

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

Editie: 01.2024

DEFINITIES

Er wordt verstaan onder:

1. Verzekeraar: DKV Belgium N.V., RPR 0414858607 verzekeringsonderneming toegelaten onder het nummer 739.
2. Verzekeringnemer: Rechtspersoon, met maatschappelijke zetel gevestigd in België 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 *tussenkost* 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 tussenkost: 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.

16ter. **Terrorisme**: volgens de wet van 1 april 2007 wordt onder terrorisme verstaan “een clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld wordt gepleegd op personen of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onveiligheid te scheppen of de overheid onder druk te zetten, ofwel om het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren”.

16quater. **Klinisch psycholoog**: De klinisch psycholoog is een erkende zorgverstreker die bekwaam is in de kennis van het psychisch functioneren en in de begeleiding van de verzekerde die psychologische hulp nodig heeft. Hij is bevoegd om:

- psychologische testen of onderzoeken uit te voeren voor diagnostische, evaluatie-, advies- of screeningsdoeleinden;
- therapeutische ondersteuning te bieden op basis van gesprekken.

Om de titel van klinisch psycholoog te mogen voeren, moet de zorgverstreker aan de volgende twee voorwaarden voldoen:

- houder zijn van een masterdiploma in psychologie;
- ingeschreven zijn op de lijst van psychologen van de Commissie van Psychologen.

VERZEKERBAARHEID

17. Zijn verzekeraar 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 verzekeraar 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 *verzekeringsplan* is afgesloten voor alle *verzekerden* voor onbepaalde duur, behoudens afwijking voorzien in de polis.

EINDE VAN HET VERZEKERINGSPLAN

24. Het *verzekeringsplan* 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 opruststelling 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 *verzekeringsplan* 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 *verzekeringsplan*, rekening houdend met een opzegtermijn van drie maanden. In dat geval eindigt het *verzekeringsplan* in hoofde van alle gezinsleden;
- 24.2.4. het niet meer vervuld zijn van de verzekeraarvoorwaarden.
- 24.2.5. in geval van bedrog of poging tot bedrog; het *verzekeringsplan* 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 *verzekeringsplan* 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^{ste} 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^{ste} dag van de maand van de gebeurtenissen vermeld onder artikels 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^{ste} dag van de maand van indiensttreding, tenzij anders bepaald in de B.V.V.;
 - 25.4.2. voor de verzekerbare gezinsleden: op de 1^{ste} dag van de 13^{de} 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. een *ziekte* of *ongeval* voortvloeiend uit de actieve deelname door de *verzekerde* aan een burgeroorlog of andere oorlog, uit oproer, uit geweldaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong;
 - 26.4. een *ziekte* die of een *ongeval* dat zich voordoet in een land in staat van burgeroorlog of andere oorlog, of gedestabiliseerd door *terrorisme*, in geval van politieke onrust, in geval van afkondiging van de staat van beleg (krijgswet), in geval van oproer of geweldaden van politieke, ideologische of sociale aard wanneer de *verzekerde* zich aan dit gevaar blootstelt door in een dergelijk land te verblijven (of ernaar af te reizen). Dit zijn de landen waarvoor de FOD Buitenlandse Zaken een negatief reisadvies uitvaardigt. De verzekeringswaarborg blijft evenwel behouden gedurende de eerste 30 dagen na het begin van de vijandelikheden wanneer de verzekerde verrast werd door het uitbreken van bovenvermelde toestanden tijdens een reis in het buitenland;
 - 26.5. actieve deelname van de *verzekerde* aan een terroristische daad;
 - 26.6. 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;
 - 26.7. 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*;
 - 26.8. 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;

- 26.9. een psychotherapeutische behandeling, behalve indien verstrekt door een *psychiater*;
- 26.10. de verzekeringswaarborg wordt verminderd, of volledig geweigerd in geval van nalatigheid van de *verzekeringnemer* en/of de *verzekerde*, relatief aan de verplichtingen beschreven in artikel 40 en dit een nadeel teweegbrengt aan de *verzekeraar*;
- 26.11. 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. voortgezet worden in een gelijksoortig individueel contract volgens de volgende modaliteiten:
 - 29.1. De verzekerden, die hun woonplaats en hun feitelijke hoofdverblijfplaats in België hebben, de voordelen genieten van de Belgische sociale zekerheid en 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 verzekeringsvoorwaarden 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;⁰²
 - 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;
 - 29.3.4. De woonplaats en feitelijke hoofdverblijfplaats in België van de *verzekeringnemer*.
 - 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 huidige *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, prijsofferte, 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 *verzekeringsnemer* 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 EN REGELING VAN MENINGSVERSCHILLEN

39. De *verzekeraar*, de *verzekeringsnemer* en de *verzekerde* werken samen om het recht op uitkering te bepalen, aan de hand van de verstrekte informatie. De *verzekeringsnemer* 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.

