

# TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN PLAN CLINICOMFORT

EDITIE 12.2009

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

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

## 1. Verzekeringsplan (= A.V.V. 5)

Het verzekeringsplan is het Plan CliniComfort.

## 2. Verzekeringsgeval volgens het Plan CliniComfort (= A.V.V. 6)

- 2.1. Het verzekeringsgeval wordt gevormd door de stationaire behandeling in een verpleeginstelling ingevolge het optreden van een ziekte, een bevalling of een ongeval voor zover één ligdag in rekening kan worden gebracht en voor zover dit effectief gebeurt. Het verzekeringsgeval vangt aan bij de opname in een verpleeginstelling en eindigt met het ontslag uit de verpleeginstelling.  
De thuisbevalling wordt gelijkgesteld met een bevalling in een verpleeginstelling.
- 2.2. Het verzekeringsgeval wordt eveneens gevormd door de ambulante behandeling ingevolge het optreden van een zware ziekte. Het verzekeringsgeval vangt aan met de instelling van een medische behandeling en eindigt wanneer er geen noodzaak tot behandelen meer is.
- 2.3. Worden beschouwd als zware ziekten vanaf het ogenblik waarop een objectief medisch onderzoek de diagnosestelling ervan heeft toegelaten : 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, cerebro-spinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encephalitis, tetanus, virale hepatitis, malaria, vlektyfus, tyfus, paratyfus, difterie, cholera, miltvuur, mucoviscidose, nierdialyse.  
De verzekeraar kan het recht op uitkering ondergeschikt maken aan het voorleggen van de medische stukken die de gestelde diagnose objectiveren.
- 2.4. Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval, de medische kosten die :
  - 2.4.1. een curatief, diagnostisch of palliatief karakter hebben;
  - 2.4.2. medisch noodzakelijk zijn;
  - 2.4.3. verstrekt zijn door erkende zorgverstrekkers;
  - 2.4.4. op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn;
  - 2.4.5. gemaakt zijn tijdens de duur van het verzekeringsgeval.
 Onder de aldus opgesomde voorwaarden, waarborgt de verzekeraar de therapeutische vrijheid van de zorgverstrekker en van de verzekerde persoon.
- 2.5. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval omschreven onder punt T.V.V.2.1. en volgens de modaliteiten gedefinieerd onder punt T.V.V.2.6., na de wettelijke, statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit:
  - 2.5.1. de kosten voor het verblijf;
  - 2.5.2. de verblijf- en logementskosten van één van de ouders in dezelfde instelling als deze van het verpleegde kind voor zover de ouder verzekerd is volgens eenzelfde verzekeringsplan, de aanwezigheid van de ouder beschouwd moet worden als onmisbaar bestanddeel van de medische behandeling en het kind de leeftijdscategorie die volgt op deze van 0 tot 19 jaar, niet bereikt heeft;
  - 2.5.3. de kosten van de medische prestaties;
  - 2.5.4. de kosten van de paramedische prestaties;
  - 2.5.5. de kosten van de farmaceutische producten, van de verbanden en van het medisch materiaal;
  - 2.5.6. de kosten van de medische hulpmiddelen;
  - 2.5.7. de chirurgiekosten;
  - 2.5.8. de verdovingskosten;
  - 2.5.9. de kosten voor het gebruik van de operatiekamer en de bevallingskamer;
  - 2.5.10. de kosten van de medische protheses, met uitzondering van de volgende kosten: de kosten van tandprotheses, tandmateriaal, bruggen, kronen en implantaten;
  - 2.5.11. de kosten van de kunstledematen;
  - 2.5.12. de vervoerkosten per ziekenwagen en de vervoerkosten per helikopter, met een maximum van € 1.000, in België, per verzekeringsjaar en per verzekerde persoon. In het geval van vervoer per helikopter gaat het om helivervoer van de verzekerde persoon naar de afdeling intensieve zorgen van een verpleeginstelling;
  - 2.5.13. de mortuariumkosten die in rekening gebracht worden op het 'Uittreksel verpleegnota bestemd voor de patiënt';
  - 2.5.14. de kosten voor 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 kraamverzorgster aan de moeder, de pasgeborene en het gezin;
  - 2.5.15. 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 verzekerde en gehospitaliseerde persoon;
  - 2.5.16. de kosten van de tandextractie onder algemene verdoving in een verpleeginstelling;
  - 2.5.17. een bedrag van € 10 per hospitalisatiedag, met een maximum van € 50 per verzekeringsgeval. Indien een miniforfait, een maxiforfait, een forfait A, B, C of D, een forfait chirurgisch dagziekenhuis of thuisbevalling is aangerekend, wordt een eenmalig bedrag van € 20 uitgekeerd per verzekeringsgeval behalve indien het gaat om een behandeling van een zware ziekte: in dit geval worden de kosten terugbetaald volgens de voorwaarden beschreven onder punt T.V.V. 2.9. en 2.10.
- 2.6. De verzekeraar betaalt voor 100% de kosten terug die vermeld zijn onder en volgens punt T.V.V.2.5. indien ze zijn opgenomen op het 'Uittreksel verpleegnota bestemd voor de patiënt' en/of op de 'Honorariumnota bestemd voor de patiënt'. Deze nota's zijn conform de bijlagen 37 en 38 van het reglement van 28.07.2003 (B.S. 29.08.2003), verder 'reglement' genoemd. De kosten opgenomen onder punt T.V.V. 2.5.12., 2.5.14., 2.5.15 en de thuisbevalling worden terugbetaald onder de specifieke voorwaarden zoals voor elk geval beschreven.
  - 2.6.1. Voor de berekening van de tussenkomst bij een verblijf in een verpleeginstelling die opgenomen is op de lijst 'beperkte tussenkomst' (zie punt T.V.V. 10), zal de verzekeraar echter:
    - 2.6.1.1. de verblijfskosten terugbetalen enkel indien er werkelijk een verblijf geweest is op een twee- of meerpersoonskamer;
    - 2.6.1.2. **het totaal nemen ten laste van en gefactureerd aan de patiënt** voor alle rubrieken van de factuur en vergelijken met **het totaal ten laste van en gefactureerd aan de mutualiteit** voor alle rubrieken van de factuur. De verzekeraar betaalt **het totaal ten laste van en gefactureerd aan de patiënt** terug zonder dat dit bedrag het totaal mag overschrijden dat **ten laste is van en gefactureerd aan de mutualiteit**.
  - 2.6.2. De verzekeraar betaalt ook, na de eventuele toepassing van punt T.V.V. 2.6.1., het bedrag voorzien onder punt T.V.V. 2.5.17. Vervolgens wordt in deze volgorde in mindering gebracht:
    - 2.6.2.1. de niet-medische kosten;
    - 2.6.2.2. de kosten die niet gedekt zijn door de verzekeringswaarborg;
    - 2.6.2.3. de statutaire tussenkomst of elke andere tussenkomst van de mutualiteit of van een ander organisme;
    - 2.6.2.4. de eventuele vrijstelling.
  - 2.6.3. De verzekeraar betaalt de kosten voor thuisbevalling terug zoals hierboven beschreven, zonder dat deze het bedrag **ten laste van en gefactureerd aan de mutualiteit** mogen overschrijden.
- 2.7. Indien het verzekeringsgeval gevormd wordt door verschillende opeenvolgende facturen, conform aan de bijlagen 37 en 38 van het bedoelde reglement, zal de verzekeraar in uitvoering van punt T.V.V.2.6. eerst alle facturen globaliseren.
- 2.8. Indien de wettelijke ziekteverzekering op geen enkele post van de hospitalisatiefactuur tussenkomt, is er geen enkele tussenkomst van de verzekeraar voor dit verzekeringsgeval.
- 2.9. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval na de wettelijke, statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit, voor zover zij rechtstreeks verband houden met de ambulante behandeling van een gediagnosticeerde zware ziekte :
 

