-betaling van de premie door de verzekeringnemer.

# Algemene Verzekeringsvoorwaarden (A.V.V.) voor Collectieve Verzekeringscontracten

Editie: 06.2021

## DEFINITIES

Er wordt verstaan onder:

1. Verzekeraar: DKV Belgium N.V., RPR 0414858607 verzekeringsonderneming toegelaten onder het nummer 739.
2. Verzekeringnemer: Rechtspersoon die, voor rekening van de verzekerden, met de verzekeraar het verzekeringscontract afsluit.
3. Filiaal: De maatschappelijke zetel alsook elke in België gelegen exploitatiezetel van de verzekeringnemer.
4. Verzekeringscontract: Het verzekeringscontract wordt gevormd door de polis. De polis wordt gevormd door de Algemene, Tarifaire en Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden en door de bijvoegsels.
5. Verzekerde: De persoon op wie het risico rust en die begunstigde is van het verzekeringscontract.
6. Verzekeringsplan: De verzekeringswaarborg tot vergoeding van schade.
7. Verzekeringsgeval: Het voorwerp van de verzekeringswaarborg, zoals bepaald in de polis.
8. Ziekte: Elke aantasting van de gezondheidstoestand van de verzekerde 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.
9. Bevalling: De gebeurtenis waarbij een kind geboren wordt.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
  13. 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.
  14. Jaarlijkse vervaldatum: De hoofdvervaldag zoals bepaald in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden (B.V.V.).
  15. 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 uit het aantal maanden gelegen tussen de begindatum van het verzekeringsplan en de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringscontract.
  16. Premie: Het nettobedrag bepaald in de polis, verschuldigd als tegenprestatie voor de verbintenissen van de verzekeraar in uitvoering van het verzekeringscontract, te vermeerderen met alle verzekeringstaksen, belastingen, wettelijke bijdragen en lasten.
  - 16bis. Wettelijke tussenkomst: Elke ontvangen terugbetaling krachtens de Belgische wettelijke regeling met betrekking tot de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen (met inbegrip van de wet betreffende de maximumfactuur), de beroepsziekten en de arbeidsongevallen of op de weg van en naar het werk evenals elke andere terugbetaling in toepassing van een bepaling van algemeen recht.

## VERZEKERBAARHEID

17. Zijn verzekerd volgens de Verzekeringsvoorwaarden voorzien in de polis, de in de polis gedefinieerde personeelsleden of één of meer categorieën van personeelsleden van een in de polis opgenomen filiaal van de verzekeringnemer.
18. Zijn enkel verzekerd volgens de Verzekeringsvoorwaarden voorzien in de polis, de familieleden zijnde in limitatieve orde, één door het personeelslid aangeduide levenspartner en de kinderen die fiscaal ten laste zijn van de ouders of één van de ouders.
19. De verzekeraar kan personeelsleden of categorieën van personeelsleden verzekeren aan bijzondere voorwaarden.

## VERZEKERINGSCONTRACT, -PLAN EN -WAARBORG

### AFSLUITING VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

20. Het verzekeringcontract komt tot stand door de uitgifte van de polis. Indien de inhoud van de polis afwijkt van de getroffen overeenkomsten zoals die blijken uit de onderhandelingen, verklaringen en documenten, die aan de uitgifte van de polis zijn voorafgegaan, geldt de toestand als aanvaard indien de verzekeringnemer geen verzet aantekent binnen de 30 dagen volgend op de uitgifte van de polis. De betaling van de premie betekent dat de verzekeringnemer de voorwaarden van de verzekeringspolis accepteert.

### DUUR VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

21. Het verzekeringcontract wordt afgesloten voor onbepaalde duur, behoudens afwijking voorzien in de polis.

### EINDE VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

22. Het verzekeringcontract eindigt bij:
  - 22.1. opzegging door de verzekeringnemer of de verzekeraar, schriftelijk (per aangetekend schrijven, per deurwaardersexploot of een brief tegen ontvangstbewijs) of elektronisch, op het einde van elk verzekeringsjaar, rekening houdend met een opzegtermijn van drie maanden. De beëindiging van het verzekeringcontract heeft uitwerking op de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringcontract;
  - 22.2. falings of kennelijk onvermogen van de verzekeringnemer;
  - 22.3. opzegging door de verzekeraar per aangetekend schrijven in geval van bedrog of poging tot bedrog vastgesteld in hoofde van de verzekeringnemer;
  - 22.4. 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;
  - 22.5. opzegging door de verzekeringnemer binnen de 3 maanden volgend op de mededeling door de verzekeraar van een wijziging van de A.V.V. en/of T.V.V. en/of de B.V.V. behalve op grond van artikel 50.2 en 50.3.

