

## TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN VAN HET PLAN ZORGVERZEKERING : DKV HOME CARE

EDITIE 09.2008 | Plan 497 (ex 494)

### De Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V.) zijn opgesteld in uitvoering van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden (A.V.V.)

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

- 1.1. Het verzekeringsplan zorgverzekering heeft tot doel het betalen van een maandelijkse vergoeding in geval van zware zorgbehoefte van de verzekerde persoon.
- 1.2. Zware zorgbehoefte wordt gedefinieerd als het langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen van de verzekerde persoon die niet-medische thuiszorg of residentiële zorg nodig heeft.
- 1.3. Residentiële zorg wordt gedefinieerd als niet-medische zorg verstrekt bij het effectief verblijf hetzij in een erkend rustoord, hetzij in een erkend rust- en verzorgingstehuis, hetzij in een erkend psychiatrisch verzorgingstehuis.
- 1.4. Thuiszorg wordt gedefinieerd als niet-medische zorg met uitzondering van de residentiële zorg.
- 1.5. Het verzekeringsplan zorgverzekering heeft eveneens tot doel het toekennen van aanvullende waarborgen die specifieke services voorzien volgens de voorwaarden en criteria zoals opgenomen in art 3 van deze T.V.V.

#### 2. Verzekeringsgeval (= A.V.V. 6)

- 2.1. Het verzekeringsgeval wordt gevormd door het langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen van de verzekerde persoon.
- 2.2. Het verzekeringsgeval vangt aan met de aanvraag door de verzekerde persoon, bevestigd door het bewijs van de vaststelling van het verminderd zelfzorgvermogen zoals bepaald onder punt 2.3. tot en met 2.6., en eindigt van zodra het verminderd zelfzorgvermogen niet langer het vereiste niveau van ernst behaalt.
- 2.3. De vaststelling van de ernst van het verminderd zelfzorgvermogen die thuiszorg noodzakelijk maakt, wordt geëvalueerd door de verzekeraar op basis van attesten of door een door de verzekeraar gemachtigd indicatiesteller.
  - 2.3.1. De verzekerde persoon levert het bewijs van de vaststelling van het langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen thuis aan de hand van één van volgende attesten:
    - 2.3.1.1. attest van minimum 3 maanden op basis van de Katz-schaal in de thuisverpleging (minstens score B);
    - 2.3.1.2. attest van minimum 6 maanden op basis van de BEL-schaal van een dienst voor gezinszorg (minstens score 35);
    - 2.3.1.3. attest op basis van de medisch-sociale schaal voor integra-tietegemoetkoming en tegemoetkoming hulp aan bejaarden (minstens 15 punten);
    - 2.3.1.4. attest op basis van de evaluatieschaal tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting (minstens score C);
    - 2.3.1.5. attest van aanvullende kinderbijslag met een ongeschiktheid van ten minste 66% en met minstens 7 punten op de schaal van zelfredzaamheid;
    - 2.3.1.6. attest van aanvullende kinderbijslag op basis van de medisch-sociale schaal, samengesteld uit de pijlers P1, P2 en P3 (minstens 18 punten);
    - 2.3.1.7. een ander attest dan hierboven opgesomd en dat een zelfde niveau van verminderd zelfzorgvermogen bepaalt, indien deze schaal opgelegd wordt door de verzekeraar.
  - 2.3.2. De verzekerde persoon die niet beschikt over één van de in artikel 2.3.1. opgesomde attesten, levert het bewijs van vaststelling van langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen thuis :
    - 2.3.2.1. via een door de verzekeraar gemachtigde indicatiesteller;
    - 2.3.2.2. op basis van de BEL-schaal of een schaal die een identiek niveau van verminderd zelfzorgvermogen vastlegt, indien deze opgelegd is door de verzekeraar;
    - 2.3.2.3. voor kinderen wordt deze vaststelling gedaan vanaf de leeftijd van 5 jaar en tot 18 jaar op basis van de aangepaste BEL-schaal (minimum 10 punten in de rubriek 'lichamelijke activiteiten van het dagelijks leven').
- 2.4. De vaststelling van de ernst van verminderd zelfzorgvermogen die residentiële zorg noodzakelijk maakt, wordt door de verzekeraar enkel vastgesteld op basis van attesten.
  - 2.4.1. De verzekerde persoon bezorgt het bewijs van vaststelling van zware zorgbehoefte in residentiële zorg op basis van één van volgende attesten:
    - 2.4.1.1. attest op basis van de evaluatieschaal tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting (minstens score A);
    - 2.4.1.2. een ander attest dan hierboven opgesomd en die een zelfde niveau van verminderd zelfzorgvermogen bepaalt, indien deze schaal opgelegd wordt door de verzekeraar.
- 2.5. Wordt vergoed in het kader van een verzekeringsgeval:
  - 2.5.1. het langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen vastgesteld met behulp van een officieel attest dat beantwoordt aan de criteria 2.3. of 2.4. van deze T.V.V.;
  - 2.5.2. afgeleverd door een zorgverstrekker die wettelijk gemachtigd is deze vaststelling te doen. Bij gebrek aan de wettelijke machtiging, kan de verzekeraar de zorgverstrekker hiertoe machtigen.

