

DKV Daily Essential

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

81E
01.08.25

Inhoudstafel

1.	Toepassingsgebied	3
1.1	Wie is verzekeraar?	3
1.2	Wie is verzekerd?	3
2.	Omvang van de verzekeringswaarborg	3
2.1	Waar is de verzekering geldig?	3
2.2	Wat is verzekerd?	3
2.2.1	Algemene bepalingen	3
2.2.2	Vergoedingscriteria	3
2.2.3	Wachttijd	3
2.2.4	Vrijstelling	4
2.3	Gedekte kosten van het verzekeringsplan DKV Daily Essential	4
2.3.1	Medische behandeling	5
2.3.2	Paramedische behandeling	5
2.3.3	Geneesmiddelen/Medicijnen	5
2.3.4	Medische hulpmiddelen	5
2.4	Wat is niet verzekerd?	5
3.	Verzekeringsgevallen (ook wel “schadegevallen” genoemd)	6
3.1	Wat zijn uw verplichtingen bij een schadegeval?	6
3.2	Modaliteiten tot vaststellen van het recht op tussenkomst	6
3.3	Uitkeringsmodaliteiten	7
3.4	Regeling van meningsverschillen	7
4.	Verloop van het verzekeringscontract	7
4.1	Begin van het verzekeringscontract en van het verzekeringsplan	7
4.1.1	Evaluatie en aanvaarding van het te verzekeren risico.....	7
4.1.2	Sluiten van het verzekeringscontract en aanvang van de verzekeringswaarborg	8
4.1.3	Duur van het verzekeringscontract	8
4.2	Premie	9
4.2.1	Algemene bepalingen	9
4.2.2	Betaling van de premies	9
4.2.3	Onbetaalde premies	9
4.2.4	Aanpassing van de premie en/of verzekeringsvoorwaarden	9
4.3	Einde van het verzekeringscontract en van het verzekeringsplan	10
4.3.1	Einde van het verzekeringscontract.....	10
4.3.2	Einde van het verzekeringsplan.....	10
4.4	Recht op voortzetting bij verlaten van het verzekeringscontract	10
4.5	Verplichte mededelingen	11
4.6	Bescherming van de persoonlijke levenssfeer	11
4.7	Eindbepalingen	11
4.7.1	Toepasselijk recht en rechtsmacht	11
4.7.2	Klachtenbeheer	11
5.	Verklarende woordenlijst	12

Cursiefgedrukte woorden verwijzen naar begrippen waarvoor een beknopte uitleg of definitie wordt gegeven in de verklarende alfabetische woordenlijst aan het einde van dit document.

Vetgedrukte inhoud benadrukt uitsluitingen of beperkingen van de verzekeringsdekking.

1. Toepassingsgebied

Individuele verzekering *ambulante* gezondheidszorg met vergoedend karakter, in overeenstemming met de toepasselijke Belgische wetgeving, aanvullend op alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen*. Deze verzekering dekt de medische kosten van *ambulante* raadplegingen en/of behandelingen, zoals hierna omschreven.

1.1 Wie is verzekerbear?

Alle natuurlijke personen, die tegelijk:

- bij onderschrijving van het *verzekeringsplan* de leeftijd van 70 jaar niet hebben bereikt;
- hun *woonplaats* en *feitelijke hoofdverblijfplaats* in België hebben. Dit betekent dat ze niet langer dan 90 opeenvolgende dagen in het buitenland verblijven;
- onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid en ervan genieten.

Pasgeborenen van een *verzekerde* zijn, zonder medische risicobeoordeling, verzekerbear vanaf de geboorte volgens elk *vergelijkbaar verzekeringsplan* dat actief gecommercialiseerd wordt op het moment van geboorte, op voorwaarde dat de aanvraag tot aansluiting schriftelijk (op papier of digitaal) wordt ingediend binnen de 60 dagen na de dag van de geboorte.

Het tijdelijk feitelijk verblijf in lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) van studenten, jonger dan 26 jaar, is verzekerd overeenkomstig artikel 2.1, wanneer dit kadert binnen de continuïteit van hun studies die vallen onder unilaterale of multilaterale programma's of een overeenkomst tussen 2 of meer instellingen voor hoger onderwijs. De maximale duur van het verblijf is 6 maanden en de *verzekerde* moet onderworpen blijven aan en genieten van de Belgische sociale zekerheid. Op verzoek van de *verzekeraar* levert de *verzekerde* (student) een attest van inschrijving aan de buitenlandse instelling voor hoger onderwijs met aanduiding van de verblijfsduur alsook een kopie van zijn Europese ziekteverzekerskaart.

1.2 Wie is verzekerd?

Zijn verzekerd de natuurlijke personen, vermeld op de polis, waarvoor de *verzekeraar* een *verzekeringvoorstel* heeft ontvangen dat aanvaard werd op basis van medische en verzekeringstechnische criteria. Ze genieten, in deze hoedanigheid, van het onderschreven *verzekeringsplan* in het *verzekeringscontract*.

2. Omvang van de verzekeringswaarborg

De omvang van de verzekeringswaarborg is afhankelijk van het onderschreven *verzekeringsplan*.

2.1 Waar is de verzekering geldig?

Het *verzekeringsplan* is geldig voor *verzekeringsgevallen* die zich in België voordoen. In het specifieke geval van *dringende ambulante zorg in het buitenland*, is het *verzekeringsplan* wereldwijd geldig.

2.2 Wat is verzekerd?

2.2.1 Algemene bepalingen

Het *verzekeringsgeval* wordt gevormd door een *ambulante* raadpleging en/of behandeling ingevolge het optreden van een *bevalling*, een *ongeval* of een *ziekte*.

Het *verzekeringsgeval* vangt aan met een *ambulante* raadpleging en/of het instellen van een *ambulante* behandeling en eindigt wanneer er geen medische noodzaak tot behandelen meer is.

2.2.2 Vergoedingscriteria

Tenzij uitdrukkelijk anders bepaald in het onderschreven *verzekeringsplan*, worden in het kader van een *verzekeringsgeval* de kosten van raadplegingen en/of behandelingen vergoed die tegelijk aan de volgende voorwaarden voldoen:

- een *ambulant* diagnostisch, curatief of palliatief karakter hebben;
- op *wetenschappelijk en therapeutisch vlak voldoende beproefd* zijn;
- medisch noodzakelijk en *kosteneffectief* zijn;
- worden verstrekt en/of voorgeschreven zijn door een *erkende zorgverstrekker*;
- uitgevoerd zijn tijdens de duur van het *verzekeringsplan*.

Indien wordt vastgesteld dat een *erkende zorgverstrekker* een *buitensporig* of een *discriminerend facturatiebeleid* voert, behoudt de *verzekeraar* zich het recht voor om de door deze *erkende zorgverstrekker* aangerekende medische kosten niet te vergoeden, en dit zolang dergelijk beleid wordt toegepast. Dit wordt schriftelijk (op papier of digitaal) aan de *verzekerde* meegedeeld.

De *verzekerde* is vrij in de keuze van zijn *erkende zorgverstrekker(s)* voor een *ambulante* raadpleging en/of behandeling.

2.2.3 Wachttijd

Een algemene wachttijd van 3 (drie) maanden is van toepassing op dit *verzekeringsplan*. Een wachttijd gaat in op de begindatum van het *verzekeringsplan*. Tijdens een wachttijd is de *verzekeraar* geen verzekeringsprestaties verschuldigd.

Er is geen wachttijd van toepassing wanneer het *verzekeringsplan* ingaat vanaf de geboorte van de *verzekerde*.

2.2.4 Vrijstelling

Een *vrijstelling*, waarvan het bedrag in de polis is bepaald, wordt per *verzekeringsgeval* omschreven onder artikel 2.2.1, toegepast:

- per *verzekerde persoon* ;
- per *verzekeringsjaar*, rekening houdend met de datum van de verstrekte *ambulante* raadpleging en/of behandeling. Indien de begindatum van het *verzekeringsplan* niet samenvalt met de *jaarlijkse vervaldatum*, wordt de *vrijstelling* toegepast in evenredigheid met het aantal maanden gelegen tussen de begindatum van het onderschreven *verzekeringsplan* en de *jaarlijkse vervaldatum* van het *verzekeringscontract*.

2.3 Gedekte kosten van het verzekeringsplan DKV Daily Essential

De *verzekerder* komt, per *verzekeringsgeval* en volgens de hierna beschreven modaliteiten, tussen in de werkelijk gedragen medische kosten (*wettelijke remgelden* en *ereloon-supplementen*) van *ambulante* raadplegingen en/of behandelingen die ten laste van de *verzekerde* blijven na aftrek van alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen*.

Indien de *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkoming* onderworpen is aan een hernieuwingstermijn of een beperking voorzien is in de frequentie van verstrekking vanuit de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen gelden dezelfde toepassingsregels voor de bepaling van het recht op tussenkomst door de *verzekerder*.

