

DKV Hospi Premium +

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

92W & 92Z
01.08.2025

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
2.1.1	Waarborg "Medische Kosten"	3
2.1.2	Waarborg "Bijstand in het buitenland" DKV ASSISTANCE	4
2.2	Wat is verzekerd?	4
2.2.1	Waarborg "Medische Kosten"	4
2.2.2	Waarborg "Bijstand in het buitenland" DKV ASSISTANCE	6
2.3	Welke kosten worden vergoed?	6
2.3.1	Waarborg "Medische Kosten"	6
2.3.2	Waarborg "Bijstand in het buitenland" DKV ASSISTANCE	14
2.4	Wat is niet verzekerd?	17
2.4.1	Waarborg "Medische Kosten"	17
2.4.2	Waarborg "Bijstand in het buitenland" DKV ASSISTANCE	18
3.	Verzekeringsgevallen (ook wel "schadegevallen" genoemd)	19
3.1	Wat zijn uw verplichtingen bij een schadegeval?	19
3.2	Modaliteiten tot vaststellen van het recht op tussenkomst	19
3.3	Vergoedingsmodaliteiten	20
3.4	Indeplaatsstelling	20
3.5	Regeling van meningsverschillen	20
4.	Verloop van het verzekeringscontract	21
4.1	Begin van het verzekeringscontract en van het verzekeringsplan DKV Hospi Premium +	21
4.1.1	Evaluatie en aanvaarding van het te verzekeren risico	21
4.1.2	Sluiten van het verzekeringscontract en aanvang van de verzekeringswaarborgen	21
4.1.3	Duur van het verzekeringscontract	22
4.2	Premie	22
4.2.1	Algemene bepalingen	22
4.2.2	Betaling van de premies	22
4.2.3	Onbetaalde premies	22
4.2.4	Aanpassing van de premie en/of verzekeringsvoorwaarden	23
4.3	Einde van het verzekeringscontract en van het verzekeringsplan DKV Hospi Premium +	23
4.3.1	Einde van het verzekeringscontract	23
4.3.2	Einde van het verzekeringsplan	24
4.3.3	Fraude/bedrog	24
4.4	Recht op voortzetting bij verlaten van het verzekeringscontract	24
4.5	Verplichte mededelingen	24
4.6	Bescherming van de persoonlijke levenssfeer	25
4.7	Dekking in geval van terrorisme	25
4.8	Eindbepalingen	25
4.8.1	Toepasselijk recht en rechtsmacht	25
4.8.2	Klachtenbeheer	25
5.	Verklarende woordenlijst	26

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

Deze verzekering is een individuele hospitalisatieverzekering met vergoedend karakter, in overeenstemming met de toepasselijke Belgische wetgeving, aanvullend op alle *wettelijke, statutaire of andere tegemoetkomingen*.

Deze verzekering is een combinatiepolis. Dit betekent dat deze verzekering 2 waarborgen bundelt in één *verzekeringscontract*.

- (1) De waarborg “Medische Kosten” ¹

Deze waarborg dekt de medische en andere kosten van een ziekenhuisopname, de medische kosten van *ambulante raadplegingen en/of behandelingen* in de pre- en posthospitalisatieperiode van een gedekte ziekenhuisopname en in het kader van “Zware Ziekten”, zoals hierna omschreven en binnen de geografische grenzen zoals bepaald in artikel 2.1.1.

- (2) De waarborg “Bijstand in het buitenland” ² DKV ASSISTANCE

Deze waarborg voorziet specifieke bijstandsprestaties, n.a.v. (i) een *onvoorziene ziekenhuisopname* in een *buitenlands ziekenhuis* ten gevolge van een *ziekte* of een *ongeval* of (ii) n.a.v. een *wintersportongeval* op een skipiste zonder ziekenhuisopname-binnen de geografische grenzen zoals bepaald in artikel 2.1.2.

De duur van deze waarborg is gelijklopend met die van de dekking “Medische Kosten”.

De hierbovenvermelde waarborgen “Medische Kosten” en “Bijstand in het buitenland” van deze combinatiepolis kunnen niet afzonderlijk worden opgezegd. Een opzegging geldt altijd voor het gehele *verzekeringscontract* en alle deeluitmakende waarborgen.

1.1 Wie is verzekeraar?

Alle natuurlijke personen, die tegelijk:

- bij onderschrijving van het *verzekeringsplan* DKV Hospi Premium + 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, verzekeraar vanaf de geboorte volgens elk *vergelijkbaar verzekeringsplan* dat actief gecommmercialiseerd wordt op het moment van geboorte. En dit 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 ziekteverzekeringskaart.

1.2 Wie is verzekerd?

Zijn verzekerd: alle natuurlijke personen, vermeld op de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden waarvoor de *verzekeraar* een *verzekeringsvoorstel* heeft ontvangen dat aanvaard werd op basis van medische en verzekeringstechnische criteria. Ze genieten, in de hoedanigheid van *verzekerde*, van het onderschreven *verzekeringsplan* DKV Hospi Premium + in het *verzekeringscontract*.

2. Omvang van de verzekeringswaarborg

2.1 Waar is de verzekering geldig?

2.1.1 Waarborg “Medische Kosten”

- Wereldwijd voor elke medische noodzakelijke en *onvoorziene ziekenhuisopname*;
- In de lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) voor elke medisch noodzakelijke en geplande ziekenhuisopname, op voorwaarde dat hiervoor een voorafgaandelijk akkoord is verleend door het ziekenfonds;
- In België
 - voor *ambulante raadplegingen en/of behandelingen* in de pre- en posthospitalisatieperiode van zowel een medisch noodzakelijke en *onvoorziene ziekenhuisopname* als een medisch noodzakelijke en geplande ziekenhuisopname;
 - voor *ambulante raadplegingen en/of behandelingen* in het kader van “Zware Ziekten”;

¹ Tak 2 Ziekte

² Tak 18 Hulpverlening

- voor niet-medische zorgondersteuning in het kader van “Zware Ziekten”;

2.1.2 Waarborg “Bijstand in het buitenland” DKV ASSISTANCE

Wereldwijd voor elke medische noodzakelijke en *onvoorziene ziekenhuisopname* in het *buitenland* voor zover de *verzekerde* niet langer dan 90 opeenvolgende dagen tijdelijk in het *buitenland* verblijft. Deze termijn wordt verlengd tot 6 maanden in het geval van tijdelijk feitelijk verblijf in lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) van 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.

2.2 Wat is verzekerd?

2.2.1 Waarborg “Medische Kosten”

2.2.1.1 Algemene bepalingen

De *verzekerde* is volledig vrij in de keuze:

- van een *erkende zorgverstrekker*;
- van een *ziekenhuis*;
- van het type ziekenhuiskamer, zijnde een twee- of meerpersoonskamer of een éénpersoonskamer **met uitzondering van een *luxe- of suitekamer***.

Het *verzekeringsgeval* wordt gevormd door:

2.2.1.1.1 Een ziekenhuisopname (ook wel hospitalisatie genoemd)

Onder ziekenhuisopname wordt verstaan:

- (1) de opname en behandeling met overnachting in een *ziekenhuis*, ingevolge het optreden van een *ziekte*, een *bevalling* of een *ongeval*, voor zover minstens één verpleegdag effectief in rekening wordt gebracht door het *ziekenhuis*;
- (2) de opname en de behandeling zonder overnachting in een *ziekenhuis*, ingevolge het optreden van een *ziekte*, een *bevalling* of een *ongeval*, voor zover een *daghospitalisatie* effectief in rekening wordt gebracht door het *ziekenhuis*.

Onder *daghospitalisatie* wordt verstaan de opname in een dagziekenhuis met facturatie van:

- een verpleegdagprijs voor een ‘chirurgische daghospitalisatie’ of
- een ‘maxiforfait’ of
- een ‘forfait *gipskamer*’ of
- een ‘dagziekenhuisforfait groepen 1-7’ of
- een ‘forfait chronische pijn 1-3’ of
- een ‘forfait manipulatie poortkatheter’ of
- een ‘forfait dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/of toediening van geneesmiddel of van bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus’ (‘miniforfait’) of
- een ‘oncologisch basisforfait’.

Een *thuisbevalling* en *bevalling* in een geboortehuis worden gelijkgesteld met een *bevalling* in een *ziekenhuis*.