### DUUR VAN HET VERZEKERINGSPLAN

23. Het verzekeringplan is afgesloten voor alle verzekerden voor onbepaalde duur, behoudens afwijking voorzien in de polis.

### EINDE VAN HET VERZEKERINGSPLAN

24. Het verzekeringplan eindigt:
  - 24.1. voor alle verzekerden bij het einde van het verzekeringcontract;
  - 24.2. voor de verzekerden waarop de beschreven omstandigheid van toepassing is bij:
    - 24.2.1. overlijden;
    - 24.2.2. de beëindiging van het statuut van personeelslid of de opruiming behoudens afwijking voorzien in de polis;
    - 24.2.3. opzegging door het personeelslid volgens de hiernavolgende modaliteit of in afwijking ervan volgens de modaliteiten bepaald op het toetredingsformulier. Het personeelslid heeft het recht het verzekeringplan voor zichzelf (enkel indien de aansluiting van het personeelslid facultatief is) en zijn gezinsleden te beëindigen op het einde van elke periode van 12 maanden te rekenen vanaf het begin van het verzekeringplan, rekening houdend met een opzegtermijn van drie maanden. In dat geval eindigt het verzekeringplan in hoofde van alle gezinsleden;
    - 24.2.4. het niet meer vervuld zijn van de verzekerdheidsvoorwaarden.
    - 24.2.5. in geval van bedrog of poging tot bedrog; het verzekeringplan wordt opgezegd in hoofde van de verzekerde persoon en zijn gezinsleden in geval van schriftvervalsing of oplichterij.

### BEGIN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

25. De verzekeringswaarborg begint:
  - 25.1 op de begindatum van het verzekeringplan bepaald in de polis, na betaling van de eerste jaarpremie of overeengekomen deelpremie en na verloop van de wachttijden.
  - 25.2 begint voor elk personeelslid en zijn verzekerbare gezinsleden, op de 1<sup>ste</sup> dag van de maand van de indiensttreding, tenzij anders bepaald in de B.V.V., na ontvangst door de verzekeraar van het behoorlijk ingevuld aansluitingsformulier binnen een termijn van 2 maanden te rekenen vanaf de datum van de indiensttreding.
  - 25.3 voor elk nieuw gezinslid, op de 1<sup>ste</sup> dag van de maand van de gebeurtenissen vermeld onder artikelen 25.3.1. en 25.3.2., tenzij anders bepaald in de B.V.V., na ontvangst door de verzekeraar van het behoorlijk ingevuld aansluitingsformulier binnen een termijn van 2 maanden te rekenen vanaf het moment dat het recht op aansluiting ontstaat.

- 25.3.1. het samenwonen (domicilie op hetzelfde adres), de geboorte, de adoptie, voor zover de andere gezinsleden reeds verzekerd zijn in huidig verzekeringscontract;
- 25.3.2. op het einde van een gelijkaardige of overeenkomstige verzekeringswaarborg waarvan de persoon genoot.
- 25.4. Voor de personen, waarvan de aansluiting niet is geregistreerd binnen de 2 maanden die volgen op één van de gebeurtenissen vermeld onder artikels 25.2 en 25.3 vangt de waarborg aan:
  - 25.4.1. voor het nieuwe personeelslid op de 1<sup>ste</sup> dag van de maand van indiensttreding, tenzij anders bepaald in de B.V.V.;
  - 25.4.2. voor de verzekerbare gezinsleden: op de 1<sup>ste</sup> dag van de 13<sup>de</sup> maand volgend op de datum waarop de verzekeraar de aanvraag tot aansluiting ontvangen heeft.

#### UITSLUITINGEN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

- 26. De verzekeringswaarborg omvat niet de medische kosten die verband houden met de hierna genoemde gevallen noch de gevolgen ervan:
  - 26.1. een zelfdoding of een poging tot zelfdoding;
  - 26.2. 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;
  - 26.3. 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;
  - 26.4. een preventieve behandeling, een sterilisatie, een contraceptie, refractieve oogheelkunde, een esthetische ingreep behalve reconstructieve plastische heelkunde op voorwaarde dat het prijsbestek voorafgaandelijk is goedgekeurd door de verzekeraar;
  - 26.5. functionele of subjectieve stoornissen, waarvan de oorzaak en de symptomen niet medisch objectiveerbaar zijn, of de behandeling of de therapie niet vereist is vanuit een zuiver medisch standpunt;
  - 26.6. een psychotherapeutische behandeling, behalve indien verstrekt door een psychiater;
  - 26.7. een ziekte, samenlopende ziekten 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 er actief heeft aan deelgenomen;
  - 26.8. de verzekeringswaarborg wordt verminderd, of volledig geweigerd in geval van nalatigheid van de verzekeringsnemer en/of de verzekerde, relatief aan de verplichtingen beschreven in artikel 40 en dit een nadeel teweegbrengt aan de verzekeraar ;
  - 26.9. een vaccinatie, een medisch begeleide voortplanting – behalve indien het verzekeringscontract uitdrukkelijk bepaalt dat deze medische kosten gedekt zijn, zij het onder de daar voorziene voorwaarden.