De *verzekerder* vergoedt de kosten van *ambulante* raadplegingen en/of behandelingen, zoals vermeld in de artikelen 2.3.1 t.e.m. 2.3.4, aan 70% en tot de beschreven limieten. Dit vergoedingspercentage blijft behouden wanneer er geen recht op tegemoetkoming is vanuit de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De tussenkomst van de *verzekerder* kan nooit hoger zijn dan de werkelijk gedragen kosten door de *verzekerde*.

Voor de kosten van logopedie en *medisch begeleide voortplanting*, is de terugbetaling onderworpen aan de voorafgaande goedkeuring van de behandeling door, en de tegemoetkoming vanuit, de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De tussenkomst van de *verzekerder* m.b.t. de *verstrekkingen* vermeld in de artikelen 2.3.1 tot en met 2.3.4 is beperkt tot €1.500 per verzekeringsjaar.

SAMENVATTING : DEKKING VAN AMBULANTE GEZONDHEIDSZORG		
De tussenkomst van de verzekerder is beperkt tot €1.500 per verzekeringsjaar. Ongeacht de omvang van de tussenkomsten vermeld in deze tabel, worden ze verminderd tot het jaarlijks kapitaal dat beschikbaar is om ze te vergoeden.		
Dekkingen	Belangrijkste verstrekkingen	Tussenkomst van de verzekerder (a)
1. Medische behandeling (§2.3.1)	<ul style="list-style-type: none">– Raadplegingen en behandelingen bij de huisarts– Raadplegingen en behandelingen bij artsen-specialisten (bv. cardioloog, kinderarts)– Medische beeldvorming (bv. radiografieën, scans, echografieën) en klinische biologie– Andere onderzoeken die worden voorgeschreven door en uitgevoerd onder toezicht van een erkende zorgverstrekker (bv. gastroscopie)	70% (b)
2. Paramedische behandeling (§2.3.2)	<ul style="list-style-type: none">– Raadplegingen en paramedische behandelingen met fysiotherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen, podologen en logopedisten	70% (b)
3. Geneesmiddelen/Medicijnen (§2.3.3)	<ul style="list-style-type: none">– Allopathische farmaceutische producten	70%
4. Medische hulpmiddelen (§2.3.4)	<ul style="list-style-type: none">– Corrigerende brilglazen	70% tot € 300 per verzekeringsgeval
(a) De tussenkomst van de verzekerder heeft betrekking op de werkelijk gedragen kosten die ten laste van de verzekerde blijven na aftrek van alle wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen.		
(b) De vergoeding de kosten van logopedie en <i>medisch begeleide voortplanting</i> zijn beiden is onderworpen aan de voorafgaande goedkeuring van de behandeling door, en de tegemoetkoming vanuit, de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.		
Dit is een samenvatting van de dekking, raadpleeg de overeenkomstige paragrafen (§) voor alle details over de dekking/beperkingen.		

2.3.1 Medische behandeling

Dit omvat de kosten van de volgende *medische verstrekkingen*:

- raadplegingen (bv. in de spreekkamer, bezoek aan huis, spoedraadpleging, raadpleging buiten de gewone werktijden) en behandelingen bij de *huisarts*;
- raadplegingen en behandelingen bij een *arts-specialist*. Een *arts-specialist* is een arts die gespecialiseerd is in een bepaald vakgebied van de geneeskunde, zoals (niet-limitatief) cardiologie, dermatologie, oncologie, kindergeneeskunde, oogheelkunde, enz. **Raadplegingen en behandelingen in verband met tandheelkundige zorg (bv. tandarts, orthodontist, parodontoloog) worden niet gedekt door dit verzekeringsplan, maar kunnen vergoed worden door de specifieke tandzorgverzekeringen van de verzekeraar;**
- medische beeldvorming (bv. röntgenfoto's, scans, echografieën), *klinische biologie*, en alle andere medische onderzoeken die worden voorgeschreven door en uitgevoerd onder toezicht van een *erkende zorgverstreker* (bv. gastroscopie).

2.3.2 Paramedische behandeling

Hieronder vallen de kosten van de volgende *paramedische verstrekkingen*: raadplegingen en/of behandelingen in de praktijkkamer of bij de *verzekerde thuis*, die worden uitgevoerd door een andere zorgverstreker dan een *huisarts* of een *arts-specialist*. Onder paramedische beroepen worden de volgende beroepen verstaan (limitatieve lijst):

- *fysiotherapeut* (kinesitherapeut);
- gediplomeerd *verpleegkundige*;
- *vroedvrouw*;
- *podoloog*;
- *logopedist*.

Paramedische verstrekkingen moeten altijd worden voorgeschreven door een *erkende zorgverstreker*.

2.3.3 Geneesmiddelen/Medicijnen

Dit omvat de kosten van allopathische farmaceutische producten die vermeld staan op een (e-) BVAC attest (enkel van toepassing in België en niet in het buitenland), voldoen aan de criteria opgesomd in artikel 2.2.2, verkrijgbaar zijn bij een erkende apotheek en niet vrij in de handel verkrijgbaar zijn over de toonbank.

Geneesmiddelen/medicijnen moeten altijd worden voorgeschreven door een *erkende zorgverstreker*.

2.3.4 Medische hulpmiddelen

Dit omvat uitsluitend de kosten van corrigerende brilglazen die zijn voorgeschreven door een *erkende zorgverstreker*. **De terugbetaling is beperkt tot €300 per verzekeringsgeval.**

Brilglazen kunnen om de drie jaar worden vervangen (d.w.z. er moeten drie volledige kalenderjaren verstreken zijn tussen twee vergelijkbare *verzekeringsgevallen*). Vervanging kan eerder plaatsvinden, als de dioptrie met minstens 0,5 is gewijzigd. **Brilmonturen, contactlenzen, en niet-corrigerende (zonne)brillen zijn uitgesloten van de verzekeringsdekking.**

2.4 Wat is niet verzekerd?

Zijn uitgesloten van de verzekeringsdekking van het *verzekeringsplan* DKV Daily Essential:

- a) De kosten van *ambulante* raadplegingen en/of behandelingen die zijn gemaakt tijdens de wachttijden van het *verzekeringsplan*;
- b) De kosten van *ambulante* raadplegingen en/of behandelingen opgetreden ten gevolge van:
 - een *ongeval* dat zich heeft voorgedaan voor de begindatum van het *verzekeringsplan*;
 - een zwangerschap, een *ziekte* of aandoening die reeds bestond vóór de begindatum van het *verzekeringsplan* of waarvan de symptomen zich reeds manifesteerden vóór de begindatum van het *verzekeringsplan*;
- c) De kosten van *ambulante* raadplegingen en/of behandelingen opgetreden ten gevolge van:
 - een *ziekte* of een *ongeval* voortvloeiend uit de actieve deelname door de *verzekerde* aan een burgeroorlog of andere oorlog, uit oproer, gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong;
 - vrijwillige deelname aan een misdrijf door de *verzekerde*, behalve in geval van wettelijke zelfverdediging;
 - een *opzettelijke daad* of klaarblijkelijk *roekeloze daad* van de *verzekerde*, behalve in geval van wettige verdediging van personen of goederen;
 - professionele of betaalde sportbeoefening inclusief training;
 - een terroristische daad die gesteld wordt door wapens die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern;
 - alcoholisme, toxicomanie, het gebruik van doping, gebruik van *geneesmiddelen* dat niet conform is met de indicaties van de wetenschappelijke bijsluiter en/of met het medisch voorschrift, een staat van dronkenschap, strafbare intoxicatie of andere soortgelijke toestand die het gevolg is van andere producten dan alcoholische dranken, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestanden en de behandeling;
 - stoornissen waarvan of de oorzaak en de symptomen niet medisch objectiveerbaar zijn, of de behandeling of de therapie niet vereist is vanuit een puur medisch standpunt.

- d) Medische kosten i.v.m. een sterilisatie, contraconceptie, andere dan een consultatie;
- e) Farmaceutische producten en elk ander type van product dat vrij in de handel verkrijgbaar is (onder andere hygiënische en cosmetische producten, vitamines, mineralen en voedingssupplementen);
- f) *Esthetische ambulante zorg* en de kosten van *ambulante raadplegingen en/of behandelingen naar aanleiding van esthetische ambulante zorg*, met uitzondering van reconstructieve plastische chirurgie voor zover een nauwkeurige kostenraming, opgesteld door de behandelende *erkende zorgverstrekker*, vooraf door de *verzekeraar* is goedgekeurd ;
- g) Tandheelkundige zorg, met inbegrip van tandprothesen;
- h) Kosten die overeenkomstig de Belgische wet- en regelgeving niet mogen worden aangerekend;

De *verzekeraar* draagt de bewijslast voor alle uitsluitingen en beperkingen van het *verzekeringsplan*.

