TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN
PLAN IS2000

EDITIE 01.2010

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 IS2000.

2. Verzekeringsgeval volgens het Plan IS2000 (= 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 30 dagen vóór de opname in de verpleeginstelling (= voorhospitalisatieperiode) en eindigt 90 dagen na het verlaten van de verpleeginstelling, maar ten laatste bij het begin van een nieuw verzekeringsgeval (= nahospitalisatieperiode).
In geval van een behandeling in een verpleeghotel of in een palliatieve instelling, door de verzekeraar gelijkgesteld met een verpleeginstelling, is het verzekeringsgeval beperkt tot het verblijf.
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. aan 100 % na de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst ook van het ziekenfonds :

2.5.1. de verblijfkosten;
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 medische prestaties;
2.5.4. de kosten van paramedische prestaties;
2.5.5. de kosten van farmaceutische producten, verband- en medisch materiaal;
2.5.6. de kosten van 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 arbeidskamer;
2.5.10. de kosten van medische protheses, met uitzondering van de protheses waarvan de dekking is voorzien onder het punt T.V.V. 7.;
2.5.11. de kosten van kunstledematen;
2.5.12. de vervoerkosten per ziekenwagen in België;
2.5.13. de vervoerkosten per helikopter in België van de plaats van het ongeval naar de verpleeginstelling voor zover dit vervoer medisch noodzakelijk is en voor zover geen ander vervoermiddel gebruikt kan worden;
2.5.14. de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;
2.5.15. 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 kraamverzorger aan de moeder, de pasgeborene en het gezin;
2.5.16. de verblijfkosten van de donor met een maximum van € 1.239,47 bij een medisch noodzakelijke transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde persoon en gehospitaliseerde persoon;
2.5.17. de kosten van de tandextractie onder algemene verdoving in een verpleeginstelling;

2.6. Enkel indien de wettelijke ziekteverzekering op geen enkele post van de hospitalisatiefaktuur tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsgeval omschreven onder punt T.V.V. 2.1. herleid met 50 % na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst ook van het ziekenfonds.

2.7. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval na de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds, voor zover zij rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de behandeling in de verpleeginstelling en gemaakt zijn tijdens de voor- en nahospitalisatie-periode (= voor- en nahospitalisatiekosten) of voor zover zij in rechtstreeks verband staan met de ambulante behandeling van een gediagnosticeerde zware ziekte :

aan 100 % :

2.7.1. de kosten van medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging;
2.7.2. de kosten van homeopathische behandeling, de kosten van acupunctuur-, osteopathie-, en chiropraxiebehandeling;
2.7.3. de kosten van paramedische prestaties voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten.
Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen : verpleegkundige zorgen, kinesitherapie en fysiotherapie;
2.7.4. de kosten van 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;
2.7.5. de kosten van medische protheses, met uitzondering van protheses waarvan de dekking is voorzien onder het punt T.V.V. 7.;
2.7.6. de kosten van de kunstledematen.

Aan 80 % :

2.7.7. de kosten van allopathische en homeopathische geneesmiddelen, van verband- en medisch materiaal met uitsluiting van elk type van product dat in de handel in het algemeen te verkrijgen is, indien voorgeschreven door een geneesheer.

2.8. Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage herleid met 50 % na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.

3. Wachttijd (= A.V.V. 11)

De wachttijd bedraagt 12 maanden voor de kosten gedekt onder punt T.V.V. 7.

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 2 opeenvolgende verzekeringsjaren uitstrekt.

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

5. Verzekerbaarheid (= A.V.V. 16 en 17)

Verzekerbaar zijn de personen die tegelijk:

5.1. bij de aansluiting tot de verzekering een ingangsleeftijd hebben die de berekening van de premie toelaat volgens een voorziene en vigerende leeftijdscategorie;
5.2. hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben;
5.3. onderworpen zijn aan de vigerende sociale wetgeving en ervan genieten;
5.4. aanvaard zijn op basis van medische en verzekeringstechnische criteria.

Pasgeborenen zijn verzekerd 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.

21101_NL_4_201001

6. Einde van de verzekeringswaarborg (= A.V.V. 26)

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.

7. Bijzonderheden

7.1. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval na verloop van de wachttijd en ingevolge het optreden van een ziekte of een ongeval :

7.1.1 de tandbehandelingskosten met uitzondering van de orthodontische behandeling,

7.1.2 de kosten van tandprotheses en van tandmateriaal, met inbegrip van bruggen, kronen en implantaten, voor zover het tandbehandelingsplan voorafgaandelijk is voorgelegd aan de verzekeraar.

7.2. De beschreven kosten worden terugbetaald aan 100 % na de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds, ten belope van € 743,68 per persoon en per verzekeringsjaar, met inachtname van de datum van de verstrekte prestaties.

7.3. Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, blijft het terugbetalingspercentage behouden aan 100 %, ten belope van € 743,68 per persoon en per verzekeringsjaar, na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.

8. Medi-Card®

8.1. Service

De Medi-Card® biedt een eigen dienst ingevolge een overeenkomst tussen een verpleeginstelling en de verzekeraar, die een dubbele verbintenis omvat:

- de verzekeraar verbindt zich ten aanzien van de verzekerde persoon, houder van de kaart, om de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis te betalen;
- de verzekeraar verbindt zich ten aanzien van het ziekenhuis om de betaling van de kosten te waarborgen.

  Door het gebruik van de Medi-Card® worden de verblijf- en de medische kosten (chirurgie, anesthesie,…) die gemaakt zijn tijdens het ziekenhuisverblijf in België, betaald voor zover zij niet uitgesloten zijn door de verzekeringsdekking en voor zover het verblijf plaatsvindt in een verzekerd kamertype. Deze kosten worden geïnd hetzij door het ziekenhuis hetzij via een ander systeem van centrale inning, met uitzondering van de door de zorgverstrekker gevraagde individuele erelonen. Als de geneesheer onderworpen is aan de centrale inning, dan heeft hij niet het recht een individueel ereloon te vragen vermits het de centrale inning is die dit op zich neemt.

8.2. Verbintenissen

Door het gebruik van de Medi-Card®, die strikt persoonlijk is, aanvaardt de verzekerde persoon de toepassing van de rechten en plichten voortvloeiend uit het verzekeringscontract.
Door het gebruik van de kaart verleent de verzekerde persoon de bevoegdheid aan de verzekeraar om rechtstreeks aan het ziekenhuis te betalen. Hij aanvaardt dat zijn rechten ten aanzien van het ziekenhuis worden overgedragen aan de verzekeraar, in de mate van zijn prestaties.
Wanneer de verzekeraar in het kader van een Medi-Card® dossier de opnamekosten aan het ziekenhuis terugbetaalt, erkent de verzekeringnemer of de verzekerde persoon dat volgende kosten door hem/haar verschuldigd blijven:

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

De verzekeraar informeert de verzekeringnemer of de verzekerde persoon over het bedrag dat binnen een termijn van 30 dagen, na ontvangst van de informatie, terugbetaalbaar is. Bij niet-betaling door de verzekerde persoon, verbindt de verzekeringnemer er zich toe deze kosten terug te betalen.
Het gebruik van de Medi-Card® kan voor alle verzekerde personen worden ingetrokken, zonder voorafgaande waarschuwing:

- in geval van misbruik van de kaart;
- in geval van niet-betaling door de verzekeringnemer of verzekerde persoon van de kosten die door hem/haar verschuldigd blijven;
- in geval van niet-betaling van de premie door de verzekeringnemer.