#### TERRITORIALITEIT VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

- 27. De verzekeringswaarborg is onderworpen aan de territorialiteitsvoorwaarden gedefinieerd in de T.V.V.

#### EINDE VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

- 28. De verzekeringswaarborg eindigt samen met het einde van het verzekeringsplan, ook voor de lopende schadegevallen.

#### VOORTZETTING OP INDIVIDUELE BASIS

- 29. De verzekeringswaarborg kan bij DKV Belgium N.V. voorgezet worden in een gelijksoortig individueel contract volgens de volgende modaliteiten:
  - 29.1. De verzekerden (die hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben en de voordelen genieten van de Belgische sociale zekerheid) die het voordeel van de huidige verzekeringswaarborg verliezen hebben het recht, behoudens in geval van bedrog en deze door de wet voorzien, deze verzekeringswaarborg overeenkomstig de A.V.V en T.V.V. van een bestaand gelijksoortig individueel verzekeringsplan voort te zetten.
  - 29.2. Indien bij het verlies van het voordeel van de huidige waarborg, het personeelslid, bedoeld onder artikel 17, gedurende 24 maanden ononderbroken aangesloten geweest is bij het huidige verzekeringscontract of bij andere opeenvolgende ziekteverzekeringsovereenkomsten, gebeurt de voortzetting op individuele basis:
    - 29.2.1. zonder bijkomend medisch onderzoek te moeten ondergaan noch een nieuwe medische vragenlijst te moeten invullen;<sup>02</sup>
    - 29.2.2. zonder instelling van een nieuwe wachttijd;
    - 29.2.3. zonder uitsluiting van waarborg noch bijpremie wegens de evolutie van de gezondheidstoestand van de verzekerde tijdens de duur van het huidige verzekeringscontract.
 Indien de anciënniteit van 24 maanden niet verworven is, kan de verzekeraar de onderschrijving van een individueel plan ondergeschikt maken aan bijzondere verzekeringsvoorwaarden op basis van het indienen van een vervolledigd verzekeringsvoorstel.



- 29.3. Bij de berekening van de premie van het individueel voortgezette verzekeringsplan wordt rekening gehouden met:
- 29.3.1. de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de individuele voortzetting;
  - 29.3.2. de elementen ter beoordeling van het risico, zoals die bestonden op het ogenblik van het toetreden tot het huidige verzekeringscontract, indien deze destijds werden beoordeeld;
  - 29.3.3. het stelsel en het statuut van sociale zekerheid waaraan de verzekerde is onderworpen, alsook eventueel zijn beroep.
- 29.4. De voortzettingsaanvraag moet schriftelijk of elektronisch bij de verzekeraar ingediend worden:
- 29.4.1. in hoofde van het personeelslid, bedoeld onder artikel 17, en in voorkomend geval zijn gezinsleden, binnen de 30 dagen te rekenen vanaf de dag van ontvangst van het schrijven waarin de verzekeringnemer, of in voorkomend geval de curator of de vereffenaar, het personeelslid in kennis stelt dat hij kan beslissen zijn aansluiting individueel voort te zetten. De verzekerde heeft het recht deze periode te verlengen met 30 dagen op voorwaarde dat hij dit schriftelijk of elektronisch laat weten aan de verzekeraar vóór het verstrijken van de eerste 30 dagen. Deze termijn verstrijkt in elk geval 105 dagen na het verlies van het voordeel van het huidig verzekeringscontract.
  - 29.4.2. in hoofde van de gezinsleden van het personeelslid die het voordeel van het huidig verzekeringswaarborg verliezen om een andere reden dan het verlies van het voordeel van de verzekeringswaarborg door het personeelslid, binnen de 105 dagen te rekenen vanaf het tijdstip waarop het voornoemde voordeel verloren wordt. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.
- 29.5. Het personeelslid bedoeld onder artikel 17, en de aangesloten gezinsleden beschikken over een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de dag van de ontvangst van de informatie van de verzekeraar met betrekking tot de Verzekeringsvoorwaarden van de voortzetting op individuele basis (opsturen van een verzekeringsvoorstel, prijsopofferte, waarborgbeschrijving, ...) om de onderschrijving van een individueel contract te aanvaarden.

