

TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN VAN DE PLANNEN A2, A2 PLUS

EDITIE 01/2019

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 of het plan A2 (= Ambulant), of het plan A2 Plus (= Ambulant Plus).

2. Verzekeringsgeval volgens het plan A2 (= A.V.V. 6)

- 2.1. Het verzekeringsgeval wordt gevormd door de ambulante behandeling ingevolge het optreden van een ziekte, een bevalling of een ongeval. Het verzekeringsgeval vangt aan met het instellen van de medische behandeling en eindigt wanneer er geen noodzaak tot behandeling meer is.
- 2.2. Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval, de medische kosten die:
 - 2.2.1. een curatief en/of diagnostisch karakter hebben,
 - 2.2.2. medisch noodzakelijk zijn,
 - 2.2.3. verstrekt zijn door erkende zorgverstrekkers,
 - 2.2.4. op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn,
 - 2.2.5. 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.
- 2.3. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval aan 80 % na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering:
 - 2.3.1. de kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging,
 - 2.3.2. de kosten van de paramedische prestaties voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk toegelaten door de verzekeraar. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen : de verpleegkundige zorgen, de kinesitherapie en de fysiotherapie,
 - 2.3.3. de kosten van de medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk toegelaten door de verzekeraar. 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 tot het gebruik ervan en de wisselstukken,
 - 2.3.4. de kosten van de medische protheses (behalve tandprotheses),
 - 2.3.5. de kosten van de kunstledematen,
 - 2.3.6. de kosten van de allopathische geneesmiddelen, van de verbanden en van het medische materiaal, voorgeschreven door een geneesheer, met uitsluiting van elk type van product dat in de handel in het algemeen verkregen kan worden.
- 2.4. Indien de wettelijke verzekering niet tussenkomt, blijft het terugbetalingspercentage behouden aan 80 %.

3. Verzekeringsgeval volgens het plan A2 PLUS (= A.V.V. 6)

- 3.1. Het verzekeringsgeval wordt gedefinieerd volgens het plan A2 (= Punt 2.1).
- 3.2. Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval : de medische kosten die beantwoorden aan de voorwaarden uiteengezet in het plan A2 (= Punt 2.2).
- 3.3. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval aan 80 % na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering, de kosten beschreven in het plan A2 (= Punt 2.3) evenals de kosten van de homeopathische behandeling en de homeopathische geneesmiddelen voorgeschreven door een geneesheer, de kosten van de acupunctuur-, osteopathie- en chiropraxiebehandeling verstrekt door een wettelijk erkende zorgverstrekker, of, bij ontstentenis hieraan, door de verzekeraar erkend.
- 3.4. Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, blijft het terugbetalingspercentage behouden aan 80 %.

4. Wachtijd (= A.V.V. 11)

De wachtijd bedraagt 3 maanden.

Indien de verzekeringswaarborg begint vanaf de geboorte voor de pasgeborene is er geen wachtijd

5. Vrijstelling (= A.V.V. 13)

De vrijstelling wordt toegepast :

- 5.1. per verzekerde persoon;
- 5.2. 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.
- 5.3. rekening houdend met de datum van de verstrekte prestaties.

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

Degenen die aan alle volgende criteria voldoen, zijn verzekeraar:

- 6.1. de personen die aanvaard zijn op basis van medische en verzekeringstechnische criteria,
- 6.2. de personen die bij de aansluiting tot de verzekering een ingangleeftijd hebben die de berekening van de premie toelaat volgens een voorziene en vigerende leeftijdscategorie,
- 6.3. de personen die hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben,
- 6.4. de personen die onderworpen zijn aan de vigerende sociale wetgeving en het stelsel grote en kleine risico's bij de Belgische wettelijke ziekteverzekering genieten.

De pasgeborenen van een verzekerde zijn verzekeraar vanaf de geboorte, zonder risicobeoordeling, volgens elk vergelijkbaar verzekeringsplan dat actief gecommmercialiseerd wordt op het moment van geboorte, op voorwaarde dat de verzekeringsaanvraag wordt ingediend binnen de 60 dagen na de geboorte.

7. Premie (= A.V.V. 15, 48.1 en 48.2)

Tijdens de volledige duur van het verzekeringscontract wordt de premie van het plan A2 en A2 Plus elk jaar op de jaarlijkse vervaldatum verhoogd met 1%, berekend op basis van de premie van het vorige jaar.

Bovendien kunnen, zoals bepaald in de artikels 48.1 tot 56 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, premieaanpassingen ook plaatsvinden na het afsluiten van het contract volgens de gevallen, die limitatief zijn opgesomd in artikel 204 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (met name aanpassingen op basis van de evolutie van de consumptieprijsindex of van de specifieke medische indexen of op basis van een beslissing van de toezichthoudende overheden).