Bij een *thuisbevalling* of een *bevalling* in een geboortehuis worden enkel de *paramedische verstrekkingen van de vroedvrouw terugbetaald*.

2.2.1.1.2 De ambulante raadplegingen en/of behandelingen in de pre- en post-hospitalisatieperiode van een gedekte ziekenhuisopname

Het *verzekeringsgeval* wordt gevormd door een *ambulante raadpleging* en/of het instellen van een *ambulante behandeling* tijdens de pre- en post-hospitalisatieperiode die aanvangt 60 dagen vóór de opname en behandeling in het *ziekenhuis* (= pre-hospitalisatieperiode) en eindigt 180 dagen na het ontslag uit het *ziekenhuis* (= post-hospitalisatieperiode).

2.2.1.1.3 De ambulante raadplegingen en/of behandelingen in het kader van 33 “Zware Ziekten”

Onder “Zware Ziekten” wordt verstaan: AIDS, amyotrofische laterale sclerose (ALS), brucellose, cerebrospinale meningitis, cholera, colitis ulcerosa, de ziekte van Alzheimer, de ziekte van Creutzfeldt-Jacob, de ziekte van Crohn, gele koorts, de ziekte van Hodgkin, de ziekte van Parkinson, de ziekte van Pompe, diabetes, difterie, ebola, encephalitis, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose (MS), nieraandoening die een dialysebehandeling vergt, paratyfus, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, tetanus, tuberculose (TBC), (buik)tyfus, virale hepatitis, vlektyfus, Westnijlkoorts.

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.

2.2.1.1.4 Niet-medische zorgondersteuning in de post-hospitalisatieperiode in het kader van één van de 33 "Zware Ziekten"

Het *verzekeringsgeval* wordt gevormd door het verminderd zelfzorgvermogen van de *verzekerde* die, na opname en behandeling met overnachting van een gediagnosticeerde "Zware Ziekte" in een *ziekenhuis*, niet-medische zorgondersteuning nodig heeft bij de revalidatie na zijn ziekenhuisopname.

Niet-medische zorgondersteuning wordt gedefinieerd als noodzakelijke niet-medische zorgondersteuning (diensten van gezinszorg en aanvullende thuiszorg), verstrekt door een *erkende* Belgische *zorgverstrekker* op de *woonplaats* en *feitelijke verblijfplaats* van de *verzekerde* gedurende de post-hospitalisatieperiode van een gedekte ziekenhuisopname van een gediagnosticeerde "Zware Ziekte".

Worden niet beschouwd als verzekeringsgeval:

- **niet-medische zorgondersteuning verstrekt ten gevolge van een *daghospitalisatie*, ongeacht de aard ervan;**
- **niet-medische zorgondersteuning verstrekt bij verblijf in een rusthuis, een rust- en verzorgingstehuis of een andere instelling die huisvesting biedt aan bejaarden, herstellenden of kinderen, een psychiatrisch verzorgingstehuis, een instelling bestemd voor kuurbehandelingen, beschut wonen, een sanatorium en een preventorium;**
- **niet-medische zorgondersteuning verstrekt op een ander adres in België dan de *woonplaats* en *feitelijke hoofdverblijfplaats* van de *verzekerde*, behoudens voorafgaandelijke goedkeuring van de *verzekeraar*.**

2.2.1.1.5 Een 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 eicel en/of een embryo worden behandeld.

Het *verzekeringsgeval* wordt gevormd door:

- (1) de opname en de behandeling met of zonder overnachting, die rechtstreeks verband houden met een *medisch begeleide voortplanting* voor zover er minstens een *daghospitalisatie* effectief in rekening wordt gebracht door het *ziekenhuis*.

In geval van een *ambulante behandeling* wordt de datum van de embryotransfer (het terugplaatsen van een embryo in de baarmoeder na in-vitro fertilisatie) of de datum van de intra-cervicale of intra-uteriene inseminatie beschouwd als begin van het *verzekeringsgeval*;

- (2) de *ambulante raadplegingen en/of behandelingen* in België gedurende de pre- en post-hospitalisatieperiode van een gedekte ziekenhuisopname.

2.2.1.2 Vergoedingscriteria

Tenzij uitdrukkelijk anders bepaald, worden binnen het kader van een gedekt *verzekeringsgeval* van het onderschreven *verzekeringsplan* DKV Hospi Premium + medische kosten vergoed die tegelijk aan de volgende voorwaarden voldoen:

- een curatief, diagnostisch 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 facturatiebeleid*, of een *discriminerend facturatiebeleid* inzake *medische hulpmiddelen* onder de artikels 2.3.1.2. (4) en 2.3.1.3. (4) en *tandheelkundige behandelingen* onder artikel 2.3.1.4 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;**
- **een *erkende zorgverstrekker* of een *ziekenhuis* een *buitensporig facturatiebeleid*, of een *discriminerend facturatiebeleid* inzake *ereloonsupplementen* voert, behoudt de *verzekeraar* zich het recht voor om de door deze *erkende zorgverstrekker* of dit *ziekenhuis* aangerekende *ereloonsupplementen* niet te vergoeden, en dit zolang dergelijk beleid wordt toegepast.**

De beoordeling gebeurt per type *verzekeringsgeval* op identieke manier teneinde een billijke behandeling tussen de *verzekerden* te garanderen.

Dit wordt schriftelijk (op papier of digitaal) aan de *verzekerde* meegedeeld.

2.2.1.3 Specifieke wachttijden

Een *wachttijd* gaat in op de begindatum van een *verzekeringsplan*. Tijdens de *wachttijd* is de *verzekeraar* geen verzekeringsprestaties verschuldigd.

- Er is geen algemene *wachttijd* van toepassing op het *verzekeringsplan* DKV Hospi Premium +.
- Een specifieke *wachttijd* van 12 maanden is van toepassing voor alle *verzekeringsgevallen*, zoals omschreven onder artikels 2.2.1.1.1 t.e.m. 2.2.1.1.3, inzake *tandheelkundige behandelingen* die zijn opgetreden ten gevolge van een *ziekte* of een *ongeval*.

Onder *tandheelkundige behandelingen* wordt verstaan:

- (1) elke kaakchirurgische ingreep (sinuslift of andere) die tot doel heeft *tandimplantaten*, *tandprotheses* en/of tandmateriaal te plaatsen, met inbegrip van botssubstituten en/of membranen;
- (2) elk *tandimplantaat*, *tandprothese* en/of tandmateriaal, ongeacht de aard ervan;
- (3) elke *tandheelkundige behandeling*, ongeacht de aard ervan, **met uitzondering van een orthodontische behandeling**.

De chirurgische tandextractie onder algemene verdoving gedurende een ziekenhuisopname (*daghospitalisatie*) is niet onderworpen aan deze specifieke *wachttijd*.

2.2.1.4 Persoonlijke bijdrage

Een *persoonlijke bijdrage* of *vrijstelling* per *verzekeringsgeval*, waarvan het bedrag in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden is bepaald, wordt toegepast:

- per *verzekerde persoon*;
- per *verzekeringsgeval* omschreven onder de artikels 2.2.1.1.1 en 2.2.1.1.5 bij ziekenhuisopname in een éénpersoonskamer. De *persoonlijke bijdrage* wordt niet toegepast in geval van een ziekenhuisopname in een twee- of meerpersoonskamer.

2.2.2 Waarborg "Bijstand in het buitenland" DKV ASSISTANCE

Het *verzekeringsgeval* wordt gevormd (i) door een medisch noodzakelijke en *onvoorziene ziekenhuisopname* in een *buitenlands ziekenhuis* ten gevolge van een *ziekte* of een *ongeval* of (ii) door een medisch noodzakelijke behandeling in het *buitenland* ten gevolge van een *wintersportongeval* op een skipiste zonder ziekenhuisopname.

DKV ASSISTANCE stelt zijn internationale technische en medische bijstandsorganisatie ter beschikking van de *verzekerden*. Deze functioneert 24 uur op 24, 7 dagen op 7 en is bereikbaar via het **telefoonnummer +32 2 230 31 32**.

Wanneer de *verzekerde* ten gevolge van een *ongeval* of een *ziekte* in het *buitenland* wordt opgenomen in een *ziekenhuis* of medisch wordt behandeld, moet DKV ASSISTANCE hiervan worden verwittigd binnen de 48 uur na aanvang van de ziekenhuisopname of start van de medische behandeling, of zo snel als redelijkerwijs mogelijk.