**aan 100 % :**

  - 2.9.1. de kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging,
  - 2.9.2. de kosten van de homeopathische behandeling, de kosten van de acupunctuur-, osteopathie-, en chiropraxiebehandeling,

- 2.9.3. de kosten van de paramedische prestaties voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten.  
Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: verpleegkundige zorgen, kinesitherapie en fysiotherapie.
- 2.9.4. de kosten van de medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten.  
Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: brillenglazen, contactlenzen, hoorapparaten, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaat, spalken en krukken.  
De behoorlijk bewezen kosten zijn gedekt met uitsluiting van de onderhouds- en herstellingskosten, de kosten van de hulpmiddelen strekkend tot het gebruik ervan en de wisselstukken.
- 2.9.5. de kosten van de medische protheses, met uitzondering van de protheses waarvan de dekking uitgesloten is onder het punt T.V.V. 6.7.
- 2.9.6. de kosten van de kunstledematen.

#### **Aan 80 % :**

- 2.9.7. de kosten van de allopathische en homeopathische geneesmiddelen, van de verbanden en van het medische materiaal, indien voorgeschreven door een geneesheer, met uitsluiting van elk type van product dat in de handel in het algemeen te verkrijgen is.
- 2.10. Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt in de kosten beschreven onder de punten T.V.V. 2.9.1. tot 2.9.7., wordt het terugbetalingspercentage herleid met 50 % na aftrek van de statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit.