## VERZEKERINGSGEVAL

- 30. Elk verzekeringsgeval moet aan de verzekeraar schriftelijk of elektronisch worden gemeld, door middel van het daartoe bestemde aangifteformulier en binnen de daarop vastgestelde termijn.
- 31. 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.
- 32. De verzekerde heeft tegenover de verzekeraar een eigen recht op de verzekeringsprestaties zoals bepaald in de polis.
- 33. De verzekeringsprestaties worden geregeld met de begunstigde van het verzekeringscontract.
- 34. De verzekeraar is gerechtigd de terugbetaling ondergeschikt te maken aan de indiening van gekwijte en naar het Nederlands, Frans, Duits of Engels vertaalde onkostennota's, indien blijkt dat zij uitgegeven zijn in een vreemde taal waarvan de vertaling redelijkerwijze noodzakelijk blijkt voor het onderzoek van het recht op uitkering.
- 35. De onkostennota's worden eigendom van de verzekeraar bij de ontvangst ervan.
- 36. De uitkering geschiedt in EUR. Onkostennota's in vreemde valuta worden uitgekeerd tegen de gemiddelde koers van de vreemde valuta op de dag van de uitkering.
- 37. Kan de verzekerde aanspraak maken op herstel van schade, dan treedt de verzekeraar in de rechten van de verzekerde in de mate van zijn prestatie.
- 38. 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.

## RECHT OP UITKERING

- 39. 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 verbindt 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.

## VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER EN VAN DE VERZEKERDE

40. De verzekeringnemer en de verzekerde zijn ertoe gehouden:
  - 40.1. de verklaringen en aangiften schriftelijk of elektronisch in te dienen bij de zetel van de verzekeraar;
  - 40.2. de verzekeraar binnen de 30 dagen het tijdstip mee te delen waarop de verzekeringsvoorwaarden voor het in standhouden van het verzekeringscontract en/of de verzekeringsplannen wegvallen;
  - 40.3. de verzekeraar onverwijld in te lichten over het bestaan van een overeenkomst die eenzelfde of een gelijkaardig risico geheel of gedeeltelijk dekt;
  - 40.4. de verzekeraar of de door hem gemandateerde persoon alle inlichtingen te verstrekken voor het vaststellen van het recht op uitkering en gevolg te geven aan alle hem betekende instructies en voorschriften;
  - 40.5. de verzekeraar voorafgaandelijk in te lichten indien één van de verzekerden langer dan 3 maanden in het buitenland verblijft. De verzekeraar zal het verzekeringsplan wijzigen of de dekking beëindigen vanaf de 1<sup>ste</sup> dag van de maand van het verblijf in het buitenland;
  - 40.6. 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);
  - 40.7. het verzekeringscontract te goeder trouw uit te voeren en de gevolgen van het verzekeringsgeval te beperken.
41. 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.
42. De verzekeringnemer of, in voorkomend geval de curator of de vereffenaar, is verplicht ten laatste 30 dagen na het verlies van het voordeel van de aansluiting het personeelslid schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen:
  - 42.1. van het precieze tijdstip van dit verlies;
  - 42.2. van de mogelijkheid de aansluiting voort te zetten op individuele basis;
  - 42.3. van de termijn waarbinnen de verzekerden hun voortzettingsrecht kunnen uitoefenen;
  - 42.4. van de contactgegevens van de verzekeraar.
43. De verzekeringnemer is verplicht elk personeelslid in te lichten over de mogelijkheid voor elke verzekerde om individueel een wachtplan te onderschrijven.

Indien de verzekeringnemer nagelaten heeft deze informatie aan elk personeelslid te bezorgen of niet in staat is een bewijs te leveren van de goede uitvoering van deze verplichting, is de verzekeringnemer aan de verzekeraar het verschil verschuldigd tussen de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd die bereikt is op het ogenblik van de uitoefening van het recht op individuele voortzetting en de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de huidige verzekeringspolis.