2.3 Welke kosten worden vergoed?

2.3.1 Waarborg "Medische Kosten"

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

De tussenkomst van de verzekeraar kan nooit hoger zijn dan de werkelijk gedragen kosten door de verzekerde. De verzekeraar is tot geen enkele verzekeringsprestatie gehouden vóór de begindatum van het verzekeringsplan DKV Hospi Premium + en zolang de specifieke wachttijden niet verstreken zijn.

SAMENVATTING: WAARBORG "MEDISCHE KOSTEN"		
Dit is een samenvatting van de waarborg, raadpleeg de overeenkomstige paragrafen (§) voor alle details over de dekking/beperkingen		
Dekkingen	Belangrijkste verstrekkingen	Tussenkomst van de verzekeraar na aftrek van alle wettelijke, statutaire of andere tegemoetkomingen
1. Ziekenhuisopname t.g.v. een ziekte, een bevalling of een ongeval		100% na aftrek van de persoonlijke bijdrage (waarvan het bedrag in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden is bepaald) in een éénpersoonskamer, en herleid naar 50% indien het ziekenfonds niet tussenkomt op geen enkele post van de ziekenhuisfactuur, tenzij het verzekeringsgeval zich voordoet in het buitenland. Indien het gedekt verzekeringsgeval zich voordoet buiten de grenzen van de Europese Unie zullen de medische

		kosten vergoed worden tot een maximumbedrag van €300.000.
1. Verblijfskosten (incl. kamersupplementen)	Kosten van het verblijf en verzorging in het ziekenhuis	
2. Rooming-in	Verblijfs- en logementkosten van de overnachting van één van de verzekerde ouders in dezelfde kamer van het verpleegde kind < 20 jaar	
3. Medische behandeling (incl. ereloon-supplementen)	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten voor het gebruik van de operatiekamer, de arbeidskamer en de gipskamer • Medische verstrekkingen (bv. anesthesie, chirurgie) door een arts-specialist • Medische beeldvorming (bv. röntgenfoto's, scans, echografieën) en klinische biologie • Andere onderzoeken voorgeschreven door en uitgevoerd onder het toezicht van een arts-specialist 	tot €750 per verzekeringsjaar voor tandheelkundige behandelingen en na een wachttijd van 12 maanden
4. Paramedische behandeling (incl. ereloon-supplementen)	Kosten van paramedische verstrekkingen (bv. kinesitherapeut, vroedvrouw)	
5. Geneesmiddelen/medicijnen, verband- en medisch materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten van farmaceutische producten (bv. pijnstillers, kalmeer- en slaapmiddelen) • Verbanden en medisch materiaal (bv. katheter, wondnietjes) 	
6. Medische hulpmiddelen (incl. materiaalsupplementen)	<ul style="list-style-type: none"> • Implantaten (bv. heupprothese, stent, pacemaker) • Medische protheses en kunstledematen (bv. een arm- of voetprothese) 	
7. Niet-medische comfortkosten	Kosten voor het gebruik van producten en diensten (bv. telefoon, eten en dranken, koelkast, wifi, was, manicure, pedicure, e.d.), aangerekend op een ziekenhuisfactuur, die betrekking hebben op persoonlijk comfort	tot €250 per verzekeringsjaar
8. Orgaandonatie	Verblijfskosten van de donor in geval van een orgaan- of weefseltransplantatie	tot €1.250 per verzekeringsgeval
9. Ziekenvervoer in België	Vervoerkosten per ziekenwagen of helikopter van en naar het ziekenhuis	
10. Mortuariumkosten	Mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht	
2. Ambulante behandelingskosten 60 dagen voor de opname (pre-hospitalisatie) en 180 dagen na het ontslag uit het ziekenhuis (post-hospitalisatie)		100 of 80%
3. Ambulante behandelingskosten van één van de 33 medisch vastgestelde "Zware Ziekten"		100 of 80%
1. Medische behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • Raadplegingen en behandelingen bij de huisarts • Raadplegingen en behandelingen bij de arts-specialist (bv. cardioloog, dermatoloog, pediater, neuroloog, oncoloog, nefroloog) • Medische beeldvorming (bv. röntgenfoto's, scans, echografieën) en klinische biologie • Andere onderzoeken voorgeschreven door en uitgevoerd 	100%, herleid naar 50% indien het ziekenfonds niet tussenkomt

	onder het toezicht van een arts-specialist (bv. gastroscopie, colonoscopie)	
2. Paramedische behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • Raadplegingen en paramedische behandelingen bij fysiotherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen, podologen • Raadplegingen en paramedische behandelingen bij logopedisten mits voorafgaande goedkeuring en tegemoetkoming van het ziekenfonds 	100%, herleid naar 50% indien het ziekenfonds niet tussenkomt
3. Alternatieve behandeling	Osteopathie, chiropraxie, acupunctuur en homeopathische behandelingen	100%, herleid naar 50% indien het ziekenfonds niet tussenkomt
4. Medische hulpmiddelen ^(a)	Medische hulpmiddelen, medische protheses en kunstledematen	100%, herleid naar 50% indien het ziekenfonds niet tussenkomt tot €1.250 voor een pruik in het kader van een oncologische behandeling op voorwaarde het ziekenfonds tussenkomt
5. Geneesmiddelen/medicijnen, verband- en medisch materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten van klassieke en homeopathische farmaceutische producten • Verbanden en medisch materiaal (bv. wondmateriaal en compressiemiddelen) 	80%, herleid naar 40% indien het ziekenfonds niet tussenkomt
6. Kraamhulp/zorg	Kosten van postnatale zorgen die thuis verstrekt worden aan de moeder, de pasgeborene en het gezin door een erkende Belgische kraamzorginstelling	100%, tot €500 per (thuis)bevalling of een bevalling in een geboortehuis
7. Niet-medische zorgondersteuning gedurende de posthospitalisatieperiode van een gedekte ziekenhuisopname i.g.v een "Zware Ziekte"	Kosten van persoonlijke verzorging (bv. hulp bij het wassen, aan- en uitkleden, het toilet) en meer specifieke zorg (bv. bijstand bij het gebruik van medicatie), huishoudelijke hulp (bv. boodschappen doen, maaltijden bereiden, poetsen, wassen, strijken), kinder- en dierenoppas (honden en katten)	100%, tot €500 per verzekeringsjaar
4. Medisch begeleide voortplanting mits voorafgaande goedkeuring en tegemoetkoming de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen		100 of 80%
1. Verblijfskosten	Kosten van het verblijf en verzorging in het ziekenhuis	100%
2. Medische behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • Raadplegingen en behandelingen bij de huisarts • Raadplegingen en behandelingen bij de arts-specialist • Medische beeldvorming (bv. röntgenfoto's, scans, echografieën) en klinische biologie) • Andere onderzoeken voorgeschreven door en uitgevoerd onder het toezicht van een arts-specialist 	100%
3. Paramedische behandeling	Raadplegingen en paramedische behandelingen	100%

4. Geneesmiddelen/medicijnen, verband- en medisch materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten van klassieke en homeopathische farmaceutische producten • Verband en medisch materiaal (bv. Wondmateriaal en compressiemiddelen) 	80%
<p>^(a) Doorlopen van een voorafgaande goedkeuringsprocedure vóór de aankoop en levering, behalve voor brilglazen of contactlenzen, volledig niet-implanteerbare gehoorapparaten, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaten, spalken en krukken.</p>		

2.3.1.1 Ziekenhuisopname (ook wel hospitalisatie genoemd)

- De *verzekeraar* vergoedt de medische kosten, per gedekt *verzekeringsgeval* omschreven onder artikel 2.2.1.1.1, na aftrek van alle *wettelijke, statutaire of andere tegemoetkomingen* aan 100%.

Indien de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen op geen enkele post van de ziekenhuisfactuur tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage voor het *verzekeringsgeval* herleid naar 50%, tenzij het *verzekeringsgeval* zich voordoet in het *buitenland*.

Indien het gedekt *verzekeringsgeval* zich voordoet buiten de grenzen van de Europese Unie zullen de medische kosten vergoed worden tot een maximumbedrag van € 300.000. Boven dit maximumbedrag blijven de medische kosten ten laste van de *verzekerde*.