3. Verzekeringsgevallen (ook wel “schadegevallen” genoemd)

3.1 Wat zijn uw verplichtingen bij een schadegeval?

- Alle redelijke maatregelen nemen om de gevolgen van een *verzekeringseval* te voorkomen en te beperken;
- Alvorens aanspraak te maken op tussenkomst vanwege de *verzekeraar*, eerst zijn aanspraak laten gelden op alle *wettelijke/statutaire tegemoetkomingen*;
- Elk *verzekeringseval* aan de *verzekeraar* melden, bij voorkeur d.m.v. het digitaal klantenportaal of de smartphone applicatie die de *verzekeraar* ter beschikking stelt, gebruikmakend van de daartoe bestemde aangifteformulieren en volgens de beschreven richtlijnen en termijn(en). De digitale kopie moet van goede kwaliteit (leesbaar) en conform zijn aan het origineel (geen handgeschreven wijzigingen of bijwerkingen). De *verzekeraar* behoudt zich het recht voor om het origineel op te vragen bij de *verzekerde*, die het moet bewaren of de kosten voor een duplicaat moet dragen. Indien de bewijsstukken (medische verslagen of attesten, factuur of ereloonnota) werden opgemaakt in een andere taal dan het Nederlands, Frans of Engels, heeft de *verzekeraar* het recht vertaalde bewijsstukken te eisen in de taal van het *verzekeringcontract*. De kosten hiervan zijn voor rekening van de *verzekerde*. De toegezonden stukken blijven in het bezit van de *verzekeraar*;
- Het bestaan melden van om het even welke andere overeenkomst die eenzelfde of een gelijkaardig risico geheel of gedeeltelijk dekt. Een andere overeenkomst omvat onder meer elke particuliere of collectieve hospitalisatieverzekering, aanvullend op de tussenkomst van de Belgische wettelijke ziekteverzekering, die ambulante kosten terugbetaalt die vóór en na een ziekenhuisopname worden gemaakt en/of verband houden met zogenaamde zware *ziekten*. Als de *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* aanspraak kan maken op een schadevergoeding van de werkelijk gedragen kosten, treedt de *verzekeraar* in de rechten en rechtsvorderingen van de *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* tot de reikwijdte van zijn prestaties. Bijgevolg mag de *verzekeringnemer* en/of de *verzekerde* geen afstand van verhaal doen zonder voorafgaandelijk schriftelijk akkoord van de *verzekeraar*. Indien door toedoen van de *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* de indeplaatsstelling van de *verzekeraar* geen gevolg kan hebben, kan deze van hem de terugbetaling vorderen van de betaalde schadevergoedingen in de mate van het geleden nadeel door de *verzekeraar*;
- De verjaringstermijn voor het indienen van kosten van een *verzekeringseval* bedraagt 3 jaar volgend op de behandelingsdatum van de *verstrekking*.

Als de *verzekeringnemer* of *verzekerde* zijn contractuele verplichtingen niet nakomt en deze tekortkoming, bij een *verzekeringseval*, een nadeel voor de *verzekeraar* of de door hem gemandateerde persoon veroorzaakt, dan kan de *verzekeraar* zijn verzekeringsprestaties verminderen ten belope van het door hem geleden nadeel of zelfs volledig weigeren wanneer de tekortkoming met bedrieglijk opzet werd begaan.

3.2 Modaliteiten tot vaststellen van het recht op tussenkomst

De *verzekeraar* of de door hem gemandateerde persoon, *verzekeringnemer* en *verzekerde* werken samen om het recht op tussenkomst te bepalen a.d.h.v. alle gevraagde nuttige inlichtingen:

- de *verzekeringnemer* en *verzekerde* geven hun toestemming dat de *verzekeraar* of de door hem gemandateerde persoon de nodige inlichtingen inwint en verbinden zich ertoe hun medewerking te verlenen aan de correcte uitvoering van de vereiste maatregelen inzake informatie en onderzoek van de omstandigheden en omvang van het *verzekeringseval*, waartoe het recht op tussenkomst aanleiding geeft;
- de *verzekeraar* of de door hem gemandateerde persoon kan het recht op tussenkomst ondergeschikt maken aan het voorleggen van bijkomende bewijs- en/of medische stukken die de gestelde diagnose en/of medische noodzaak tot behandeling objectiveren. Verder heeft hij op ieder ogenblik het recht om de juistheid of de volledigheid van de aangiften te (laten) onderzoeken en desgevallend bijkomende medische informatie/gegevens op te vragen door een door hem aangeduide raadgevende arts;
- de raadgevende arts van de *verzekeraar* onthoudt zich van elke maatregel die buiten proportie, niet relevant en overdreven is in het kader van het onderzoek naar het recht op tussenkomst. Enkel de relevante medische informatie/gegevens, zich beperkend tot de beschrijving van de voorgeschiedenis van de gezondheidstoestand op het ogenblik van het optreden van het *verzekeringseval*, worden aan de raadgevende arts van de *verzekeraar* overgemaakt.

Als de *verzekeringnemer* of *verzekerde* zijn contractuele verplichtingen niet nakomt en deze tekortkoming, bij een *verzekeringseval*, een nadeel voor de *verzekeraar* of de door hem gemandateerde persoon veroorzaakt, dan kan de *verzekeraar* zijn verzekeringsprestaties verminderen ten belope van het door hem geleden nadeel of zelfs volledig weigeren wanneer de tekortkoming met bedrieglijk opzet werd begaan.

Overeenkomsten of afspraken die de *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* gesloten heeft met derden over rechten die ontstaan in uitvoering van het *verzekeringscontract* (bijvoorbeeld afspraken met *erkende zorgverstrekkers* om *ereloonsupplementen* of andere kosten aan te rekenen die niet in overeenstemming zijn met de Belgische wet- en regelgeving), zijn pas tegenstelbaar aan de verzekeraar vanaf de datum waarop de *verzekeraar* die rechten goedgekeurd heeft.

Onderstaande kosten, die ten laste van de *verzekeringnemer* of de *verzekerde* blijven:

- het bedrag dat het jaarlijks verzekerd kapitaal overschrijdt;
- de kosten van een niet gedekt *verzekeringsgeval*;
- de door de *verzekeraar* geweigerde kosten.

worden teruggevorderd.

In geval van onvolledige of niet-betaling van deze verschuldigde bedragen door de *verzekeringnemer* of de *verzekerde* waarvoor de *verzekeraar* een ingebrekestelling, per aangetekende brief, verstuurt, is een forfaitaire vergoeding verschuldigd.

Deze wordt als volgt bepaald:

1. € 20, indien het verschuldigde saldo lager dan of gelijk aan € 150 is;
2. € 30, indien het verschuldigde saldo tussen € 150,01 en € 500 is;
3. € 65, indien het verschuldigde saldo hoger dan € 500 is.

Deze bedragen kunnen bij Koninklijk besluit worden geïndexeerd op basis van de consumptieprijsindex.

Deze forfaitaire vergoeding kan enkel worden toegepast na het verzenden van een ingebrekestelling die de vorm aanneemt van een eerste herinnering en na het verstrijken van een termijn van ten minste veertien kalenderdagen die ingaat op de derde werkdag na verzending van de herinnering aan de *verzekeringnemer* of de *verzekerde*. Wanneer de herinnering langs elektronische weg wordt verzonden, vangt de termijn van 14 kalenderdagen aan op de kalenderdag die volgt op de dag waarop de herinnering werd verzonden.

Indien de *verzekeraar* in gebreke blijft om de *verzekeringnemer* of de *verzekerde* de gedekte kosten te betalen, is een forfaitaire vergoeding verschuldigd, volgens dezelfde modaliteiten als hierboven vermeld, voor zover de *verzekeringnemer* of de *verzekerde* de *verzekeraar* per aangetekende brief in gebreke heeft gesteld.

3.3 Uitkeringsmodaliteiten

De schadevergoeding wordt uitgekeerd op het rekeningnummer dat bij het melden van het schadegeval door de *verzekeringnemer* wordt aangegeven, en ontslaat de *verzekeraar* volledig van enige vervolging wegens verkeerde uitbetaling.

De uitkering gebeurt in euro. De gedekte kosten van *dringende ambulante zorg in het buitenland* gefactureerd in een vreemde valuta worden uitgekeerd tegen de gemiddelde wisselkoers van de vreemde valuta op de datum van de uitkering.

De *verzekeraar* behoudt zich het recht voor om de onterecht uitbetaalde schadevergoedingen terug te vorderen. De verjaringstermijn van deze vordering bedraagt 10 jaar volgend op de datum van de onverschuldigde betaling.

3.4 Regeling van meningsverschillen

Elk geschil over het recht op tussenkomst moet binnen een termijn van 30 dagen na de beslissing van de *verzekeraar* of zo snel als redelijkerwijs mogelijk schriftelijk (op papier of digitaal) aan de *verzekeraar* worden gemeld.

De *verzekerde* heeft het recht om betwistingen van medische aard te onderwerpen aan een minnelijke medische expertise, zoals hierna verder bepaald. De beslissing die hieruit voortvloeit is definitief en bindend voor alle partijen.