Onderstaande kosten, die ten laste van de *verzekeringsnemer* of de *verzekerde* blijven:

- de persoonlijke bijdrage of de *vrijstelling* per verzekeringsgeval in geval van ziekenhuisopname in een éénpersoonskamer;
- het bedrag dat het verzekerd plafond overschrijdt;
- de kosten van een niet gedekt verzekeringsgeval;
- de door de *verzekeraar* geweigerde kosten.

worden teruggevorderd.

In geval van onvolledige of niet-betaling van deze verschuldigde bedragen door de *verzekeringsnemer* of de *verzekerde* waarvoor de *verzekeraar* een ingebrekestelling, per aangetekende brief, verstuurt, is een forfaitaire vergoeding verschuldigd.

Deze wordt als volgt bepaald:

1. €20, indien het verschuldigde saldo lager dan of gelijk aan €150 is ;
2. €30, indien het verschuldigde saldo tussen €150,01 en €500 is ;
3. €65, indien het verschuldigde saldo hoger dan €500 is.

Deze bedragen kunnen bij Koninklijk besluit worden geïndexeerd op basis van de consumptieprijsindex.

Indien de *verzekeraar* in gebreke blijft om de *verzekeringsnemer* of de *verzekerde* de gedekte kosten te betalen, is een forfaitaire vergoeding verschuldigd, volgens dezelfde modaliteiten als hierboven vermeld, voor zover de *verzekeringsnemer* of de *verzekerde* de *verzekeraar* per aangetekende brief in gebreke heeft gesteld.

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 *verzekeringsnemer* 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^{ste} dag van de maand van het verblijf in het buitenland;
 - 40.6. om voorafgaandelijk aan elke aanvraag tot *tussenkoms*t 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^{de} 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*, alsook eventuele invorderingskosten, heeft voldaan.

In geval van onvolledige of niet-betaling van de verschuldigde premie door de *verzekeringnemer* waarvoor de *verzekeraar* een ingebrekestelling, per aangetekende brief, verstuurt, is een forfaitaire vergoeding verschuldigd.

Deze wordt als volgt bepaald:

1. € 20, indien het verschuldigde saldo lager dan of gelijk aan € 150 is ;
2. € 30, indien het verschuldigde saldo tussen € 150,01 en € 500 is ;
3. € 65, indien het verschuldigde saldo hoger dan € 500 is.

Deze bedragen kunnen bij Koninklijk besluit worden geïndexeerd op basis van de consumptieprijsindex.

Indien de *verzekeraar* in gebreke blijft om de *verzekeringnemer* de betaalde premies (gedeeltelijk of volledig) terug te betalen, is een forfaitaire vergoeding verschuldigd, volgens dezelfde modaliteiten als hierboven vermeld, voor zover de *verzekeringnemer* de *verzekeraar* per aangetekende brief in gebreke heeft gesteld.

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 *verzekeraar* verklaart de persoonsgegevens (waaronder de gezondheidsgegevens) enkel te verzamelen en te verwerken voor de welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde verwerkingsdoeleinden vervat in de DKV Privacyverklaring en dat de gegevens toereikend, ter zake en beperkt zijn tot wat noodzakelijk is voor deze verwerkingsdoeleinden.
54. De *verzekeraar* verklaart dat de persoonsgegevens (waaronder de gezondheidsgegevens) worden verwerkt met naleving van artikel 61 van de Wet betreffende de Verzekeringen van 4 april 2014, de Algemene verordening (EU) 2016/679 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens ("AVG") en eventuele nationale wetgeving die op grond van de AVG is aangenomen, zoals de Belgische wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens.
55. De *verzekeringnemer* garandeert dat de *verzekerden* geïnformeerd zijn van de doorgifte van bepaalde niet-gevoelige persoonsgegevens van de *verzekerden* aan de *verzekeraar*, een wettelijke basis te hebben voor de doorgifte van deze niet-gevoelige persoonsgegevens aan de *verzekeraar*, alsook de Privacyverklaring van DKV gedeeld te hebben met de *verzekerden*.
56. Voor meer informatie over de verwerking van de persoonsgegevens (incl. de gezondheidsgegevens) door de *verzekeraar*, gelieve de Privacyverklaring van DKV te raadplegen.