- 2.6. De verzekeraar behoudt zich het recht voor om de werkelijkheid, de duur en de ernst van het verminderd zelfzorgvermogen vast te stellen en te controleren door een door hem aangesteld persoon, volgens de criteria vermeld in art. 2.3. tot en met 2.5. van deze T.V.V.
- 2.7. Bij verandering van zorgvorm blijft de verzekerde persoon het recht op de verzekeringswaarborg behouden (onder verandering van zorgvorm wordt begrepen het overgaan van thuiszorg naar residentiële zorg en vice versa):
  - 2.7.1. op voorwaarde dat de verzekerde persoon beantwoordt aan de criteria die bepalend zijn voor de nieuwe zorgvorm. Deze criteria zijn beschreven in de art. 2.3. t.e.m. 2.5. van deze T.V.V. In dit geval heeft de verzekerde persoon recht op de maandelijkse vergoeding volgens de nieuwe zorgvorm vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de mededeling van de wijziging aan de verzekeraar;
  - 2.7.2. de wijziging van zorgvorm wordt schriftelijk aan de verzekeraar bezorgd, ten laatste op het einde van de maand na de maand waarin de zorgvorm gewijzigd is. Bij laattijdige kennisgeving behoudt de verzekeraar zich het recht voor om de maandelijkse vergoeding van de nieuwe zorgvorm pas te betalen in de maand die volgt op de maand waarin hij op de hoogte werd gebracht.
  - 2.8. De verzekeraar waarborgt de betaling van de in de polis verzekerde maandelijkse vergoeding volgens volgende voorwaarden:
    - 2.8.1. na het schriftelijk of elektronisch indienen van de zorgaanvraag bij de verzekeraar, ten vroegste bij het begin van de residentiële zorg of thuiszorg;
    - 2.8.2. na ontvangst van het bewijs van de vaststelling van het langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen; dit bewijs dient ten laatste op het einde van de derde maand die volgt op de maand van de aanvraag bezorgd te worden aan en aanvaard te worden door de verzekeraar. Indien het bewijs te laat of niet ontvangen wordt, is de verzekeringswaarborg niet verworven en moet een nieuwe aanvraag ingediend worden bij de verzekeraar;
    - 2.8.3. door ten vroegste vanaf de vierde maand die volgt op de maand van de aanvraag een betaling uit te voeren;
    - 2.8.4. met terugwerkende kracht tot de eerste van de maand die volgt op de maand van de aanvraag, voor zover er nog een verzekeringsgeval lopende is op het ogenblik van de eerste betaling;
