

# TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (T.V.V.)

## DKV FLEXI CORPORATE

EDITIE 01.2017

**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 Corporate.

### 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. VERGOEDINGSCRITEIA

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, per verzekeringsgeval omschreven onder artikels 2.1.1, 2.1.2 en 2.1.3., aan 100%, 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 per verzekeringsgeval omschreven onder artikels 2.2. en 2.3., aan 100% en 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), de 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)

Er is geen wachttijd.

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

- 6.1. Persoonlijke bijdrage wordt toegepast:
  - 6.1.1. per verzekerde;
  - 6.1.2. per verzekeringsgeval 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 kunnen geen dekking genieten 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 er de voordelen van 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 kunnen geen dekking meer genieten indien 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 kunnen geen dekking genieten 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 er de voordelen van 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 lopend 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 DKV Belgium N.V. 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 akkoord is gesloten met het ziekenfonds.

## 10. Medi-Card®

---

- 10.1. Dienstverlening  
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 Medicard® 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 de 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.