DEKKING IN GEVAL VAN TERRORISME

57. 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

58. Het Belgisch recht is van toepassing op huidig *verzekeringscontract*.
59. Elke klacht over het *verzekeringscontract* kan worden gericht aan de dienst Quality Control van DKV Belgium N.V. per post op het volgende adres: Loksumstraat 25, 1000 Brussel, per e-mail op Qualitycontrol@dkv.be of via het formulier dat beschikbaar is op onze website ww.dkv.be/nl/contact/een-klacht. U kunt ook contact opnemen met de Ombudsman van de Verzekeringen per post op het volgende adres: Square de Meeûs 35, 1000 Brussel, per e-mail op info@ombudsman-insurance.be of per telefoon op +32 (0) 2 547 58 71, onverminderd de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure aan te spannen.

TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (T.V.V.)

DKV FLEXI PRO

EDITIE 01.2018

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 Flexi 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 pijn 1, 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.

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 logementkosten 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;
- 4.1.17. Indien de wettelijke ziekteverzekering op één of meerdere van de hierna genoemde posten van de ziekenhuisfactuur niet tussenkomt:
 - de kosten van farmaceutische producten, verband- en medisch materiaal (zie artikel 4.1.5.);
 - de kosten van medische hulpmiddelen (zie artikel 4.1.6.);
 - de kosten van medische protheses (zie artikel 4.1.10.);
 - de kosten van kunstledematen (zie artikel 4.1.11.);
 is de som van alle betrokken kosten terugbetaalbaar tot een bedrag van € 10 000 per verzekeringsjaar en per verzekerde, na aftrek van de statutaire en/of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.
 Boven dit bedrag worden de betrokken kosten terugbetaald aan 50%, na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.
 Indien de begindatum van het onderschreven verzekeringsplan niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum, wordt bovenstaand principe toegepast in evenredigheid met het aantal maanden gelegen tussen de begindatum van het onderschreven verzekeringsplan en de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringscontract.
 Het bovenstaand principe is van toepassing één keer op het verzekeringsgeval dat zich op ononderbroken wijze over 2 opeenvolgende verzekeringsjaren uitstrekt.

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

- 4.2. Ambulante behandeling in de pre- en posthospitalisatieperiode en in het kader van de verzekeringswaarborg 'Zware Ziekten'
 Worden terugbetaald aan 100%, per verzekeringsgeval omschreven onder artikels 2.2. en 2.3., na tussenkomst van de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst ook van het ziekenfonds voor zover zij 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.

5. WACHTTTIJD (= A.V.V. 12)

De wachttijd bedraagt 3 maanden en vangt aan voor elke verzekerde bij het begin van de verzekeringswaarborg. 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 hospitalisatielwaarborg 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 hospitalisatielwaarborg genoten en er geen onderbreking is tussen beide waarborgen.

6. PERSOONLIJKE BIJDRAGE (=A.V.V.13) EN DAGHOSPITALISATIE IN EEN EENPERSOONSKAMER (A.V.V.26)

- 6.1. De persoonlijke bijdrage, die bepaald is in de polis, wordt toegepast:
 - 6.1.1. per verzekerde;
 - 6.1.2. per verzekeringsgeval omschreven onder artikel 2.1.1. bij opname in een éénpersoonskamer.
- 6.2. De persoonlijke bijdrage 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.
- 6.3. Daghospitalisatie in een éénpersoonskamer
In geval van een daghospitalisatie in een éénpersoonskamer (zie artikel 2.1.2.) worden de kamer- en ereloonsupplementen niet ten laste genomen door de verzekeraar.

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 verzekerd 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 onvoorzien 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.
 De dienstverlening verbonden aan de Medicaard® is niet van toepassing in geval van daghospitalisatie in een éénpersoonskamer.
- 10.2. **Verbintenissen**
Door het gebruik van de Medi-Card®, die strikt persoonlijk is, aanvaardt de verzekerde de rechten en plichten die hieruit voortvloeien. Wanneer de verzekeraar in het kader van een Medi-Card® dossier de opnamekosten aan het ziekenhuis terugbetaalt, erkent de verzekeringnemer of de verzekerde dat volgende kosten door hem/haar verschuldigd blijven:
 - de persoonlijke bijdrage;
 - de niet-medische kosten,
 - het bedrag dat het verzekerd plafond overschrijdt,
 - de kosten m.b.t. een verzekeringsgeval die niet gedekt zijn,
 - de door de verzekeraar geweigerde kosten,
 De dienstverlening verbonden aan de Medi-Card® kan, per verzekerde, worden geschorst:
 - in geval van misbruik van de kaart;
 - in geval van niet-betaling door de verzekerde van 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.