    - 2.8.5. per vervallen maand;
    - 2.8.6. voor de periode van de zware zorgbehoefte vastgesteld volgens het attest.
  - 2.9. De verzekerde maandelijkse vergoeding wordt door de verzekeraar aangevuld met een bijkomende vergoeding die uitbetaald wordt volgens hieronder vermelde voorwaarden en criteria:
    - 2.9.1. vanaf de 75<sup>e</sup> verjaardag van de verzekerde persoon;
    - 2.9.2. bij effectief verblijf, en voor de duur van het verblijf, hetzij in een erkend rustoord, hetzij in een erkend rust- en verzorgingstehuis, hetzij in een erkend psychiatrisch verzorgingstehuis;
    - 2.9.3. op basis van de officiële dagprijs van de instellingen voor bejaardenopvang, vastgesteld door de Federale Overheidsdienst Economie, KMO en Middenstand (Prijzendienst) van België;
    - 2.9.4. volgens de verzekerde maandelijkse vergoeding:
      - 2.9.4.1. tot maximum de gemiddelde officiële prijs van alle instellingen, indien de verzekerde maandelijkse vergoeding minstens € 1 000 bedraagt (09.2008 = index 100);
      - 2.9.4.2. tot maximum de officiële prijs van de instelling, waarin de verzekerde persoon effectief verblijft, indien de verzekerde maandelijkse vergoeding minstens € 2 000 bedraagt (09.2008 = index 100). Wanneer de officiële prijs deze verzekerde maandelijkse vergoeding met méér dan 20% overstijgt, is het voorafgaand akkoord van de verzekeraar noodzakelijk.
  - 2.9.5. tot maximum de officieel gefactureerde prijs. De officiële facturen moeten ingediend worden binnen de 30 dagen na uitgifte op de maatschappelijke zetel van de verzekeraar. De verzekeraar kan het recht op de verzekeringswaarborg opschorten tot hij beschikt over vertaalde en aanvaardbare facturen, indien de facturen opgesteld zijn in een vreemde taal en de vertaling noodzakelijk is om het recht op vergoeding te kunnen onderzoeken.
  - 2.9.6. per vervallen maand.
- 2.10. De premie en de verzekerde maandelijkse vergoeding kunnen op de jaarlijkse vervaldag worden geïndexeerd volgens volgende modaliteiten:
  - 2.10.1. rekening houdend met maximaal het positieve percentage van de schommeling van de officiële prijs vermeld in art. 2.9. van deze T.V.V.
  - 2.10.2. op basis van de premie en de verzekerde maandelijkse vergoeding in voege vóór de indexatie
  - 2.10.3. volgens de bereikte leeftijd van de verzekerde persoon op het ogenblik van de indexatie.

