

TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN VAN HET PLAN ZWARE ZIEKTEN

EDITIE 08.2003

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 Zware Ziekten.

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

- 2.1. Het verzekeringsgeval wordt 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.
- 2.2. 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.
- 2.3. Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval : de medische kosten die :
 - 2.3.1. een curatief, diagnostisch of palliatief karakter hebben,
 - 2.3.2. medisch noodzakelijk zijn,
 - 2.3.3. verstrekt zijn door erkende zorgverstrekkers,
 - 2.3.4. op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn,
 - 2.3.5. 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.
- 2.4. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering en voor zover zij in rechtstreeks verband staan met de behandeling van een gediagnosticeerde zware ziekte :

aan 100 % :

- 2.4.1. de kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging;
- 2.4.2. de kosten van de homeopathische behandeling, de acupunctuur-, de osteopathie- en de chiropraxiebehandeling;
- 2.4.3. de kosten van de paramedische prestaties voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk toegelaten door de verzekeraar. Zijn aan geen voorafgaande toelating onderworpen: de verpleegkundige zorgen, de kinesitherapie en de fysiotherapie;
- 2.4.4. de kosten van de medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk toegelaten door de verzekeraar. Zijn aan geen voorafgaande toelating onderworpen: de brillenglazen, de contactlenzen, de hoorapparaten, de breukbanden, de spataderkousen, de orthopedische zolen, de gipsschelpen, de lumbostaat, de spalken en de krukken. De behoorlijk bewezen kosten zijn gedekt met uitsluiting van de onderhouds- en herstellingskosten, de kosten van de hulpmiddelen voor het gebruik ervan en de wisselstukken;
- 2.4.5. de kosten van de medische protheses;
- 2.4.6. de kosten van de kunstledematen;

aan 80 % :

- 2.4.7. de kosten van de allopatische en homeopathische geneesmiddelen verstrekt door een apotheker en voorgeschreven door een geneesheer, van de verbanden en van het medische materiaal, met uitsluiting van elk type van product dat in de handel in het algemeen verkregen kan worden.
- 2.5. Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage herleid met 50 %.

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

Er is geen wachttijd.

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

Er is geen vrijstelling.

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

Zijn verzekeraar :

- 5.1. de personen die bij de aansluiting tot de verzekering gezond zijn;
- 5.2. de personen die bij de aansluiting tot de verzekering een ingangseleeftijd hebben die de berekening van de premie toelaat volgens een voorziene en vigerende leeftijds categorie;
- 5.3. de personen die hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben;
- 5.4. de personen die onderworpen zijn aan de vigerende sociale wetgeving en ervan genieten;
- 5.5. de personen die een plan IS+ onderschreven hebben;
- 5.6. 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.

6. Einde van het verzekeringsplan en de verzekeringswaarborg (= A.V.V. 21 en 25)

Het verzekeringsplan en de verzekeringswaarborg Zware Ziekten eindigen automatisch op de einddatum van het verzekeringsplan en de verzekeringswaarborg IS+.

7. Uitgesloten risico's (= A.V.V. 23)

De verzekeringswaarborg omvat niet :

- 7.1. de tandbehandelingen ongeacht de aard ervan;
- 7.2. de tandprotheses en het tandmateriaal ongeacht de aard ervan.