- (1) de verblijfskosten in een twee- of meerpersoonskamer of een éénpersoonskamer **met uitzondering van kamersupplementen in een *luxe- of suitekamer***;
 - (2) de verblijfs- en logementskosten van één van de ouders in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind voor zover de ouder verzekerd is bij de *verzekeraar* en het kind de leeftijd van 20 jaar niet bereikt heeft;
 - (3) de kosten van *medische verstrekkingen*;
 - (4) de kosten van *paramedische verstrekkingen*;
 - (5) de kosten van *geneesmiddelen/medicijnen*, verband en medisch materiaal;
 - (6) de kosten van *medische hulpmiddelen*, medische *protheses* met uitzondering van de *tandprotheses* waarvan de dekking is voorzien in artikel 2.3.1.4 en kunstledematen;
 - (7) de chirurgiekosten;
 - (8) de verdovingskosten;
 - (9) de kosten voor het gebruik van de operatiekamer, de arbeidskamer en de *gipskamer*;
 - (10) **de verblijfskosten van de donor, met een maximum van € 1.250**, bij een medisch noodzakelijke transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de in het *ziekenhuis* opgenomen *verzekerde*.
 - (11) de vervoerkosten
 - per ziekenwagen of helikopter van en naar het *ziekenhuis* in België voor zover dit vervoer medisch noodzakelijk is en voor zover geen ander vervoermiddel gebruikt kan worden;
 - (12) de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;
- Volgende niet-medische kosten worden, per gedekt *verzekeringsgeval* omschreven onder artikel 2.2.1.1.1 dat zich voordoet in België, na aftrek van alle *wettelijke, statutaire of andere tegemoetkomingen*, bijkomend aan 100% terugbetaald:
 - (13) de kosten voor het gebruik van producten en diensten, aangerekend op de ziekenhuisfactuur, die betrekking hebben op persoonlijk comfort zoals (niet-limitatief) telefoon, eten en dranken, koelkast, wifi, was, manicure, pedicure, e.d.
Ziekenhuizen delen de tarieven van deze kosten vooraf mee d.m.v. een tarievenlijst bij aanvang van de ziekenhuisopname.

De tussenkomst van de *verzekeraar* voor deze niet-medische kosten is begrensd tot € 250 per *verzekeringsjaar* en per *verzekerde*.

2.3.1.2 Ambulante raadplegingen en/of behandelingen in de pre- en post-hospitalisatieperiode van een gedekte ziekenhuisopname

De *verzekeraar* vergoedt, per gedekt *verzekeringsgeval* omschreven onder artikel 2.2.1.1.2, na aftrek van alle *wettelijke, statutaire of andere tegemoetkomingen*, de volgende medische kosten van *ambulante raadplegingen en/of behandelingen*.

Enkel de medische kosten van *ambulante raadplegingen en/of behandelingen* die rechtstreeks in verband staan met de oorzaak van de behandeling in een *ziekenhuis* en gemaakt zijn tijdens de pre- en posthospitalisatieperiode van een gedekte ziekenhuisopname komen hiervoor in aanmerking.

- Worden aan 100% terugbetaald:

Indien de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen niet tussenkomt op de medische kosten beschreven van (1) t.e.m. (4), wordt het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsgeval herleid naar 50%.

- (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.
- 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 zorgverstrekker* (bv. gastroscopie).

- (2) paramedische behandeling:

Hieronder vallen de kosten van de volgende *paramedische verstrekkingen*: raadplegingen en/of behandelingen in de praktijk of bij de *verzekerde* thuis, die worden uitgevoerd door een andere *erkende zorgverstrekker* dan een *huisarts* of een *arts-specialist*.

Onder paramedische beroepen worden de volgende beroepen verstaan (limitatieve lijst):

- *fysiotherapeut* (kinesitherapeut);
- *verpleegkundige*;
- *vroedvrouw*;
- *podoloog*;
- *logopedist*. De terugbetaling door de *verzekerder* is onderworpen aan de voorafgaande goedkeuring van de behandeling door, en tegemoetkoming vanuit, de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Om voor terugbetaling door de *verzekerder* in aanmerking te komen, moeten *paramedische verstrekkingen* zijn voorgeschreven door een arts.

- (3) alternatieve behandeling:

In afwijking van artikel 2.2.1.2, tweede opsommingsteken, dekt dit *verzekeringsplan* DKV Hospi Premium + de *verstrekkingen* bij een *erkende zorgverstrekker* in de volgende limitatieve domeinen:

- homeopathie;
- osteopathie;
- chiropractie;
- acupunctuur.

Alternatieve behandelingen moeten altijd worden voorgeschreven door een arts.

- (4) medische hulpmiddelen:

Dit omvat de naar behoren bewezen kosten van *medische hulpmiddelen* (met inbegrip van medische *protheses* andere dan de *tandprotheses* waarvan de dekking is voorzien onder artikel 2.3.1.4 en kunstledematen) van die zijn voorgeschreven door een *erkende zorgverstrekker*.

Medische hulpmiddelen zijn gezondheidsproducten die hun medische werking mechanisch of fysiek verrichten en niet volledig in het menselijk lichaam zijn geïmplantéerd, zoals (niet-limitatief) gedeeltelijk implanteerbare *gehoorapparaten*, kunstledematen, orthopedische zolen, medische *protheses*, corrigerende brilglazen, enz.

Medische hulpmiddelen moeten altijd worden voorgeschreven door een arts.

Het recht op tussenkomst is altijd onderworpen aan de voorafgaande goedkeuring van de *verzekerder*, met uitzondering van brilglazen of contactlenzen (bij vervanging op voorwaarde dat de dioptrie met minstens 0,5 is gewijzigd), volledig niet-implanteerbare *gehoorapparaten*, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaten, spalken en krukken.

Brilmonturen en niet-corrigerende (zonne)brillen zijn uitgesloten van de verzekeringsdekking.

Redelijke en noodzakelijke onderhouds- en reparatiekosten en reserveonderdelen zijn gedekt voor zover de *verzekerde* met de gepaste zorg en toewijding (als een goede huisvader) gebruik maakt van het *medisch hulpmiddel*. **Niet gedekt zijn alle kosten ten gevolge van het onjuist en/of oneigenlijk gebruik door *verzekerde* en/of nalatigheid en verlies door zijn toedoen.**

De kosten van niet-medisch noodzakelijke toebehoren en hulpapparatuur die niet kunnen worden toegeschreven aan de standaardwerking en het standaardgebruik van *medische hulpmiddelen*, worden niet vergoed.

- (5) gekwalificeerde kraamhulp/kraamzorg na een (thuis)bevalling of een bevalling in een geboortehuis:

Hieronder wordt verstaan: kosten, gefactureerd door een *erkende* Belgische *zorgverstreker* (kraamzorginstelling), voor de postnatale zorgen die thuis verstrekt worden aan de moeder, de pasgeborene en het gezin.

De tussenkomst van de verzekeraar is begrensd tot:

- €500 in geval van een thuisbevalling, een bevalling in een geboortehuis of een bevalling in het ziekenhuis met een verblijf van 1 of 2 nachten. De tussenkomst is geldig voor maximum 30 uur aan kraamhulp/kraamzorg, verstrekt gedurende 3 weken na de bevalling of 3 weken nadat de moeder en/of de pasgeborene uit het ziekenhuis ontslagen werd(en);
- €250 in geval van een bevalling in het ziekenhuis met een verblijf van 3 of 4 nachten. De tussenkomst is geldig voor maximum 20 uur aan kraamhulp/kraamzorg, verstrekt gedurende 2 weken nadat de moeder en/of de pasgeborene uit het ziekenhuis ontslagen werd(en);
- Er is geen tussenkomst in geval van een bevalling in het ziekenhuis met een verblijf van 5 nachten of meer.

- Worden aan 80% terugbetaald:

Indien de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen niet tussenkomt op de medische kosten beschreven van (6) t.e.m. (7), wordt het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsgeval herleid naar 40%.

- (6) geneesmiddelen/medicijnen

Dit omvat de kosten van allopathische en homeopathische farmaceutische producten die vermeld staan op een (e-)BVAC-attest (enkel van toepassing in België), voldoen aan de criteria opgesomd in artikel 2.2.1.2, verkrijgbaar zijn bij een erkende apotheek en niet vrij in de handel verkrijgbaar zijn.

- (7) verband- en medisch materiaal

Geneesmiddelen/medicijnen, verband – en medisch materiaal moeten altijd worden voorgeschreven door een arts.