### **3. Wachtijd (= A.V.V. 11)**

Er is geen wachtijd.

### **4. Vrijstelling (= A.V.V.13)**

De vrijstelling wordt toegepast :

- 4.1. per verzekerde persoon,
- 4.2. 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,
- 4.3. één keer op het verzekeringsgeval dat zich op ononderbroken wijze over twee opeenvolgende verzekeringsjaren uitstrekt.

De vrijstelling is niet van toepassing ingeval van ambulante behandeling ingevolge het optreden van een zware ziekte.

### **5. Verzekeraarheid (= A.V.V. 16 en 17)**

Verzekeraar zijn :

- 5.1. de personen die bij de aansluiting tot verzekering gezond zijn;
- 5.2. de personen die bij de aansluiting tot verzekering een ingangsstadium hebben die de berekening van de premie toelaat volgens een voorziene en vigerende leeftijdscategorie;
- 5.3. de personen die hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben;
- 5.4. de personen die onderworpen zijn aan de vigerende sociale wetgeving en deze genieten;
- 5.5. de pasgeborenen vanaf de geboortemaand volgens hetzelfde verzekeringsplan als één van de verzekerde ouders voor zover het verzekeringsplan wordt afgesloten binnen de 60 dagen volgend op de geboortemaand.

### **6. Uitsluiting van de verzekeringswaarborg (= A.V.V. 23)**

Naast de uitsluitingen voorzien onder artikel 23 van de A.V.V., geldt de verzekeringswaarborg ook niet voor:

- 6.1. de kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg zijn van een behandeling van zwaarlijvigheid;
- 6.2. de kosten die verbonden zijn aan een esthetische of plastische interventie, zelfs bij functionele hinder;
- 6.3. de kosten die verbonden zijn aan volgende behandelingen: liposuctie, liposculptuur, gastroplastie, gastric banding, abdominoplastie, borstvergroting of borstverkleining, rhino-septoplastie, blepharoplastie, otoplastie, verwijdering van hypertrofisch littekenweefsel;
- 6.4. de kosten die verbonden zijn aan reconstructieve chirurgie, tenzij deze het gevolg zijn van een zware ziekte volgens punt T.V.V. 2.3., een congenitale aandoening bij een pasgeborene in toepassing van artikel T.V.V. 5.5. of van een ongeval waarvoor een verzekeringstussenkomst is verworven; en dit na voorafgaandelijk akkoord van de adviserend geneesheer van de verzekeraar;
- 6.5. de verzekeringsgevallen waarbij het verblijf, zelfs wanneer gedeeltelijk, plaatsvindt in een eenpersoonskamer in een verpleeginstelling die opgenomen is op de lijst 'beperkte tussenkomst', tenzij de geldende Belgische wetgeving dit verblijf factureert als een verblijf in een twee- of meerpersoonskamer;
- 6.6. de verzekeringsgevallen volgens de punten T.V.V. 2.1. en 2.2. die optreden buiten het Belgisch grondgebied. De waarborg is niettemin verworven in het woon- of werkland indien het gaat om grensarbeiders, als dusdanig erkend door de Belgische sociale zekerheid en die in het werkland aangesloten zijn bij de wettelijke ziekteverzekering;

- 6.7. tandbehandelingen, orthodontie, kosten voor tandprotheses, tandmateriaal, bruggen, kronen en implantaten, met uitzondering van de kosten voorzien onder punt T.V.V.2.5.16. waarvoor de verzekeringswaarborg verworven is.

### **7. Einde van de verzekeringswaarborg (= A.V.V. 25)**

Indien het verzekeringsgeval (= T.V.V. 2.1.) voortduurt na de einddatum van het verzekeringsplan, wordt de terugbetaling van de kosten gemaakt na dit einde gewaarborgd tot het einde van het verzekeringsgeval.

De dekking voor Zware Ziekten (= T.V.V. 2.2.) eindigt echter automatisch op de einddatum van het verzekeringsplan en de verzekeringswaarborg.

### **8. De premie (=A.V.V. 40)**

In afwijking van punten 40.1. en 40.2. van de A.V.V. wordt de premie niet berekend of gewijzigd volgens de woonplaats of de vaste en gebruikelijke verblijfplaats van de verzekeringsnemer.