De *verzekeringnemer* en/of *verzekerde*, enerzijds, en de *verzekeraar*, anderzijds, duiden elk een arts-deskundige aan om het geschil te beslechten. Wanneer beide arts-deskundigen geen akkoord bereiken, duiden ze een derde arts-deskundige aan. De drie artsen-deskundigen beslissen bij meerderheid van stemmen, maar bij het ontbreken van een meerderheid is het advies van de derde arts doorslaggevend. Indien één van de partijen haar arts-deskundige niet aanstelt binnen een termijn van 14 dagen na hierom verzocht te zijn geweest door de andere partij, of indien de beide artsen-deskundigen het niet eens worden over de keuze van de derde arts-deskundige, dan wordt die aangesteld door de Voorzitter van de Rechtbank van Eerste Aanleg van de *woonplaats* van de *verzekeringnemer/verzekerde* op verzoek van de meest gereede partij. Elke partij draagt de kosten en erelonen van haar arts-deskundige, met inbegrip van alle onderzoeken of bijkomende medische daden die haar arts-deskundige in het raam van de expertise zou kunnen vragen. De verliezende partij draagt de kosten en het honorarium van de derde arts-deskundige en de kosten van diens aanstelling, met inbegrip van alle onderzoeken of bijkomende medische daden die de derde arts-deskundige in het raam van de expertise zou kunnen vragen.

4. Verloop van het verzekeringscontract

4.1 Begin van het verzekeringscontract en van het verzekeringsplan

4.1.1 Evaluatie en aanvaarding van het te verzekeren risico

De *verzekeraar* is verantwoordelijk voor de evaluatie, aanvaarding van het te verzekeren risico en het sluiten van het *verzekeringscontract* a.d.h.v. persoonsgebonden en/of medische gegevens van de te verzekeren personen vermeld op het, behoorlijk ingevuld en ondertekend, *verzekeringsvoorstel*.

Het *verzekeringsvoorstel* bestaat uit een administratieve en medische vragenlijst voor elke te verzekeren persoon.

Alle gekende en relevante omstandigheden, die bepalend zijn voor de beoordeling van het te verzekeren risico, moeten door de *verzekeringnemer* en *verzekerde* tot op het afsluiten van het *verzekeringscontract* nauwgezet gemeld worden, zodat de raadgevende arts van de *verzekeraar* het te verzekeren risico juist kan beoordelen. Dit geldt eveneens wanneer deze verstrekt en/of vervolledigd werden door een door hun gemandateerde persoon.

Elke opzettelijke verzwijging en/of onjuistheid in de verklaringen van de *verzekeringnemer* en te verzekeren persoon, die de *verzekeraar* misleidt bij de beoordeling van het te verzekeren risico, maakt het *verzekeringscontract* nietig met behoud van de, tot op het ogenblik waarop de *verzekeraar* kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, betaalde *premies*.

Het *verzekeringsvoorstel* verbindt noch de *verzekeringnemer*, noch de *verzekeraar* tot het sluiten van het *verzekeringscontract*. Enkel wanneer de *verzekeraar* binnen de 30 dagen na ontvangst van het *verzekeringsvoorstel* geen verzekeringsaanbod ter kennis heeft gebracht, de verzekering niet afhankelijk heeft gesteld van een aanvraag tot onderzoek of de verzekering niet heeft geweigerd, verbindt de *verzekeraar* zich tot het sluiten van het *verzekeringscontract* op straffe van schadevergoeding.

Overeenkomstig de toepasselijke Belgische wetgeving kan de *verzekeraar* personen weigeren te verzekeren die een verhoogd risico uitmaken of kan hij beslissen om hen te verzekeren aan bijzondere voorwaarden; desgevallend bepaalde risico's van de verzekeringswaarborg uitsluiten en/of een *bijpremie* aanrekenen voor een *ziekte* of aandoening die bestond voor het sluiten van het *verzekeringscontract*. Deze worden bepaald bij uitgifte van de polis en zijn bijvoegsels, en zijn beschreven in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden.

De beslissing tot aanvaarding wordt schriftelijk (op papier of digitaal) meegedeeld aan de *verzekeringnemer* en motivatie ervan aan de *verzekerde*.

4.1.2 Sluiten van het verzekeringscontract en aanvang van de verzekeringswaarborg

Het sluiten van het verzekeringscontract kan enkel en alleen op afstand gebeuren via het daartoe georganiseerd digitaal onderschrijvingsportaal van de *verzekeraar*, tenzij uitdrukkelijk anders overeengekomen.

Dit betekent dat t.e.m. het sluiten van het verzekeringscontract uitsluitend gebruik wordt gemaakt van één of meer technieken voor communicatie op afstand (bv. e-mail, internet) zonder de fysieke en gelijktijdige aanwezigheid van de *verzekeraar* en/of verzekeringstussenpersoon enerzijds en de *verzekeringnemer* anderzijds.

Het verzekeringscontract is gesloten bij uitgifte van de polis.

Het verzekeringsplan treedt in werking na betaling van de volledige eerste jaarpremie of overeengekomen deelpremie binnen de gestelde termijn. Het verzekeringsplan treedt in geen geval in werking voor de begindatum van het verzekeringscontract, zoals bepaald in de polis. Door betaling van de eerste jaarpremie of overeengekomen deelpremie worden *verzekeringnemer* en *verzekerden* geacht de Algemene en Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, die op hun dekking (inclusief eventuele uitsluitingen en/of *bijpremies*) van toepassing zijn, te hebben aanvaard.

De *verzekeraar* is tot geen enkele verzekeringsprestatie gehouden vóór de begindatum van het *verzekeringsplan*, en voor zover de wachttijd is verstreken.

Zowel de *verzekeringnemer* als de *verzekeraar* kunnen het *verzekeringscontract* dat op afstand is gesloten zonder boete en zonder schriftelijke motivering (op papier of digitaal) binnen een termijn van 14 dagen herroepen op de volgende adressen: Loksumstraat 25 te 1000 Brussel (papieren formaat) of contract-nl@dkv.be (digitaal formaat). Deze termijn, waarbinnen het herroepingsrecht kan worden uitgeoefend, gaat in vanaf de dag waarop het *verzekeringscontract* is gesloten, of vanaf de dag waarop de *verzekeringnemer* de polis en alle bijhorende (precontractuele) informatie op een duurzame gegevensdrager heeft ontvangen, wanneer dit later is.

De herroeping door de *verzekeringnemer* heeft onmiddellijke uitwerking op het ogenblik van de kennisgeving, terwijl deze door de *verzekeraar* pas uitwerking heeft 8 dagen na de kennisgeving ervan.

Als het *verzekeringscontract* wordt herroepen door de *verzekeringnemer* of door de *verzekeraar* en op verzoek van de *verzekeringnemer* reeds met de uitvoering van het *verzekeringscontract* begonnen was voor de herroeping, is de *verzekeringnemer* gehouden tot betaling van de *premie* in verhouding tot de periode gedurende welke verzekeringsdekking werd verleend.

Met uitzondering van dit *premiegedeelte*, betaalt de *verzekeraar* de rest van de *premie* terug die hij van de *verzekeringnemer* heeft ontvangen. Hij beschikt hiervoor over een termijn van 30 dagen die ingaan:

- vanaf de dag waarop de *verzekeraar* de herroeping door de *verzekeringnemer* ontvangt;
- vanaf de dag waarop de *verzekeraar* de herroeping aan de *verzekeringnemer* verzendt.

4.1.3 Duur van het verzekeringscontract

Het *verzekeringscontract* wordt overeenkomstig de toepasselijke Belgische wetgeving levenslang afgesloten, zonder afbreuk te doen aan de wettelijke bepalingen of deze vermeld in artikel 4.3. en aan het opzeggingsrecht van de *verzekeringnemer*.

4.2 Premie

4.2.1 Algemene bepalingen

De *verzekeringnemer* is de volledige *jaarpremie* (voor alle *verzekerden*) verschuldigd op de op de *jaarlijkse vervaldatum*. Als tegenprestatie verbindt de *verzekeraar* zich ertoe het *verzekeringscontract* uit te voeren.

Bij het sluiten van het *verzekeringscontract* wordt de *jaarpremie* berekend volgens:

- de *woonplaats* van de *verzekeringnemer*;
- de instapleeftijd van elke *verzekerde*, die bekomen wordt door van het lopend jaar het geboortjaar af te trekken;
- de gezondheidstoestand van elke *verzekerde*.

De *premietabel* is beschikbaar in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, waar deze integraal deel van uitmaakt.

4.2.2 Betaling van de premies

De *jaarpremie* is jaarlijks en op voorhand opeisbaar. Ze is uiterlijk betaalbaar op de vervaldatum, volgens de overeengekomen periodiciteit (maandelijks, driemaandelijks, halfjaarlijks of jaarlijks) bepaald in de polis, bij aanbieding van het vervaldagbericht of eenvoudig verzoek tot betaling op het laatst gekende adres van de *verzekeringnemer*.

De betaling van de *premie* is niet vrijgesteld na het ontstaan van, noch tijdens een *verzekeringsgeval*.

4.2.3 Onbetaalde premies

Bij niet-betaling van de *premie* heeft de *verzekeraar* het recht het *verzekeringscontract* op te zeggen, mits de *verzekeringnemer* in gebreke is gesteld via aangetekende brief. De volledige *jaarpremie* is van rechtswege opeisbaar.