2.3.1.3 Ambulante raadplegingen en/of behandelingen in het kader van “Zware Ziekten”

De verzekeraar vergoedt, per gedekt verzekeringsgeval omschreven onder artikel 2.2.1.1.3, na aftrek van *alle wettelijke, statutaire of andere tegemoetkomingen*, de volgende medische kosten van *ambulante raadplegingen en/of behandelingen*.

Enkel de medische kosten van *ambulante raadplegingen en/of behandelingen* die rechtstreeks in verband staan met een gediagnosticeerde “Zware Ziekte” komen hiervoor in aanmerking.

- Worden aan 100% terugbetaald:

Indien de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen niet tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsgeval herleid naar 50%.

- (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) neurologie, endocrino-diabetologie, oncologie, nefrologie, enz.
- 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. colonoscopie).

- (2) paramedische behandeling:

Hieronder vallen de kosten van de volgende *paramedische verstrekkingen*: raadplegingen en/of behandelingen in de praktijk of bij de *verzekerde* thuis, die worden uitgevoerd door een andere *erkende zorgverstreker* dan een *huisarts* of een *arts-specialist*.

Onder paramedische beroepen worden de volgende beroepen verstaan (limitatieve lijst):

- *fysiotherapeut* (kinesitherapeut);
- *verpleegkundige*;
- *vroedvrouw*;

- *podoloog*;
- *logopedist*. De terugbetaling door de *verzekeraar* is onderworpen aan de voorafgaande goedkeuring van de behandelend arts van, en tegemoetkoming vanuit, de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Om voor terugbetaling door de *verzekeraar* in aanmerking te komen, moeten *paramedische verstrekkingen* zijn voorgeschreven door een arts.

- (3) alternatieve behandeling:

In afwijking van artikel 2.2.1.2, tweede opsommingsteken, dekt dit *verzekeringsplan* DKV Hospi Premium + de *verstrekkingen* bij een *erkende zorgverstrekker* in de volgende limitatieve domeinen:

- homeopathie;
- osteopathie;
- chiropractie;
- acupunctuur.

Alternatieve behandelingen moeten altijd worden voorgeschreven door een arts.

- (4) medische hulpmiddelen:

Dit omvat de naar behoren bewezen kosten van *medische hulpmiddelen* (met inbegrip van medische *protheses* andere dan de *tandprotheses* waarvan de dekking is voorzien onder artikel 2.3.1.4 en kunstledematen) van die zijn voorgeschreven door een *erkende zorgverstrekker*.

Medische hulpmiddelen zijn gezondheidsproducten die hun medische werking mechanisch of fysiek verrichten en niet volledig in het menselijk lichaam zijn geïmplantéerd, zoals (niet-limitatief) gedeeltelijk implanteerbare *gehoorapparaten*, kunstledematen, orthopedische zolen, medische *protheses*, corrigerende brilglazen, enz.

Medische hulpmiddelen moeten altijd worden voorgeschreven door een arts.

Het recht op tussenkomst is altijd onderworpen aan de voorafgaande goedkeuring van de *verzekeraar*, met uitzondering van brilglazen of contactlenzen (bij vervanging op voorwaarde dat de dioptrie met minstens 0,5 is gewijzigd), volledig niet-implanteerbare *gehoorapparaten*, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaten, spalken en krukken.

Brilmonturen en niet-corrigerende (zonne)brillen zijn uitgesloten van de verzekeringsdekking.

Redelijke en noodzakelijke onderhouds- en reparatiekosten, reserveonderdelen zijn gedekt voor zover de *verzekerde* met de gepaste zorg en toewijding (als een goede huisvader) gebruik maakt van het *medisch hulpmiddel*. **Niet gedekt zijn alle kosten ten gevolge van het onjuist en/of oneigenlijk gebruik door *verzekerde* en/of nalatigheid en verlies door zijn toedoen.**

De kosten van niet-medisch noodzakelijke toebehoren en hulpapparatuur die niet kunnen worden toegeschreven aan de standaardwerking en het standaardgebruik van *medische hulpmiddelen*, worden niet vergoed.

- (5) de kosten van een **pruik in het kader van een oncologische behandeling, met een maximum van €1.250**. De *verzekeraar* komt slechts tussen wanneer er een tegemoetkoming is vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

– Worden aan 80% terugbetaald:

Indien de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen niet tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage voor het *verzekeringsgeval* herleid naar 40%.

- (6) geneesmiddelen/medicijnen

Dit omvat de kosten van allopathische en homeopathische farmaceutische producten die vermeld staan op een (e-)BVAC-attest (enkel van toepassing in België), voldoen aan de criteria opgesomd in artikel 2.2.1.2, verkrijgbaar zijn bij een erkende apotheek en niet vrij in de handel verkrijgbaar zijn.

- (7) verband- en medisch materiaal

Geneesmiddelen/medicijnen, verband – en medisch materiaal moeten altijd worden voorgeschreven door een arts.

2.3.1.4 Tandheelkundige behandelingen

- De chirurgische tandextractie onder algemene verdoving gedurende een ziekenhuisopname (*daghospitalisatie*) wordt, per *verzekeringsgeval* omschreven onder artikel 2.2.1.1.1, zonder toepassing van enige *wachttijd*, terugbetaald aan 100% na aftrek van *alle wettelijke, statutaire of andere tegemoetkomingen*.

- Volgende medische kosten (limitatieve lijst):
 - (1) elke kaakchirurgische ingreep (sinuslift of andere) die tot doel heeft *tandimplantaten*, *tandprothesen* en/of tandmateriaal te plaatsen, met inbegrip van botssubstituten en/of membranen;
 - (2) elk *tandimplantaat*, *tandprothese* en/of tandmateriaal, ongeacht de aard ervan;
 - (3) elke *tandheelkundige behandeling*, ongeacht de aard ervan, **met uitzondering van een orthodontische behandeling**

worden, per gedekt *verzekeringsgeval* omschreven onder artikel 2.2.1.1.1 t.e.m. 2.2.1.1.3, terugbetaald:

- na verloop van een specifieke *wachttijd* van 12 maanden;
- na voorafgaandelijke goedkeuring door de *verzekeraar* op basis van een gedetailleerd *behandelingsplan* met nauwkeurige kostenraming;
- aan 100%, na aftrek van alle *wettelijke, statutaire of andere tegemoetkomingen*.

Indien de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen niet tussenkomt, blijft het terugbetalingspercentage behouden aan 100%.

De tussenkomst van de verzekeraar voor deze medische kosten is begrensd tot €750 per verzekeringsjaar en per verzekerde.

2.3.1.5 Niet-medische zorgondersteuning gedurende de post-hospitalisatieperiode in het kader van één van de 33 "Zware Ziekten"

De *verzekeraar* vergoedt, per gedekt *verzekeringsgeval* omschreven onder artikel 2.2.1.1.4, na aftrek van alle *wettelijke, statutaire of andere tegemoetkomingen*, de volgende kosten van niet-medische zorgondersteuning (limitatieve lijst) aan 100%:

- de kosten van persoonlijke verzorging zoals niet-limitatief dagelijkse lichaamszorg (bv. hulp bij het wassen, eten en drinken, aan- en uitkleden, het toilet, e.d.) en meer specifieke zorg (bv. bijstand verlenen bij het gebruik van bepaalde medicatie, het vervangen van een stomazakje bij een genezen stoma, e.d.);
- de kosten van dagdagelijkse huishoudelijke hulp en schoonhouden van de woning zonder dienstencheques zoals niet-limitatief maaltijden bereiden, opdienen, afruimen en afwassen, poetsen, stof afnemen, stofzuigen, dweilen, wassen, strijken, bedden opmaken en verschoneren, boodschappen doen, e.d.;
- de kosten van gekwalificeerde oppas en ondersteuning bij de opvoeding en verzorging van kinderen jonger dan 16 jaar;
- de kosten van gekwalificeerde oppas of de dagelijkse wandeling van huisdieren (honden en katten).

Enkel de kosten van niet-medische zorgondersteuning die in rechtstreeks verband staan met de oorzaak van de behandeling van een gediagnosticeerde "Zware Ziekte" in een *ziekenhuis* en gemaakt zijn tijdens de post-hospitalisatieperiode van een gedekte ziekenhuisopname met overnachting voor een "Zware Ziekte" komen hiervoor in aanmerking.