### **9. Wijziging van de premie (=A.V.V. 47)**

Naast wat voorzien is onder punt 47.2. van de A.V.V., berekent de verzekeraar elk jaar de eventuele aanpassing van de premie:

- 9.1. de verzekeraar kan de premie aanpassen in functie van de parameters die zijn werkelijke kost vertegenwoordigen, in overeenstemming met de geldende wetgeving.
- 9.2. de aanpassing voorzien in punt T.V.V. 9.1. kan vervangen worden door een indexatie van de totaliteit (100%) van de premie door gebruik te maken van de rubriek 'verpleging in ziekenhuis' van de index van de consumptieprijzen voor zover deze indexatie toegelaten wordt door de geldende wetgeving. In dit geval is het geïndexeerd bedrag gelijk aan het initiële bedrag vermenigvuldigd met de nieuwe index en gedeeld door de initiële index.

### **10. Lijst 'beperkte tussenkomst'**

- 10.1. Criteria gebruikt voor de opmaak van de lijst 'beperkte tussenkomst'  
De namen van de verpleeginstellingen, waarvoor de tussenkomst van de verzekeraar beperkt wordt volgens T.V.V. 2.6.1., worden opgenomen op de lijst 'beperkte tussenkomst', hierna 'lijst BT'. Deze lijst BT wordt meegedeeld aan de verzekeringsnemer bij uitgifte van de polis.

Een verpleeginstelling wordt opgenomen op de lijst BT indien de Gemiddelde Hospitalisatiekost (hierna GHK) van deze verpleeginstelling minstens 40% hoger ligt dan de Algemeen Gemiddelde Hospitalisatiekost (hierna AGH).

De **GHK** van een verpleeginstelling is het totaal bedrag gefactureerd door deze verpleeginstelling voor hospitalisaties die de verzekeraar ten laste genomen heeft gedurende het voorafgaande jaar en de eerste zes maanden van het lopende jaar in het kader van de producten uit de serie IS en CLINI, gedeeld door het aantal hospitalisatiegevallen in deze verpleeginstelling gedurende dezelfde periode.

De **AGH** is het totaalbedrag van alle hospitalisatiekosten door alle verpleeginstellingen gefactureerd, die de verzekeraar ten laste genomen heeft gedurende het voorafgaande jaar en de eerste zes maanden van het lopende jaar in het kader van de producten uit de serie IS en CLINI, gedeeld door het totaal aantal hospitalisatiegevallen in alle verpleeginstellingen gedurende dezelfde periode.

Bij de opmaak van de eerste lijst BT heeft de verzekeraar de GHK en AGH berekend op basis van de bedragen die hij ten laste genomen heeft in de periode van 01.01.2003 tot 30.06.2004 in het kader van de producten uit de serie IS.

Een **hospitalisatiegeval** wordt gedefinieerd als het geheel van alle verblijven van een verzekerde persoon in eenzelfde verpleeginstelling als gevolg van het optreden van eenzelfde ziekte, eenzelfde ongeval of een bevalling en geleid heeft tot minstens één terugbetaling door de verzekeraar in de loop van eenzelfde kalenderjaar.

- 10.2. Jaarlijkse aanpassing van de lijst BT  
In de loop van het tweede semester van elk jaar herrekent de verzekeraar de AGH, die als basis genomen moet worden, en de nieuwe GHK en past de lijst BT hieraan aan.

Indien het percentage van de variatie van de nieuwe AGH in vergelijking met de AGH van voorafgaande periode hoger ligt dan het percentage van de variatie van de rubriek 'verpleging in ziekenhuis' van de index van de consumptieprijzen, dan zal dit laatste percentage in aanmerking genomen worden als maximale percentage van variatie voor de berekening van de nieuwe AGH die als referentie genomen wordt.

- 10.3. Bekendmaking, in voege treden en controle van de lijst BT  
Elke wijziging van de lijst BT zal schriftelijk bekend gemaakt worden aan de verzekeringsnemer, rekening houdend met een redelijke opzegtermijn.

De nieuwe lijst BT is van toepassing voor elk verzekeringsgeval waarvan het begin van het verblijf samenvalt met of volgt op de datum van het in voege treden van de nieuwe lijst BT. Deze datum van het in voege treden wordt in de bekendmaking vermeld.

De verzekerde personen kunnen bij de verzekeraar een informatieve nota bekomen die meer uitleg geeft over de methodologie die gebruikt is voor de bepaling van de AGH en de GHK. Ook een kopie kan bekomen worden van de verklaring van de bedrijfsrevisor, aangesteld door de verzekeraar, die de juistheid bevestigt van de inhoud van de lijst BT en de juiste toepassing van de methodologie voor de bepaling van de GHK en de AGH, zoals beschreven in punt T.V.V.10.