De *verzekeringnemer* wordt bij onvolledige of niet-betaling van de *premie* via aangetekende brief in gebreke gesteld. Deze maant de *verzekeringnemer* aan om de achterstallige *premie* te betalen binnen de 15 dagen vanaf de dag volgend op de dag waarop de aangetekende brief bij de Post is gedeponneerd. In deze brief wordt de aanvang van deze termijn vermeld, alsook de gevolgen van niet-betaling door de *verzekeringnemer*. Als de *verzekeringnemer* nalaat de achterstallige *premie* te betalen binnen de vastgestelde termijn, wordt de verzekeringswaarborg van rechtswege geschorst aan het einde van de in de ingebrekestelling voorziene periode.

Als de *verzekeringnemer* binnen een tweede termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing, de *premie* nog steeds niet heeft betaald wordt het *verzekeringscontract* van rechtswege beëindigd. De beëindiging van het *verzekeringscontract* wegens niet-betaling van de *premie* gaat in vanaf de dag volgend op de dag waarop de bovenvermelde termijn eindigt.

Er is geen recht op tussenkomst van *verzekeringsgevallen* die zich voordoen tijdens de schorsingsperiode. De verzekeringswaarborg herneemt voor alle *verzekeringsgevallen* die zijn optreden nadat de *verzekeringnemer* alle achterstallige en vervallen *premies*, alsook eventuele invorderingskosten, heeft voldaan, voor zover het *verzekeringscontract* geen voorwerp is geweest van een beëindiging zoals vermeld in de vorige alinea.

In geval van onvolledige of niet-betaling van de verschuldigde *premie* door de *verzekeringnemer* waarvoor de *verzekeraar* een ingebrekestelling, per aangetekende brief, verstuurt, is een forfaitaire vergoeding verschuldigd.

Deze wordt als volgt bepaald:

1. € 20, indien het verschuldigde saldo lager dan of gelijk aan € 150 is;
2. € 30, indien het verschuldigde saldo tussen € 150,01 en € 500 is;
3. € 65, indien het verschuldigde saldo hoger dan € 500 is.

Deze bedragen kunnen bij Koninklijk besluit worden geïndexeerd op basis van de consumptieprijsindex.

Indien de *verzekeraar* in gebreke blijft om de *verzekeringnemer* de betaalde *premies* (gedeeltelijk of volledig) terug te betalen, is een forfaitaire vergoeding verschuldigd, volgens dezelfde modaliteiten als hierboven vermeld, voor zover de *verzekeringnemer* de *verzekeraar* per aangetekende brief in gebreke heeft gesteld.

4.2.4 Aanpassing van de premie en/of verzekeringsvoorwaarden

De *premie* en verzekeringsvoorwaarden worden bepaald rekening houdend met de parameters, die vervat zijn in het technisch plan dat de *verzekeraar* samenstelt op basis van actuariële en verzekeringstechnische criteria.

Tijdens de duur van het *verzekeringscontract* wordt de *premie* van elke *verzekerde* aangepast:

- op de *jaarlijkse vervaldatum* op basis van de leeftijds categorie die de *verzekerde* dan heeft bereikt en het tarief dat voor deze leeftijds categorie is bepaald;
- vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de adreswijziging volgens de *woonplaats* van de *verzekeringnemer* op dat moment en het tarief dat voor dit adres is bepaald;

Ze kunnen door de *verzekeringnemer* niet worden ingeroepen om het *verzekeringscontract* op te zeggen, zoals omschreven in artikel 4.3.1.

Overeenkomstig de toepasselijke Belgische wetgeving kunnen de *premie*, de *vrijstelling* en/of verzekeringsprestaties op de *jaarlijkse vervaldatum* tevens worden aangepast tot maximaal een van de volgende indexcijfers die in het Belgisch Staatsblad worden gepubliceerd:

- het indexcijfer der consumptieprijzen. Voor toepassing van de indexering worden de indexcijfers van de maand juni van het lopende en het vorige kalenderjaar met elkaar vergeleken; of
- de specifieke medische indexen verbonden aan het waarborgtype *ambulante* zorgen die gelden voor private ziekteverzekeringsovereenkomsten, indien uit de tabel met specifieke medische indexcijfers voor het voorgaande kalenderjaar blijkt dat de ontwikkeling groter is dan die van het indexcijfer van de consumptieprijzen. Deze aanpassing kan gedifferentieerd toegepast worden per leeftijdscategorie.

Deze aanpassingen worden uiterlijk op de *jaarlijkse vervaldatum* schriftelijk (op papier of digitaal) aan de *verzekeringnemer* meegedeeld. Ze kunnen door de *verzekeringnemer* niet worden ingeroepen om het *verzekeringscontract* op te zeggen, zoals omschreven in artikel 4.3.1.

Buiten de jaarlijkse indexering, kan de *premie* en/of verzekeringsvoorwaarden na het sluiten van het *verzekeringscontract* slechts worden aangepast door tussenkomst van de *toezichthoudende overheden*, indien deze vaststellen of indien de *verzekeraar* hen ervan informeert dat niettegenstaande de indexering van de *premie*, het *verzekeringsplan* verlieslatend is of dreigt te worden en dat deze, overeenkomstig de toepasselijke Belgische wetgeving, eisen dat de *verzekeraar* dit *verzekeringsplan* in evenwicht brengt.

Deze aanpassing wordt ook uiterlijk op de *jaarlijkse vervaldatum* schriftelijk (op papier of digitaal) aan de *verzekeringnemer* meegedeeld. De aanpassing kan door *verzekeringnemer* worden ingeroepen om het *verzekeringscontract* op te zeggen, zoals omschreven in artikel 4.3.1. (2) en (3).

Indien de *verzekeringnemer* zijn *verzekeringscontract* niet opzegt conform artikel 4.3.1. (2) of (3) zal de aanpassing van de *premie* en/of verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn voor alle lopende contracten overeenkomstig de termijnen en bepalingen van de toepasselijke Belgische wetgeving.

4.3 Einde van het verzekeringcontract en van het verzekeringplan

4.3.1 Einde van het verzekeringcontract

Het *verzekeringcontract* eindigt met:

- de schriftelijke opzegging door de *verzekeringnemer* (via aangetekende brief, via deurwaardersexploot, of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs)
(1) op elke *jaarlijkse vervaldatum* mits inachtneming van een opzegtermijn van 3 maanden.
De beëindiging van het *verzekeringcontract* heeft uitwerking op de *jaarlijkse vervaldatum* van het *verzekeringcontract*,
(2) binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een aanpassing van de *premie* en/of verzekeringsvoorwaarden, opgelegd door de *toezichthoudende overheden*, die tenminste 4 maanden voor de *jaarlijkse vervaldatum* van het lopende *verzekeringcontract* is gebeurd. De beëindiging van het *verzekeringcontract* heeft uitwerking op de *jaarlijkse vervaldatum* van het *verzekeringcontract*,
(3) binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een aanpassing van de *premie* en/of verzekeringsvoorwaarden, opgelegd door de *toezichthoudende overheden*, die minder dan 4 maanden voor de *jaarlijkse vervaldatum* van het lopende *verzekeringcontract* is gebeurd. De beëindiging heeft uitwerking één maand volgend op de dag na de mededeling of volgend op de datum van ontvangst of, in het geval van een aangetekend schrijven, volgend op de dag na de levering aan de Post.
- de schriftelijke opzegging **door de verzekeraar** via aangetekende brief
(4) bij *premië*wanbetaling, zoals vermeld in artikel 4.2.3 tweede punt.
- de verhuis naar het buitenland: zodra de *verzekeringnemer* zijn *woonplaats* of *feitelijke hoofdverblijfplaats* naar het buitenland overbrengt, houdt het *verzekeringcontract* automatisch op. De *verzekeringnemer* wordt hiervan schriftelijk op de hoogte gebracht.

4.3.2 Einde van het verzekeringplan

Het *verzekeringplan* eindigt:

- voor alle *verzekerden* bij het einde van het *verzekeringcontract*,
- voor de *verzekerden* waarop de beschreven omstandigheid van toepassing is:
 - bij het niet meer vervuld zijn van de verzekeraarvoorwaarden (zie artikel 1.1.);
 - bij overlijden;
 - bij het uittreden uit het *verzekeringcontract*, zonder afbreuk te doen aan het recht op individuele voortzetting (zie artikel 4.4.);
 - bij bedrog of poging tot bedrog.

De verzekeringswaarborg eindigt samen met het einde van het *verzekeringplan*.

4.4 Recht op voortzetting bij verlaten van het verzekeringcontract

De *verzekeringnemer* brengt de *verzekeraar* binnen de 30 dagen schriftelijk (op papier of digitaal) op de hoogte van het tijdstip waarop een *verzekerde* het *verzekeringcontract* verlaat en van diens nieuwe *woonplaats* en *feitelijke*

hoofdverblijfplaats. Op basis van deze gegevens doet de *verzekeraar* binnen de 30 dagen een aanbod tot voortzetting van het *verzekeringscontract*, met ingang vanaf de eerste dag volgend op het einde van het *verzekeringsplan*.