De *verzekeraar* behoudt zich het recht voor om de werkelijkheid, de duur en de ernst van het verminderd zelfzorgvermogen van de *verzekerde* vast te stellen en te controleren op basis van bewijs- en/of medische stukken.

De tussenkomst van de verzekeraar is begrensd tot €500 per verzekeringsjaar en per verzekerde.

Het gebruik maken en uitvoering van niet-medische zorgondersteuning valt volledig onder de verantwoordelijkheid van de *verzekerde* en de *erkende zorgverstrekker*.

De *verzekeraar* draagt geen enkele verantwoordelijkheid bij schade, vertragingen, gebreken of belemmeringen, niet-uitvoering of vergissingen van de *erkende zorgverstrekker* ongeacht de aard, oorzaak of gevolgen die voortvloeien uit de uitvoering van niet-medische zorgondersteuning door de *erkende zorgverstrekker*. De *verzekerde* of zijn wettelijke vertegenwoordiger heeft geen enkel recht van verhaal ten aanzien van de *verzekeraar* tot schadeloosstelling van eventueel opgelopen schade en/of nadeel.

2.3.1.6 Medisch begeleide voortplanting

De *verzekeraar* vergoedt de medische kosten van een *medisch begeleide voortplanting*, zoals omschreven in artikel 2.2.1.1.5, voor zover de behandeling goedgekeurd is door, en tegemoetkoming geniet vanuit, de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. De terugbetaling bedraagt:

- 100% voor de medische kosten verbonden aan de hospitalisatie, na aftrek van alle *wettelijke, statutaire of andere tegemoetkomingen*.
- 100% voor de medische kosten verbonden aan de ambulante raadplegingen en/of behandelingen tijdens de pre/post periode van en gedekte hospitalisatie na aftrek van alle *wettelijke, statutaire of andere tegemoetkomingen*.
- 80% voor geneesmiddelen/medicijnen en verband- en medisch materiaal tijdens de pre/post periode van een gedekte hospitalisatie na aftrek van alle *wettelijke, statutaire of andere tegemoetkomingen*.

2.3.2 Waarborg “Bijstand in het buitenland” DKV ASSISTANCE

Het *verzekeringsplan* DKV Hospi Premium + voorziet, in aanvulling op de waarborg “Medische Kosten”, specifieke bijstandsprestaties in het *buitenland* binnen de geografische grenzen zoals bepaald in artikel 2.1.2.

Volgende bijstandsprestaties (limitatieve lijst) zijn, per gedekt *verzekeringsgeval* omschreven onder artikel 2.2.2, van toepassing.

SAMENVATTING: WAARBORG "BIJSTAND IN HET BUITENLAND" DKV ASSISTANCE		
Dit is een samenvatting van de waarborg, raadpleeg de overeenkomstige paragrafen (§) voor alle details over de dekking/beperkingen		
Bijstandsprestaties		Tussenkost van de verzekeraar
1. Informatiedienst	<ul style="list-style-type: none"> Algemene inlichtingen (administratieve formaliteiten voor reizigers, voertuigen en huisdieren) Medische inlichtingen (hygiënische en medische voorzorgsmaatregelen, verplichte en aanbevolen inentingen, dichtstbijzijnde arts of apotheker van wacht, hulpdiensten, hospitalen en ziekenhuizen, verhuur van medisch materiaal, thuiszorg, revalidatiecentra) 	
2. Plaatselijk vervoer in het buitenland	Plaatselijk vervoer in het buitenland naar het dichtstbijzijnde of meest geschikte ziekenhuis of gezondheidszorginstelling voor het ontvangen van de medische zorgen	Kosten voor het plaatselijk vervoer per ziekenwagen of elk ander vervoermiddel dat geschikt geacht wordt
3. Regeling van communicatie tussen artsen	Communicatie tussen de behandelende arts in het buitenland en de huisarts	
4. Verzending van geneesmiddelen, medicijnen, prothesen of brillen	Verzending van geneesmiddelen, medicijnen, prothesen of brillen die noodzakelijk zijn voor een medische behandeling	De aankoop is niet gedekt door dit verzekeringsplan, maar kan vergoed worden door een specifieke ziektekostenverzekering van de verzekeraar
5. Bezoek aan een verzekerde opgenomen in een buitenlands ziekenhuis indien de verzekerde langer dan 5 dagen in het buitenlands ziekenhuis verblijft	<ul style="list-style-type: none"> Kosten van een vervoerbiljet voor een familielid vanuit zijn land van woonplaats en feitelijke hoofdverblijfplaats Verblijfskosten (logies + ontbijt) in een hotel van de bezoeker 	<ul style="list-style-type: none"> Naargelang de noodzaak, de kosten van ofwel een treinbiljet (heen en terug) in 1ste klasse, ofwel een vliegtuigbiljet (heen en terug) in economy class De verblijfskosten (logies + ontbijt) in een hotel van de bezoeker worden vergoed tot een bedrag van €80 per dag. De tussenkomst is beperkt tot €160 per verzekerde en per verzekeringsgeval
6. Toepassing derdebetalersstelsel van ziekenhuisfacturen in het buitenland ⁽¹⁾	Betaling van de ziekenhuisfactuur rechtstreeks aan het buitenlands ziekenhuis	
7. Repatriëring bij ongeval of ziekte, van de plaats van ziekenhuisopname of medische behandeling in het buitenland naar het land van woonplaats en feitelijke hoofdverblijfplaats van de verzekerde of naar een ziekenhuis dicht bij de woonplaats en feitelijke hoofdverblijfplaats van de verzekerde ⁽²⁾	<ul style="list-style-type: none"> Vaststelling onder welke voorwaarden de verzekerde kan worden gerepatriëerd (na contactopname met de artsen) Organisatie van het vervoer 	Naargelang de noodzaak, de kosten van vervoer per ziekenwagen (indien de afstand minder dan 1.000 km bedraagt), slaapwagen, trein in 1ste klasse, lijn- of chartervliegtuig, met of zonder (para)medische begeleiding, of elk ander vervoermiddel dat meest geschikt geacht wordt door de arts van DKV ASSISTANCE. DKV ASSISTANCE gaat steeds na

		of er reeds geplande reismiddelen zijn die gebruikt kunnen worden voor de repatriëring
8. Repatriëring van andere verzekerden	Organisatie van de terugreis van andere verzekerden die mee op reis zijn en de gerepatriëerde verzekerde vergezellen naar zijn bestemming	DKV ASSISTANCE gaat steeds na of er reeds geplande reismiddelen zijn die gebruikt kunnen worden voor de repatriëring
9. Terugkeer van de kinderen bij ziekenhuisopname in het buitenland van een verzekerde ouder	Organisatie van het afreizen van een begeleider die de minderjarige kinderen zal repatriëren naar hun land van woonplaats of feitelijke hoofdverblijfplaats	De verblijfskosten (logies + ontbijt) in een hotel van de begeleider worden vergoed tot een bedrag van €80 per dag. De tussenkomst is beperkt tot €160 per verzekerde en per verzekeringsgeval
10. Repatriëring van het stoffelijk overschot bij overlijden in het buitenland	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatie van de repatriëring van het stoffelijk overschot vanaf het ziekenhuis of het funerarium naar het door de familie aangeduide land van woonplaats en feitelijke hoofdverblijfplaats • Balseming en administratieve formaliteiten in het buitenland 	<p>De kosten van de kist tot €750 per verzekeringsgeval</p> <p>Indien de verzekerde in het buitenland ter plaatse wordt begraven of verast, worden onderstaande kosten vergoed tot €1.500:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de kosten voor het kisten en de balseming • de kosten voor de lijkstaf of de urne • de vervoerskosten van het stoffelijk overschot met uitsluiting van de ceremoniekosten, de begrafenis­kosten en de verassing; • de kosten voor repatriëring van de urne • de kosten van een vervoerbewijs heen en terug om een kennis van de familie de mogelijkheid te bieden ter plaatse te gaan • de administratieve formaliteiten in het buitenland
<p>⁽¹⁾ Op voorwaarde dat het ziekenhuisverblijf in het buitenland binnen de 48 uur na aanvang van de ziekenhuisopname wordt gemeld, of zo snel als redelijkerwijs mogelijk.</p> <p>⁽²⁾ Op voorwaarde dat het ziekenhuisverblijf of de medische behandeling in het buitenland binnen de 48 uur na aanvang van de ziekenhuisopname of start van de medische behandeling wordt gemeld, of zo snel als redelijkerwijs mogelijk.</p>		

2.3.2.1 Informatiedienst

De dienst voor het opvragen van informatie is 7 dagen op 7, 24 uur op 24 bereikbaar op het **telefoonnummer** ☎ **+32 2 230 31 32**. Alle informatie wordt (overwegend) telefonisch verstrekt en dit binnen een aanvaardbare termijn.