- 2.11. Het verzekeringsgeval wordt eveneens gevormd door de noodzaak aan niet-medische thuiszorg ten voordele van de verzekerde persoon en dit, volgens de criteria en voorwaarden van toepassing in de aanvullende waarborgen zoals vermeld in de art. 3.1. en 3.2. van deze T.V.V.

### 3. Aanvullende waarborgen (= A.V.V. 6)

- 3.1. De verzekeraar stelt de verzekerde persoon volgende aanvullende services ter beschikking:
- 3.1.1. een service 'zorgmanagement' (Conciërgeservice); deze is toegankelijk voor de verzekerde persoon bij zware zorgbehoefte of bij zorgbehoefte thuis na één nacht verblijf in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis. Deze service geeft advies en organiseert niet-medische zorg volgens de voorziene en geldende voorwaarden opgenomen in de overeenkomst tussen deze dienst en de verzekeraar;
- 3.1.2. een service 'zorg in natura'; deze is toegankelijk voor de verzekerde persoon bij zorgbehoefte na één nacht verblijf in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis. Deze biedt niet-medische 'zorg in natura' op de verblijfplaats van de verzekerde persoon in België. Bij verblijf in een ander land van de Europese Unie wordt deze service aangeboden na voorafgaand akkoord van de verzekeraar. De voorwaarden voor deze service zijn:
- 3.1.2.1. de aanvraag voor thuiszorg wordt ingediend bij de verzekeraar uiterlijk 72 uur na het ontslag uit het ziekenhuis;
- 3.1.2.2. het aantal uur wordt bepaald op basis van de totaal verzekerde maandelijkse vergoeding;
- 3.1.2.3. voor zover er een overeenkomst gesloten is tussen de dienst en de verzekeraar en volgens de geldende en in voege zijnde modaliteiten.
- 3.1.3. een service 'palliatieve zorg'; deze is toegankelijk voor verzekerde personen die recht hebben op de forfaitaire tussenkomst voorzien in het KB 2/12/1999 voor palliatieve thuiszorg. Deze dienst organiseert 'zorg in natura':
- 3.1.3.1. vanaf de ontvangstdatum van het bewijs van de effectieve betaling van het voormelde forfait palliatieve zorg;
- 3.1.3.2. voor het aantal uren bepaald door de totaal verzekerde maandelijkse vergoeding;
- 3.1.3.3. voor zover er een overeenkomst gesloten is tussen de dienst en de verzekeraar en volgens de geldende en in voege zijnde modaliteiten;
- 3.1.3.4. voor een periode van 3 maand, éénmaal verlengbaar.
- 3.2. De verzekerde persoon kiest in alle vrijheid of hij gebruik maakt van de aangeboden diensten in art. 3.1.1. tot en met 3.1.3. van deze T.V.V. Eens de verzekerde persoon zijn akkoord gegeven heeft, valt de uitvoering van de dienst volledig onder de verantwoordelijkheid van de dienstverlener.
- De verzekeraar draagt, ongeacht de aard, oorzaak of gevolgen, geen enkele verantwoordelijkheid bij gebrek, fout, niet uitvoering of vergissing, van de dienstverlener. De verzekerde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger heeft geen enkel recht van verhaal jegens de verzekeraar tot schadeloosstelling van eventueel opgelopen schade of nadeel.

### 4. Wachtijd (= A.V.V. 10)

- 4.1. Er is geen wachtijd: noch bij ziekte, noch bij ongeval.
- 4.2. Voor pasgeborenen is de waarborg verworven vanaf de geboorte indien het kind wordt verzekerd binnen de 60 dagen volgend op de maand van de geboorte, in een zelfde plan en voor een zelfde maandelijkse vergoeding als één van de verzekerde ouders en voor zover deze ouder minstens gedurende 9 maanden verzekerd is op het ogenblik van de geboorte.

### 5. Karentie (= A.V.V. 11)

Er is geen karentie.

### 6. Verzekerbaarheid (= A.V.V. 14 en 15)

Zijn verzekeraar :

- 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 ingangleeftijd hebben die de berekening van de premie toelaat volgens een voorziene en vigerende leeftijd,
- 6.3. de personen die hun vaste woonplaats of hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben,
- 6.4. de personen die hun woonplaats of hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in een ander land van de Europese Unie hebben, na voorafgaand akkoord van de verzekeraar.

### 7. Uitgesloten risico's (= A.V.V. 22)

Er is geen recht op uitkering tijdens een periode van gedwongen internering of van collocatie van de verzekerde persoon, tenzij deze maatregel uitsluitend een noodzakelijk gevolg is van het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen.

### 8. Territorialiteit van de verzekeringswaarborg (= A.V.V. 23)

De waarborg is geldig:

- 8.1. in België;
- 8.2. in een ander land van de Europese Unie, na voorafgaand akkoord van de verzekeraar.