Als de *verzekerde* het verzekeringsaanbod binnen 60 dagen na ontvangst schriftelijk (op papier of digitaal) aanvaardt, wordt het *verzekeringscontract* op ononderbroken wijze en zonder nieuwe medische risicobeoordeling voortgezet.

Het recht op voortzetting vervalt na het verstrijken van deze termijn en geldt evenmin indien het *verzekeringscontract* eindigt door opzegging van de *verzekeringnemer* of *verzekeraar* overeenkomstig artikels 4.3.1. (1) t.e.m. (4).

4.5 Verplichte mededelingen

De *verzekeringnemer*, *verzekerde* of de door hem gemandateerde persoon zijn tijdens de duur van het *verzekeringscontract* verplicht om:

- al hun verklaringen en aangiften schriftelijk (op papier of digitaal) in te dienen bij de *verzekeraar*, tenzij het *verzekeringscontract* andere modaliteiten voor kennisgeving voorschrijft;
- de *verzekeraar* zo spoedig mogelijk in te lichten over het bestaan van om het even welke andere overeenkomst die eenzelfde of een gelijkaardig risico geheel of gedeeltelijk dekt;
- de *verzekeraar* binnen de 30 dagen mee te delen per wanneer de voorwaarden tot behoud van het *verzekeringscontract* niet langer meer vervuld zijn. In het bijzonder:
 - elke wijziging van *woonplaats* of *feitelijke hoofdverblijfplaats* in hoofde van de *verzekeringnemer* of de *verzekerde*;
 - ieder verblijf van meer dan 90 opeenvolgende dagen in het buitenland in hoofde van de *verzekerde*;
 - ieder tijdelijk verblijf van meer dan zes maanden in lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) in hoofde van verzekerde studenten, jonger dan 26 jaar, wanneer dit kadert binnen de continuïteit van hun studies die vallen onder unilaterale of multilaterale programma's of een overeenkomst tussen 2 of meer instellingen voor hoger onderwijs (zie artikel 1.1);
 - elke wijziging van het sociale zekerheidsstatuut waardoor de *verzekerde* niet meer onderworpen is aan de Belgische sociale zekerheid en er niet meer kan van genieten.

De *verzekeraar* kan het *verzekeringscontract* met terugwerkende kracht beëindigen vanaf de dag van de nieuwe toestand wanneer blijkt dat als gevolg van de gewijzigde situatie de voorwaarden tot behoud van het *verzekeringscontract* niet meer vervuld zijn. Waar mogelijk, formuleert de *verzekeraar* binnen de 30 dagen na ontvangst van deze verklaring een aanpassingsvoorstel, met ingang vanaf de eerste dag van de maand volgend op de gewijzigde situatie.

Als de *verzekeringnemer* of *verzekerde* zijn contractuele verplichtingen niet nakomt en deze tekortkoming, bij een *verzekeringsgeval*, een nadeel voor de *verzekeraar* of de door hem gemandateerde persoon veroorzaakt, dan kan de *verzekeraar* zijn verzekeringsprestaties verminderen ten belope van het door hem geleden nadeel of zelfs volledig weigeren wanneer de tekortkoming met bedrieglijk opzet werd begaan.

4.6 Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

De *verzekeraar* verwerkt de persoonsgegevens en medische gegevens van de *verzekeringnemer* en *verzekerde* enkel in het kader van voormelde verzekeringsprestaties, in overeenstemming met de Belgische wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en de algemene verordening 2016/679 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

Voor meer informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens door DKV Belgium en uw rechten, kan u de laatste versie van onze Privacyverklaring consulteren op <https://www.dkv.be/nl/privacy>. Indien u kosteloos een papieren exemplaar van onze Privacyverklaring wenst te ontvangen, kunt u dit verzoeken per post of via <https://www.dkv.be/nl/privacy>

4.7 Eindbepalingen

4.7.1 Toepasselijk recht en rechtsmacht

Het Belgisch recht is van toepassing op dit *verzekeringscontract*.

Alle geschillen betreffende het sluiten, de geldigheid, de uitvoering, de interpretatie of de ontbinding van dit *verzekeringscontract* behoren tot de exclusieve bevoegdheid van de Belgische hoven en rechtbanken.

4.7.2 Klachtenbeheer

Elke klacht m.b.t. het *verzekeringscontract* of het beheer van een schadegeval kan gericht worden aan DKV Belgium N.V. - Quality Control, Loksumstraat 25, 1000 Brussel – (qualitycontrol@dkv.be)

Zonder afbreuk te doen aan de mogelijkheid voor de *verzekeringnemer* een gerechtelijke procedure aan te spannen, kan deze zich richten tot de Ombudsdienst der Verzekeringen, de Meeûssquare 35, 1000 Brussel – (www.ombudsman-insurance.be, +32 (0) 2 547 58 71, info@ombudsman-insurance.be)”

5. Verklarende woordenlijst

Ambulante verstrekking

Verstrekking die niet tijdens een ziekenhuisopname (hospitalisatie met overnachting of daghospitalisatie) wordt uitgevoerd en waarvoor het ziekenhuis geen ligdag of specifiek forfait voor een opname in een dagziekenhuis kan aanrekenen.

Arts-specialist

Een arts-specialist is een erkende arts die gespecialiseerd is in een bepaald vakgebied van de geneeskunde en het aanspreekpunt is voor gezondheidsproblemen die specifieke zorg vereisen. In de meeste gevallen wordt de verzekerde doorverwezen door zijn huisarts.

Hij

- heeft een specifieke theoretische en praktische opleiding in een specialisme gevolgd, en is als zodanig erkend in overeenstemming met de geldende criteria en wordt gecontroleerd door de bevoegde erkenningscomité voor dat specialisme;
- draagt een bijzondere beroepstitel van arts-specialist als bedoeld in het "Koninklijk besluit houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde".

De volledige lijst van in aanmerking komende medische specialismen is: acute geneeskunde, algemene heekunde, anesthesie-reanimatie, arbeidsgeneeskunde, cardiologie, dermato-venereologie, endocrino-diabetologie, functionele en professionele revalidatie van van personen met een handicap, fysische geneeskunde en revalidatie, gastro-enterologie, geriatrie, gynaecologie-verloskunde, intensieve zorgen, inwendige geneeskunde, kinder- en jeugdpsychiatrie, klinische biologie, klinische genetica, klinische hematologie, klinische infectiologie, medische microbiologie, medische oncologie, mond-, kaak- en aangezichtschirurgie (stomatologie), nefrologie, neonatologie, neurochirurgie, neurologie, nucleaire geneeskunde, oftalmologie, oncologische gastro-enterologie, oncologische pneumologie, orthopedische heekunde, otorhinolaryngologie, pathologische anatomie, pediatrie, pediatrie hematologie en oncologie, pediatrie neurologie, plastische, reconstructieve en esthetische heekunde, pneumologie, psychiatrie, radiotherapie-oncologie, reumatologie, röntgendiagnose, urgentiegeneskunde, urologie, volwassenenpsychiatrie.

Bevalling

De gebeurtenis waarbij een kind geboren wordt.

Buitensporig facturatiebeleid

De verzekeraar bepaalt of een erkende zorgverstreker een buitensporig facturatiebeleid voert door de medische kosten die deze zorgverstreker aan de verzekerden (van de verzekeraar) in rekening brengt, te vergelijken met het overeenkomstig conventietarief (van kracht op het moment van de behandeling) en/of de gemiddelde kost dat door andere zorgverstrekkers voor soortgelijke behandelingen wordt aangerekend.

Conventietarief

Officieel tarief van de erelonen van een zorgverstreker zoals overeengekomen in het Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen. Tevens de basis waarop de tegemoetkoming vanuit de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt berekend.

Discriminerend facturatiebeleid

De verzekeraar is van mening dat een erkende zorgverstreker een discriminerend facturatiebeleid voert wanneer de medische kosten die hij aanrekent, verschillen

naargelang zijn patiënt al dan niet een verzekering ambulante gezondheidszorg heeft afgesloten en/of naargelang bij welke verzekeraar die verzekering is afgesloten.

Dringende ambulante zorg in het buitenland

Dringende ambulante zorg is een onvoorziene, niet-geplande, dringende medische behandeling tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot de terugkeer van de verzekerde in België.

Dit zijn medische verstrekkingen, ter plaatse uitgevoerd door een erkende zorgverstreker, die dringend noodzakelijk zijn om acute en ernstige pijn te verlichten of verergering van een acute aandoening te voorkomen die een onmiddellijke en ernstige bedreiging vormt voor de algemene gezondheid van de verzekerde.

Ereloonsupplement

Supplement dat aangerekend wordt bovenop het conventietarief. Het supplement wordt uitgedrukt in procenten. Een ereloonsupplement van 100% houdt een verdubbeling van het officiële tarief in.