- De informatiedienst verleent algemene inlichtingen:
 - administratieve formaliteiten voor reizigers, voertuigen en huisdieren.
- De informatiedienst verleent medische inlichtingen:
 - hygiënische en medische voorzorgsmaatregelen;
 - verplichte en aanbevolen inentingen;
 - dichtstbijzijnde arts of apotheker van wacht in de buurt van de tijdelijke verblijfplaats in het *buitenland* van de *verzekerde(n)*;
 - hulpdiensten (ziekenwagens, brandweer);
 - hospitalen en *ziekenhuizen*;
 - verhuur van medisch materiaal;

- thuiszorg;
- revalidatiecentra.

2.3.2.2 Plaatselijk vervoer in het buitenland

De *verzekeraar* vergoedt de kosten voor het plaatselijk vervoer in het *buitenland* naar het dichtstbijzijnde of door de arts als meest geschikt geachte *ziekenhuis* of gezondheidszorginstelling voor het ontvangen van de medische zorgen. Dit vervoer gebeurt per ziekenwagen of elk ander vervoermiddel dat geschikt geacht wordt door de behandelende arts of een plaatselijke hiervoor bevoegde professionele inrichting.

In geval van een *wintersportongeval* op een skipiste zonder ziekenhuisopname vergoedt de *verzekeraar* de afdalingskosten per reddingslee en/of helikopter, evenals de vervoerskosten van de plaats van het *ongeval* naar het dichtstbijzijnde of door de arts als meest geschikt geachte *ziekenhuis* of gezondheidszorginstelling voor het ontvangen van de medische zorgen.

2.3.2.3 Regeling van communicatie tussen artsen

Op verzoek van de *verzekerde*, organiseert *DKV ASSISTANCE* de communicatie tussen de behandelende arts in het *buitenland* en zijn *huisarts*.

2.3.2.4 Verzending van geneesmiddelen/medicijnen, prothesen of brillen

DKV ASSISTANCE organiseert de verzending van *geneesmiddelen/medicijnen, prothesen* of brillen die noodzakelijk zijn voor een medische behandeling. Hun aankoopprijs blijft ten laste van de *verzekerde*, tenzij dit valt onder de verzekeringsvoorwaarden van een ziektekostenverzekering afgesloten bij de *verzekeraar*.

De verzending is onderworpen aan de plaatselijke wetgeving en aan de onmogelijkheid een soortgelijk geneesmiddel/medicijn in het buitenland te vinden.

2.3.2.5 Bezoek aan een verzekerde opgenomen in een buitenlands ziekenhuis

Indien de *verzekerde* langer dan 5 dagen in een *buitenlands ziekenhuis* verblijft, bezorgt *DKV ASSISTANCE* aan een familielid een vervoerbiljet vanuit zijn land van *woonplaats* en *feitelijke hoofdverblijfplaats*, naargelang de noodzaak, ofwel een treinbiljet (heen en terug) in 1ste klasse, ofwel een vliegtuigbiljet (heen en terug) in economy class.

De verblijfskosten (logies + ontbijt) van deze bezoeker in een hotel worden vergoed tot een bedrag van maximum € 80 per dag. De tussenkomst van de verzekeraar is beperkt tot € 160 per verzekerde en per verzekeringsgeval.

2.3.2.6 Toepassing van het derdebetalerssysteem voor de ziekenhuisfacturen in het buitenland

DKV ASSISTANCE betaalt de ziekenhuisfactuur op naam van de *verzekerde* rechtstreeks aan het *buitenlands ziekenhuis* op voorwaarde dat het ziekenhuisverblijf in het *buitenland* reeds vóór of ten laatste 48 uur na aanvang van de ziekenhuisopname aan de *verzekeraar* wordt gemeld, of zo snel als redelijkerwijs mogelijk.

2.3.2.7 Repatriëring bij ongeval of ziekte

Wanneer de *verzekerde* ten gevolge van een *ongeval* of een *ziekte* in het *buitenland* wordt opgenomen in een *ziekenhuis* of medisch wordt behandeld, moet *DKV ASSISTANCE* hiervan worden verwittigd binnen de 48 uur na aanvang van de ziekenhuisopname of start van de medische behandeling, of zo snel als redelijkerwijs mogelijk. Wanneer de arts van *DKV ASSISTANCE* het nodig acht de *verzekerde* naar het land van zijn *woonplaats* en *feitelijke hoofdverblijfplaats* over te brengen, zal *DKV ASSISTANCE* contact opnemen met de artsen om vast te stellen onder welke voorwaarden de *verzekerde* kan worden gerepatriëerd.

DKV ASSISTANCE organiseert het vervoer per ziekenwagen (indien de afstand minder dan 1.000 km bedraagt), slaapwagen, trein in 1ste klasse, lijn- of chartervliegtuig, met of zonder medische begeleiding, of elk ander vervoermiddel dat geschikt geacht wordt door de arts van *DKV ASSISTANCE*. Dit vervoer gebeurt, indien nodig, onder medisch of paramedisch toezicht uitgevoerd van de plaats van ziekenhuisopname of medisch wordt behandeld in het *buitenland* naar de *woonplaats* en *feitelijke hoofdverblijfplaats* van de *verzekerde* of naar een *ziekenhuis*, waar een bed werd gereserveerd, dicht bij de *woonplaats* en *feitelijke hoofdverblijfplaats* van de *verzekerde*. *DKV ASSISTANCE* wijst alle aansprakelijkheid af voor de medische gevolgen die uit het transport van de *verzekerde* kunnen voortvloeien.

DKV ASSISTANCE gaat steeds na of er reismiddelen zijn die oorspronkelijk voor het vervoer waren gepland, en behoudt zich het recht voor om deze in het kader van een repatriëring te kunnen gebruiken.

2.3.2.8 Repatriëring van andere verzekerden

DKV ASSISTANCE organiseert de terugreis van andere *verzekerden* die oorspronkelijk mee op reis waren en die de gerepatriëerde *verzekerde* vergezelden naar zijn bestemming.

DKV ASSISTANCE gaat steeds na of er reismiddelen zijn die oorspronkelijk voor het vervoer waren gepland, en behoudt zich het recht voor om deze in het kader van een repatriëring te kunnen gebruiken.

2.3.2.9 Terugkeer van de kinderen

In geval van ziekenhuisopname in het *buitenland* van de *verzekerde* (vader of moeder), organiseert DKV ASSISTANCE het afreizen van een begeleider. Deze begeleider zal de kinderen, jonger dan 18 jaar en die samen met de *verzekerde* op reis zijn, repatriëren naar hun *woonplaats* of *feitelijke hoofdverblijfplaats*.

De verblijfskosten (logies + ontbijt) van deze begeleider in een hotel worden vergoed tot een bedrag van € 80 per dag. De tussenkomst van de verzekeraar is beperkt tot € 160 per verzekerde en per verzekeringsgeval.

2.3.2.10 Repatriëring van het stoffelijk overschot

In geval van overlijden in het *buitenland* van de *verzekerde*, organiseert DKV ASSISTANCE de repatriëring van het stoffelijk overschot naar het land van zijn *woonplaats* en *feitelijke hoofdverblijfplaats*, vanaf het *ziekenhuis* of het *funerarium* naar de plaats in het land van zijn *woonplaats* en *feitelijke hoofdverblijfplaats* aangeduid door de familie, alsook de kosten van balseming en de kosten voor de administratieve formaliteiten in het *buitenland*.

De kosten van de kist worden vergoed tot €750. De begrafenis- en ceremoniekosten in het land van zijn woonplaats en feitelijke hoofdverblijfplaats zijn niet gedekt.