### 9. Inlichtingen aan de verzekeraar (= A.V.V. 33 en 34)

De verzekeringnemer en de verzekerde persoon zijn ertoe gehouden :

- 9.1. de verzekeraar in te lichten over de vaststelling van een zware zorgbehoefte of elke wijziging ervan binnen de 30 dagen volgend op het optreden ervan;
- 9.2. elke 6 maanden de voortzetting en het niveau van de zware zorgbehoefte te motiveren onder voorbehoud dat de verzekeraar voorziet in andere termijnen en in de aanstelling van een arts of een andere indicatiesteller.
- 9.3. de verzekeraar binnen de 30 dagen na het optreden ervan op de hoogte brengen van:
- 9.3.1. het overbrengen van de vaste woonplaats of van de vaste en gebruikelijke verblijfplaats naar een ander land dan België ;
- 9.3.2. de nieuwe overdracht van de vaste woonplaats of van de vaste en gebruikelijke verblijfplaats hetzij naar België hetzij naar een ander land van de Europese Unie.

### 10. De premie (= A.V.V. 35)

De verzekeringnemer is ten opzichte van kinderen die tijdens de duur van het plan zorgverzekering de leeftijdsgroep 0 tot 19 jaar verlaten, de premie voor de leeftijd van 20 jaar verschuldigd vanaf de jaarlijkse vervaldatum die volgt op hun 19de verjaardag.

### 11. Aanvraag tot verhoging van de maandelijkse vergoeding (= A.V.V. 16 en 21)

- 11.1. Bij elke aanvraag tot verhoging van de verzekerde maandelijkse vergoeding op verzoek van de verzekeringnemer is het voorafgaand akkoord van de verzekeraar vereist. De verzekeraar kan deze aanvraag onderwerpen aan specifieke onderschrijvings- en aanvaardingsvoorwaarden.
- 11.2. De verhoging van de verzekerde maandelijkse vergoeding is mogelijk tot en met de leeftijd van 69 jaar.
- 11.3. De verhoging van de maandelijkse vergoeding is niet van toepassing op lopende verzekeringsgevallen.
- 11.4. De premie verbonden aan de bijkomende maandelijkse vergoeding wordt berekend volgens de bereikte leeftijd van de verzekerde persoon. Dit is ook van toepassing op de berekening verbonden aan de aanvullende waarborgen die beschreven zijn in artikel 3 van deze T.V.V.

### 12. Schorsing van de verzekeringswaarborg (=A.V.V. 24)

- 12.1. Het recht op de verzekeringswaarborg wordt geschorst vanaf het begin en voor de duur van het overbrengen van de vaste woonplaats of van de vaste en gebruikelijke verblijfplaats van de verzekerde persoon buiten de Europese Unie.
- 12.2. De verzekeringnemer blijft de premiebetaling verschuldigd tijdens de schorsing van de verzekeringswaarborg.
- 12.3. De verzekerde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger verwittigt de verzekeraar vanaf het ogenblik dat de verzekeringsvoorwaarden vermeld in artikel 6.3. of 6.4. van deze T.V.V. weer vervuld zijn en vraagt aan de verzekeraar om opnieuw gedekt te worden door de verzekeringswaarborg.
- 12.4. De datum waarop het recht op de verzekeringswaarborg opnieuw wordt toegekend, wordt bevestigd door de uitgifte van een bijvoegsel aan het verzekeringscontract.
- 12.5. Het verzekeringsgeval dat aanvangt tijdens de schorsingsperiode van de verzekeringswaarborg geeft recht op een prestatie van de verzekeraar ten vroegste vanaf de datum waarop de verzekerde persoon terug beantwoordt aan de verzekeringsvoorwaarden vermeld in artikel 6.3. of 6.4. van deze T.V.V.
- 12.6. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde persoon de schorsing van de verzekeringswaarborg zoals voorzien in artikel 12.1. van deze T.V.V. niet aanvaardt, kan de verzekeringnemer overeenkomen in overeenstemming met de verzekeraar dat ook het verzekeringsplan en -waarborg eindigen op een datum overeengekomen tussen de verzekeringnemer en de verzekeraar.