

TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN VAN DE PLANNEN H EN H PLUS

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 of het Plan H (=Hospitalisatie), of het Plan H Plus (=Hospitalisatie Plus).

2. Verzekeringsgeval volgens het Plan H (= 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 met de opname in de verpleeginstelling en eindigt bij het verlaten van de verpleeginstelling.

2.2. Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval de medische kosten die :

- 2.2.1. een curatief, diagnostisch of palliatief 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 100 % na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering :

- 2.3.1. de verblijfskosten.
- 2.3.2. de verblijf- en logementskosten van één der 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.
- 2.3.3. de kosten der medische prestaties.
- 2.3.4. de kosten der paramedische prestaties.
- 2.3.5. de kosten der farmaceutische producten, der verbanden en van het medisch materiaal.
- 2.3.6. de kosten der medische hulpmiddelen.
- 2.3.7. de chirurgiekosten.
- 2.3.8. de verdovingskosten.
- 2.3.9. de kosten voor het gebruik van de operatiekamer, de bevallingskamer en de gipskamer.
- 2.3.10. de kosten der medische protheses.
- 2.3.11. de kosten der kunstledematen.
- 2.3.12. de vervoerkosten per ziekenwagen.
- 2.4. Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, blijft het terugbetalingspercentage behouden aan 100 %.
- 2.5. De beschreven kosten worden terugbetaald ten belope van het verzekerde kapitaal dat wordt toegepast :
 - 2.5.1. per verzekerde persoon.
 - 2.5.2. 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.
 - 2.5.3. rekening houdend met de datum van de verstrekte prestaties.

3. Verzekeringsgeval volgens het Plan H Plus (= A.V.V. 6)

3.1. 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 wordt gebracht en voor zover dit effectief gebeurt.

Het verzekeringsgeval vangt aan 30 dagen voor 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).

Het verzekeringsgeval is echter datgene gedefinieerd in het Plan H bij behandeling in een verpleeghotel of in een palliatieve instelling gelijkgesteld met een verpleeginstelling.

3.2. Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval aan 100%, de kosten beschreven in het Plan H (= T.V.V. 2.2.).

3.3. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval aan 100 % de kosten beschreven in het Plan H (= T.V.V. 2.3.).

3.4. De beschreven kosten worden terugbetaald ten belope van het verzekerde kapitaal dat wordt toegepast volgens de modaliteiten beschreven in het Plan H (= T.V.V. 2.5.).

3.5. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval aan 100 % na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering, voor zover zij rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de behandeling in de verpleeginstelling en gemaakt zijn tijdens de voor- en nahospitalisatieperiode (=voor- en nahospitalitekosten):

- 3.5.1. de kosten der medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging.
- 3.5.2. de kosten der paramedische prestaties voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten.

3.5.3. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: de verpleegkundige zorgen, de kinesitherapie en de fysiotherapie. de kosten der 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.

3.5.4. de kosten der medische protheses.

3.5.5. de kosten der kunstledematen.

3.5.6. de kosten der farmaceutische producten, der verbanden en van het medisch materiaal, met uitsluiting van elk type product dat in de handel in het algemeen verkregen kan worden.

3.6. De beschreven kosten worden terugbetaald ten belope van 10 % van het verzekerde kapitaal dat wordt toegepast volgens de modaliteiten beschreven in het Plan H (= T.V.V. 2.5.).

3.7. Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, blijft het terugbetalingspercentage behouden aan 100 %.

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

Er is 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. Verzeekerbaarheid (= A.V.V. 16 en 17)

Zijn verzeekerbaar :

- 6.1. de personen die bij de aansluiting tot de verzekering gezond zijn.
- 6.2. de personen die bij de aansluiting tot de verzekering een ingangseleeftijd hebben die de berekening van de premie toelaat volgens een voorziene en vigerende leeftijdscategorie.
- 6.3. 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.

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

Indien het verzekeringsgeval voortduurt na de einddatum van het verzekeringsplan wordt de terugbetaling van de kosten gemaakt na dit einde gewaarborgd tot het eind van het verzekeringsgeval, echter :

- 7.1. zonder het overblijvende verzekerde kapitaal van het voorbije verzekeringsjaar te overschrijden indien het einde van het verzekeringsplan samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum.
- 7.2. zonder het overblijvende verzekerde kapitaal berekend in evenredigheid met het aantal maanden dat het lopende verzekeringsjaar telt te overschrijden indien het einde van het verzekeringsplan niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum.

8. Niet voorziene of uitgesloten risico's (= A.V.V. 23.10)

De verzekeringswaarborg omvat niet :

- 8.1. de tandbehandelingen ongeacht de aard ervan, met uitzondering van deze waarvan de medische noodzakelijkheid ingevolge het optreden van een ziekte of een ongeval is aangetoond.
- 8.2. de tandprotheses en het tandmateriaal ongeacht de aard ervan, met uitzondering van deze geleverd en geplaatst tijdens de voor- en nahospitalisatieperiode, waarvan de medische noodzakelijkheid ingevolge het optreden van een ziekte of een ongeval is aangetoond en waarvan het behandelingsplan voorafgaandelijk is voorgelegd aan de verzekeraar.

9. Medi-Card®

9.1. 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. 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. Is de geneesheer onderworpen aan de centrale inning, heeft hij niet het recht een individueel ereloon te vragen vermits het de centrale inning is die dit op zich neemt.

9.2. Verbintenissen

De Medi-Card® wordt toegekend na uitgifte van de polis aan de personen met vaste woonplaats en vaste en gebruikelijke verblijfplaats in de Europese Unie die een plan H of een plan H Plus met een kapitaal van € 99.157,41 onderschreven hebben.

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 verzekerde 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 die 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.