Erkende zorgverstreker

Een erkende zorgverstreker is een natuurlijke persoon die:

- een (para)medisch diploma heeft;
- een vergunning heeft om in België de geneeskunde uit te oefenen of paramedische zorgen te verstrekken d.m.v. een visum afgeleverd door de FOD Volksgezondheid of een gelijkaardige overheidsdienst in het specifieke geval van dringende ambulante zorg in het buitenland;
- ingeschreven is in de Orde van Geneesheren (wanneer hij een vergunning heeft om de geneeskunde uit te oefenen);
- geaccrediteerd is door het RIZIV en beschikt over een RIZIV-erkenningsnummer, waardoor hij gemachtigd is verstrekkingen te atesteren waarnaar in de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen wordt verwezen.

Esthetische ambulante zorg

Ambulante behandeling van zuiver cosmetische aard, die die enkel en alleen tot doel heeft onvolkomenheden te corrigeren en het lichaam mooier te maken. De behandeling is niet gericht op het diagnosticeren en/of genezen van ziekten, stoornissen en letsels.

Feitelijke hoofdverblijfplaats

De plaats waar natuurlijke personen overwegend (gedurende het grootste deel van het jaar) effectief verblijven, gebaseerd op de feitelijke situatie.

Fysiotherapie

Fysiotherapie (of kinesitherapie) wordt gegeven door een fysiotherapeut, die een erkende medische zorgverstreker is. Hij stelt de lichamelijke klachten van een verzekerde vast en gaat op zoek naar de oorzaak van die klachten, met als doel bij te dragen tot een diagnose door een arts op basis van een medisch voorschrift of tot het instellen van een behandeling.

Het hoofddoel van de fysiotherapie is het op peil houden en verbeteren van de bewegingskwaliteit en het functioneren van het lichaam van de verzekerde a.d.h.v. fysieke behandelingen en bewegingsoefeningen voor medische doeleinden (b.v. lichaamsbeweging met of zonder fysieke hulp, massagetherapie, therapie door het toedienen van niet-invasieve fysieke prikkels zoals elektrische stroom, elektromagnetische straling, ultrageluid, warmte- en koudetoepassingen, enz.) en prenatale en postnatale gymnastiek.

Geneesmiddelen/Medicijnen

Elk farmaceutisch product dat uitsluitend wordt afgeleverd in een erkende apotheek, dat wordt voorgeschreven door een erkende zorgverstrekker en dat ofwel is vergund als geneesmiddel door de bevoegde Minister voor de Volksgezondheid of door de Europese Commissie, ofwel als magistrale bereiding bereid is overeenkomstig artikel 6 van de wet van 25 maart 1964 en het Koninklijk Besluit van 3 juli 1969, gewijzigd bij latere besluiten.

Huisarts

De huisarts is een erkende zorgverstrekker die gewoonlijk het eerste aanspreekpunt is en gezondheidsproblemen behandelt vanuit een globaal perspectief. Hij behoudt het zicht over de totale gezondheidstoestand van zijn patiënten en is de coördinator van al hun noodzakelijke zorg.

Jaarlijkse vervaldatum

Jaarlijkse vervaldag van de premie of hoofdvervaldag zoals bepaald in de polis.

Klinische biologie

Een laboratorium voor klinische biologie is een door de FOD Volksgezondheid erkende instelling waar laboranten aan de hand van laboratoriumonderzoek verschillende stalen van lichaamsvloeistoffen (bv. bloed, urine, ontlasting of slijm, enz.) analyseren op basis van laboratoriumtests. Deze analyses helpen bij het bepalen van de diagnose, de follow-up of de behandeling van de medische toestand van de verzekerde of het voorkomen van een ziekte.

Kosteneffectief

Uitgaande van het in artikel 2.2.2 van deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden vastgelegde beginsel dat alleen effectieve en noodzakelijke kosten worden vergoed, wordt in de kosteneffectiviteitsanalyse het verband tussen de kosten van een behandeling en de effectiviteit ervan bestudeerd. Wanneer verschillende behandelingen mogelijk zijn, met hetzelfde doel maar verschillende kosten voor de verzekeraar, behoudt de verzekeraar zich het recht voor zijn tussenkomst te beperken tot de terugbetaling van de kosten van de meest kosteneffectieve behandeling. Evenzo behoudt de verzekeraar zich het recht voor de vergoeding te weigeren van een behandeling die qua kosten niet in verhouding staat tot een marginale of tijdelijke winst van de gezondheid van de verzekerde.

Logopedist

Een logopedist is een erkende paramedische zorgverstrekker, die gespecialiseerd is in spraak- en taaltherapie.

Hij detecteert en diagnosticeert (met behulp van gestandaardiseerde tests en observaties), behandelt aandoeningen en beperkingen op het gebied van stem, spraak, taal, horen, lezen, schrijven, rekenen en slikken, evenals op het gebied van communicatie, leren, eten en drinken.

Medisch begeleide voortplanting

Een medisch begeleide voortplanting wordt gedefinieerd als de uitvoering van (i) hetzij een kunstmatige inseminatie, (ii) hetzij één van de in-vitrofertilisatietechnieken, d.w.z. technieken waarbij op een gegeven ogenblik een eikel en/of een embryo worden behandeld.

Medisch hulpmiddel

Een medisch hulpmiddel is een gezondheidsproduct dat zijn medisch effect met fysieke of mechanische middelen bewerkstelligt. Een medisch hulpmiddel is dus elk instrument, apparaat, toestel, software, implantaat, reagens, materiaal of ander artikel dat afzonderlijk of in combinatie wordt gebruikt en bestemd is voor een specifiek medisch doel, zoals vermeld en omschreven in hoofdstuk VI " Brillen en andere oogprothesen,

hoortoestellen, banden, orthopedische toestellen en andere prothesen ", artikel - 30 Opticiens van de nomenclatuur.

Medische verstrekking

In deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden verwijst de term naar geneeskundige verstrekkingen zoals vermeld en omschreven onder de volgende artikelen van de nomenclatuur:

- Hoofdstuk II - Raadplegingen, bezoeken en adviezen, Psychotherapieën en andere verstrekkingen, Artikel 2 - Raadplegingen en bezoeken;
- Hoofdstuk III - Gewone geneeskundige hulp, Afdeling ,1 Artikel 3 - Technische geneeskundige verstrekkingen;
- Hoofdstuk IV - Verlossingen, Artikel 9;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 2, Artikel - 11 Algemene speciale verstrekkingen;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 3, Artikel - 12 Anesthesiologie;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 4, Artikel 13 - Reanimatie;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 5 - Heelkunde, Artikel 14a - Algemene heelkunde;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 5 - Heelkunde, Artikel 14b - Neurochirurgie;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 5 - Heelkunde, Artikel 14c - Plastische heelkunde;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 5 - Chirurgie, Artikel 14d – Heelkunde op het abdomen;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, afdeling 5 - Heelkunde, artikel 14e – Heelkunde op de thorax;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 5 - Heelkunde, Artikel 14f - Bloedvatenheelkunde;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 5 - Chirurgie, Artikel 14g - Gynaecologie-verkoscunde;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 5 - Heelkunde, Artikel 14h - Oftalmologie;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 5 - Heelkunde, Artikel 14i - Otorhinolaryngologie;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 5 - Heelkunde, Artikel 14j - Urologie;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 5 - Chirurgie, Artikel 14k - Orthopedie;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 5 - Heelkunde, Artikel 14l - Stomatologie;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, afdeling 6 - Medische beeldvorming voor de specialist voor röntgendiagnose, artikel 17 - 17bis - Radiologie - Echografieën;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, afdeling 6 - Medische beeldvorming, met uitzondering van de specialist in röntgendiagnose, artikel 17ter - 17quater: Radiologie - Echografieën;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 7 - Radiotherapie en radiumtherapie, Artikel - 18 Nucleaire geneeskunde;

- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 8, Artikel - 20 Inwendige geneeskunde;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 9, Artikel - 21 Dermatovenereologie;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, afdeling 10, artikel - 22 Fysiotherapie;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 11, Artikel - 2424bis - Klinische biologie;
- Hoofdstuk V - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, afdeling 13, artikel - 26 Bijkomend honorarium voor de 's nachts, tijdens het weekend of op een feestdag verrichte dringende technische verstrekkingen;
- Hoofdstuk VII - Pathologische anatomie en genetische onderzoeken, Artikel - 32 Pathologische anatomie;
- Hoofdstuk VIII – Interventionele verstrekkingen, Artikel 34.

Nomenclatuur

De nomenclatuur en pseudonomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen is een gecodeerde lijst van geneeskundige verstrekkingen die geheel of gedeeltelijk vergoed worden door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (wettelijke ziekteverzekering). De lijst en de wijzigingen worden in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd.

Deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden verwijzen steeds naar de nomenclatuur die van kracht is op het moment van de geneeskundige verstrekking.

Ongeval

Een plotse gebeurtenis, die zich buiten de wil van de verzekerde voordoet en een lichamelijk letsel veroorzaakt waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten diens organisme ligt.