## PREMIE

44. De verzekeringnemer is de premie verschuldigd aan de verzekeraar.
45. De maandpremie is haalschuld. De maandpremie is één en ondeelbaar en betaalbaar volgens de periodiciteit in de polis bepaald.
46. De premieafrekening wordt opgemaakt op basis van de aan de verzekeraar meegedeelde gegevens. Indien de afrekening niet conform is met de medegedeelde gegevens, wordt deze situatie als aanvaard verondersteld en zijn de premies verschuldigd, behoudens verzet van de verzekeringnemer binnen de 30 dagen volgend op de betekening.
47. Het bedrag van de premie per verzekerden categorie wordt bepaald in de B.V.V. De volwassenpremie is verschuldigd vanaf de maand volgend op de 18<sup>de</sup> verjaardag.
48. 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, verhoogd met de wettelijke intresten en de kosten van de ingebrekestelling, heeft voldaan.
49. Bij niet-betaling na ingebrekestelling heeft de verzekeraar het recht het verzekeringscontract op te zeggen conform artikel 22.4.

## AANPASSING VAN DE PREMIE, DE VRIJSTELLING EN VAN DE ALGEMENE, TARIFAIRE EN BIJZONDERE VERZEKERINGSVOORWAARDEN

- 50.1. De A.V.V., T.V.V en B.V.V. kunnen, bij beslissing van de verzekeraar, een wijziging ondergaan goedgekeurd volgens de wettelijke procedures en dit eveneens voor de lopende verzekeringscontracten.
- 50.2. De premie en/of de vrijstelling kunnen geïndexeerd worden op de jaarlijkse vervaldatum op basis van de consumptieprijsindex van juni van het voorbije kalenderjaar, zoals gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.
- 50.3. Indien blijkt vanuit de tabel van de specifieke medische indexen gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad dat hun evolutie deze van de consumptieprijsindex overschrijdt, kunnen de premie en/of de vrijstelling aangepast worden op de jaarlijkse vervaldatum tot het maximum van de in de tabel voorziene specifieke medische indexen van het voorbije kalenderjaar. Deze indexatie, aanwendbaar per verzekeringsplan, volgt de globale medische index.

- 50.4. Indien de evolutie van de consumptieprijsindex of van de specifieke medische indexen niet volstaat om de stijging van de reële kosten van de verzekerde prestaties te dekken, kunnen de premie, de vrijstelling aangepast worden op de jaarlijkse vervaldatum in functie van de evolutie van de schadelast van het contract of in functie van de gemiddelde evolutie van de schadelast van de ganse portefeuille.
- 50.5. In afwijking van artikel 22.5, kan de verzekeringnemer zich niet beroepen op de indexering van de premie, de vrijstelling beschreven in de artikels 50.2. en 50.3., om het verzekeringscontract te beëindigen, maar wel voor de andere redenen voorzien onder hetzelfde artikel 22.
51. De wijziging bedoeld onder artikel 50.1. treedt in werking op de datum van de mededeling van het bericht van wijziging aan de verzekeringnemer.
52. 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 VERZEKERINGNEMER, VAN DE VERZEKERDE EN VAN DE VERZEKERAAR

53. De verzekeringnemer en de verzekerde verklaren:
- 53.1. de verzekeraar toe te laten persoonsgebonden en medische gegevens te verzamelen en te verwerken, buiten het toezicht en de verantwoordelijkheid van een arts;
- 53.2. 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;
- 53.3. de verzekeraar verklaart de persoonsgebonden en medische gegevens slechts te verzamelen, te verwerken en te gebruiken om de vermelde doelstellingen te realiseren en dat, in verhouding met deze doelstellingen, voor zover de gegevens toereikend, terzake en niet overmatig zijn.
54. De verzekeraar verklaart dat de persoonsgebonden en medische gegevens:
- 54.1. 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.
- 54.2. slechts worden verzameld, verwerkt en gebruikt om de vermelde doelstellingen te realiseren en dat, in verhouding met deze doelstellingen.

## DEKKING IN GEVAL VAN TERRORISME

55. 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.

## EINDBEPALING

56. Het Belgisch recht is van toepassing op huidig verzekeringscontract.
57. Elke klacht met betrekking tot huidig verzekeringscontract kan gericht worden 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)
58. De van kracht zijnde A.V.V. en/of T.V.V. kunnen op [www.dkv.be](http://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 Kosten<sup>1</sup> met toepasselijke T.V.V en A.V.V.;**
- **Deel II: Dekking Bijstand in het buitenland<sup>2</sup> 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.

<sup>1</sup> Tak 2

<sup>2</sup> 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](http://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](mailto: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](http://www.ombudsman.as), +32 (0) 2 547 58 71, [info@ombudsman.as](mailto: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.