Op wetenschappelijk en therapeutisch vlak voldoende beproefd

Een op wetenschappelijk en therapeutisch vlak voldoende beproefde behandeling is een behandeling die beantwoordt aan de stand van de wetenschap en de geaccepteerde normen van de medische praktijk. Dergelijke behandeling is niet experimenteel en zit noch in de onderzoeksfase. Ze wordt beoordeeld op basis van evidence-based medicine (EBM, 'geneeskunde op basis van bewijs'). Evidence-based medicine is het expliciet, oordeelkundig en consciëntieus gebruikmaken van het beste beschikbare bewijs bij het maken van een keuze voor de behandeling van een patiënt. Dit alles gegeven de stand van de (medische) wetenschap van dat moment.

Opzettelijke daad

De opzettelijke daad is de vrijwillig en bewust gestelde handeling met de bedoeling om schade te veroorzaken.

Paramedische verstrekking

Paramedische verstrekkingen worden verstrekt door erkende zorgverstrekkers die niet als arts erkend zijn, maar die in nauwe samenwerking of onder hun toezicht paramedische zorg en behandeling verlenen.

In deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden wordt hieronder verstaan de ambulante raadplegingen en/of behandeling van verpleegkundigen, vroedvrouwen, fysiotherapeuten, podologen en logopedisten zoals vermeld en omschreven onder de volgende artikelen

- Hoofdstuk III - Gewone geneeskundige hulp, Afdeling 3 - Artikel 7 Kinesitherapie;

- Hoofdstuk III - Gewone geneeskundige hulp, Afdeling 4 - Artikel 8 Verpleegkundigen;
- Hoofdstuk IV - Verlossingen - Artikel 9;
- Hoofdstuk X - Artikel 36 - Logopedie

van de nomenclatuur.

Podoloog

De podoloog is een erkende paramedische zorgverstrekkers die gespecialiseerd is in de analyse, diagnose en behandeling van voet- en enkelproblemen van een verzekerde (zowel van nagel-, huid- als mechanische aandoeningen die verband houden met hun functie).

Hij spoort de problemen van een verzekerde op en gaat op zoek naar de oorzaak van die problemen, met als doel bij te dragen tot een diagnose door een arts of tot het instellen van een podologische behandeling (bv. tappen ter ondersteuning van een gewricht, verwijderen van eelt, corrigeren van afwijkingen van de nagelplaat, verzorgen van een wond ter hoogte van de voet, maken van podologische zolen, enz.)

Afhankelijk van het soort patiënt (bv. patiënten met niet-risicovoeten, patiënten die een trauma of operatie aan de voet en/of enkel hebben ondergaan, patiënten met diabetes of reuma, enz.), zal de podoloog op autonome wijze onderzoeken of behandelingen uitvoeren, of zal hij een medisch voorschrift of het toezicht van een arts nodig hebben.

Premie

Het bedrag, inclusief alle verzekeringstaksen, belastingen, wettelijke bijdragen en lasten, verschuldigd als tegenprestatie voor de verbintenissen van de verzekerder in uitvoering van het verzekeringscontract.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)

Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering is een federaal overheidsorgaan voor de Belgische sociale zekerheid.

Roekeloze daad

Een roekeloze daad is een risicovolle en onvoorzichtige handeling die bewust of op een onbezonnen manier wordt begaan.

Toezichthoudende overheden

Er zijn twee controleautoriteiten met elk hun specifieke bevoegdheden:

- FSMA: Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten
Congresstraat 12-14, 1000 Brussel
Tel. 02 220 52 11 - Fax 02 220 52 78
www.fsma.be
- NBB: Nationale Bank van België
de Berlaimontlaan 14, 1000 Brussel
Tel. 02 221 21 11 - Fax 02 221 31 00
www.nbb.be

Vergelijkbaar verzekeringsplan

Een vergelijkbaar verzekeringsplan biedt waarborgen die gelijksoortig zijn, d.w.z. vergoedt een gelijkaardig sortiment van medische kosten inzake ambulante raadplegingen en/of behandelingen.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige is een erkende paramedische zorgverstrekkers die belast is met de volgende activiteiten:

- de psychische, fysieke en sociale gezondheidstoestand van de verzekerde te observeren, te identificeren en vast te stellen;
- het definiëren van zijn problemen van verpleegkundige zorg;

- het bijstaan van een arts bij het stellen van de medische diagnose en het uitvoeren van de voorgeschreven behandeling;
- het informeren en adviseren van de verzekerde en zijn gezin;
- het verlenen van voortdurende hulp, het verrichten van of het assisteren bij het verrichten van handelingen die erop gericht zijn de gezondheidstoestand van de verzekerde in stand te houden, te verbeteren en te herstellen.

Verzekeraar

DKV Belgium N.V., met maatschappelijke zetel te Loksumstraat 25, 1000 Brussel (België), verzekeringsonderneming toegelaten onder het nummer 739, onder toezicht van de Nationale Bank van België, met maatschappelijke zetel te de Berlaimontlaan 14, 1000 Brussel (België), ingeschreven in de Kruispuntbank van Ondernemingen te Brussel onder het nummer 0414858607.

Verzekerde

De natuurlijke persoon op wie het risico rust en die de begunstigde is van het verzekeringscontract.

Verzekeringnemer

De natuurlijke persoon, met woonplaats en feitelijke hoofdverblijfplaats in België, die het verzekeringscontract afsluit en instaat voor de betaling van de premie.

Verzekeringscontract

Het verzekeringscontract wordt gevormd door de polis. De polis wordt gevormd door de Algemene en Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden en bijvoegsels.

Verzekeringsgeval of schadegeval

Het voorwerp van de verzekeringswaargang, zoals bepaald in het verzekeringscontract.

Verzekeringsjaar

De periode van 12 maanden te rekenen vanaf de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringscontract.

Verzekeringsplan

De verzekeringswaargang.

Verzekeringsvoorstel

Het verzekeringsvoorstel is het formulier dat uitgaat van de verzekeraar en in te vullen is door de verzekeringnemer met als doel de verzekeraar in te lichten over de aard van de verrichting en over de feiten en omstandigheden die voor hem gegevens zijn voor de beoordeling van het risico.
Het strekt tot het afsluiten van het verzekeringscontract.

Vrijstelling

Het gedeelte van de gedekte kosten dat ten laste van de verzekerde blijft en waarmee de tussenkomst van de verzekeraar wordt verminderd.

Vroedvrouw

Een vroedvrouw is een erkende paramedische zorgverstrekker die bevoegd is om:

- het begeleiden, verzorgen en adviseren van een verzekerde tijdens haar zwangerschap, bevalling en de periode na de bevalling;
- toezicht te houden op normale zwangerschappen, normale bevallingen uit te voeren en primaire zorg te verlenen aan de pasgeborene en de verzekerde moeder.

Wettelijk remgeld

Het verschil tussen het conventietarief en de tegemoetkoming vanuit de verplichte verzekering voor

geneeskundige verzorging en uitkeringen (wettelijke ziekteverzekering).

Wettelijke/statutaire of andere tegemoetkoming

Elke tegemoetkoming of (gedeeltelijke) terugbetaling van de werkelijk gedragen kosten in toepassing van:

- de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals deze georganiseerd wordt door de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet en haar uitvoerings-KB's en door het KB van 30 juni 1964;
- de wetgevingen i.v.m. de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971 en uitvoerings-KB's) en met de beroepsziekten (wet van 3 juni 1970 en uitvoerings-KB's);
- de wet betreffende de maximumfactuur (wet van 03 juni 2002);
- de wet betreffende de oprichting van het statuut van nationale solidariteit, de toekenning van een herstelpensioen en de terugbetaling van medische zorg ingevolge daden van terrorisme (wet van 18 juli 2017);
- de Europese verordeningen 1408/71, 574/72 en 883/04 of door een multilaterale of bilaterale sociale zekerheidsvereenkomst gesloten door België of bij gebrek hiervan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgeving;
- elke particuliere of collectieve hospitalisatieverzekering (bv. groepscontract afgesloten door een werkgever als collectief voordeel voor het geheel of voor een deel van zijn personeel), aanvullend op de tussenkomst van de Belgische wettelijke ziekteverzekering, die de werkelijk gemaakte ambulante kosten vóór en na een ziekenhuisopname (de zogenaamde "pre-/post-hospitalisatiekosten") en/of in verband met zogenaamde zware ziekten (bv. kanker, leukemie, de ziekte van Parkinson, de ziekte van Alzheimer, AIDS, diabetes, multiple sclerose, nieraandoening die dialysebehandeling vergt, enz.);
- de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen (wet van 06 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen) inclusief alle diensten en voordelen van het ziekenfonds;
- de dienst 'dringende zorg in het buitenland' van de ziekenfondsen;
- een bepaling van gemeen recht.

Woonplaats

De plaats waar natuurlijke personen zijn ingeschreven in het bevolkingsregister.

Ziekte

Elke aantasting van de gezondheidstoestand die niet door een ongeval veroorzaakt wordt en waarvan de oorzaak en de symptomen medisch objectiveerbaar zijn en die als zodanig een diagnose toelaten en een therapie of behandeling vereisen.