Indien de in het buitenland overleden verzekerde, ter plaatse wordt begraven of verast, vergoedt DKV ASSISTANCE onderstaande kosten tot €1.500:

- de kosten voor het kisten en de balseming;
- de kosten voor de lijkst of de urne;
- de vervoerskosten ter plaatse van het stoffelijk overschot met uitsluiting van de ceremoniekosten, de begrafenis- en de verassing;
- de kosten voor repatriëring van de urne;
- een vervoerbewijs heen en terug om een kennis van de familie de mogelijkheid te bieden ter plaatse te gaan;
- de administratieve formaliteiten in het *buitenland*.

2.4 Wat is niet verzekerd?

Onderstaande kosten zijn uitgesloten van de verzekeringsdekking van het *verzekeringsplan* DKV Hospi Premium +. De *verzekeraar* draagt de bewijslast voor alle uitsluitingen en beperkingen van het *verzekeringsplan*.

2.4.1 Waarborg "Medische Kosten"

De verzekeringswaarborg omvat niet de kosten die verband houden met de hierna genoemde gevallen, alsook alle gevolgen ervan:

- a) een *ongeval* dat zich heeft voorgedaan, een *ziekte* waarvan de symptomen zijn opgetreden of een zwangerschap die zich heeft gemanifesteerd voor de begindatum van het *verzekeringsplan*. Zodra een termijn van twee jaar is verstreken te rekenen van de inwerkingtreding van het *verzekeringsplan* voor de betrokken *verzekerde*, kan de *verzekeraar* zich niet meer beroepen op het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens door de *verzekeringnemer* of de *verzekerde*, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een *ziekte* of aandoening waarvan de symptomen zich voor de begindatum van het *verzekeringsplan* voor de betrokken *verzekerde* reeds hadden gemanifesteerd en deze *ziekte* of aandoening niet gediagnosticeerd werd binnen diezelfde termijn van twee jaar;
- b) *tandheelkundige behandelingen* tijdens de specifieke *wachttijd* van het *verzekeringsplan*;
- c) een *ziekte* of een *ongeval* voortvloeiend uit de actieve deelname door de *verzekerde* aan een burgeroorlog of andere oorlog, uit oproer, uit gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong;
- d) een *ziekte* die of een *ongeval* dat zich voordoet in een land in staat van burgeroorlog of andere oorlog, of gedestabiliseerd door *terrorisme*, in geval van politieke onrust, in geval van afkondiging van de staat van beleg (krijgswet), in geval van oproer of gewelddaden van politieke, ideologische of sociale aard wanneer de *verzekerde* zich aan dit gevaar blootstelt door in een dergelijk land te verblijven (of ernaar af te reizen). Dit zijn de landen waarvoor de FOD Buitenlandse Zaken een negatief reisadvies heeft uitgevaardigd. De verzekeringswaarborg blijft evenwel behouden gedurende de eerste 30 dagen na het begin van de vijandelijkheden wanneer de *verzekerde* verrast werd door het uitbreken van bovenvermelde toestanden tijdens een reis in het *buitenland* (nog geen negatief reisadvies bij vertrek);
- e) actieve deelname van de *verzekerde* aan een *terroristische daad*;
- f) vrijwillige deelname aan een misdrijf door de *verzekerde*, behalve in geval van wettelijke zelfverdediging;
- g) een *opzettelijke daad* of klaarblijkelijk *roekeloze daad* van de *verzekerde*, behalve in geval van wettige verdediging van personen of goederen;
- h) *professionele of betaalde sportbeoefening* inclusief training;
- i) 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;
- j) 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;
- k) een preventieve behandeling, een vaccinatie;
- l) een sterilisatie, contraconceptie, andere dan een consultatie;

- m) een *esthetische behandeling*, met uitzondering van reconstructieve plastische chirurgie voor zover een nauwkeurige kostenraming, opgesteld door de behandelende arts, vooraf door de *verzekeraar* is goedgekeurd;
- n) *refractieve oogheelkunde*;
- o) een psychotherapeutische behandeling, behalve indien verstrekt door een *psychiater*;
- p) farmaceutische producten en elk ander type van product dat vrij in de handel verkrijgbaar is;
- q) kosten die overeenkomstig de Belgische wet- en regelgeving niet mogen worden aangerekend.

2.4.2 Waarborg "Bijstand in het buitenland" DKV ASSISTANCE

Van de bijstandswaarborg zijn uitgesloten alle kosten die verband houden met de hierna genoemde gevallen, alsook alle gevolgen ervan:

- een *ziekte* of een *ongeval* voortvloeiend uit de actieve deelname door de *verzekerde* aan een burgeroorlog of andere oorlog, uit oproer, uit gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong;
- een *ziekte* die of een *ongeval* dat zich voordoet in een land in staat van burgeroorlog of andere oorlog, of gedestabiliseerd door *terrorisme*, in geval van politieke onrust, in geval van afkondiging van de staat van beleg (krijgswet), in geval van oproer of gewelddaden van politieke, ideologische of sociale aard wanneer de *verzekerde* zich aan dit gevaar blootstelt door in een dergelijk land te verblijven (of ernaar af te reizen). Dit zijn de landen waarvoor de FOD Buitenlandse Zaken een negatief reisadvies heeft uitgevaardigd. De verzekeringswaarborg blijft evenwel behouden gedurende de eerste 30 dagen na het begin van de vijandelikheden wanneer de *verzekerde* verrast werd door het uitbreken van bovenvermelde toestanden tijdens een reis in het *buitenland* (nog geen negatief reisadvies bij vertrek);
- actieve deelname van de *verzekerde* aan een *terroristische daad*;
- nucleaire of natuurrampen;
- elke situatie die door de *verzekerde* uitsluitend vrijwillig en ongegrond gezocht werd;
- alle lichamelijke letsels of *ziekten* die niet vastgesteld en gediagnosticeerd werden door een arts;
- alle *ongevallen* of *ziekten* die bestonden op het ogenblik van het sluiten van het *verzekeringscontract* of van het vertrek naar het land van verblijf. Een niet te voorzien herval of een niet te voorziene complicatie zijn wél gedekt, indien de *ziekte* stabiel was en er geen therapie werd ingesteld of aangepast gedurende 6 maanden vóór het sluiten van het *verzekeringscontract* of vóór het vertrek naar het land van verblijf;
- depressieve toestanden, geestesziekten, psychische, psychosomatische of zenuwstoornissen behalve indien deze toestand in het *buitenland* voor het eerste tot uiting kwam;
- beoefening van gevaarlijke sporten zoals bobslee, *alpinisme*, autowedstrijden, snelheidswedstrijden, raids in het algemeen, rafting, kanoën, benjispringen, skispringen, skiën buiten de officiële skipistes zonder professionele begeleiding van een officieel gecertificeerde skileraar of gids, deltavliegen, parapente en parachutespringen in het algemeen;
- repatriëring van *verzekerden* met lichte verwondingen of *ziekte*, die ter plaatse kunnen worden behandeld en die hen niet verhinderen om hun verblijf in het *buitenland* voort te zetten;
- kosten voor kuren, massages, *fysiotherapie* en vaccinatie;
- de zwangerschap van meer dan 28 weken voor vliegreizen, met uitzondering van deze waarvoor een schriftelijke goedkeuring werd verleend door de behandelende gynaecoloog en bevestigd door een arts van de betrokken luchtvaartmaatschappij en dit met het oog op het welzijn van de moeder en het ongeboren kind;
- kosten voor brillen, contactlenzen, *medische hulpmiddelen*, *protheses* en kunstledematen in het algemeen;
- behandelingen die niet door het *Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)* worden vergoed;
- medische kosten in België, zelfs indien ze voortvloeien uit een *ziekte* of *ongeval*, opgelopen in het *buitenland*;
- vrijwillige deelname aan een misdrijf door de *verzekerde*, behalve in geval van wettige zelfverdediging;
- de kosten van een medische check-up;
- *esthetische* en homeopathische *behandelingen*, alsook behandelingen inzake dieet en acupunctuur;
- controle- en observatieonderzoeken die op regelmatige basis terugkeren;
- gevallen die plaatsvinden vóór de begindatum en na de einddatum van het *verzekeringsplan* of die zich voordoen tijdens de schorsingsperiode van het *verzekeringsplan*;
- in geval van staat van dronkenschap, strafbare intoxicatie, alcoholisme, toxicomanie of andere soortgelijke toestand dat 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 behoefte aan bijstand;
- in geval van het gebruik van doping, het gebruik van *geneesmiddelen* dat niet conform is met de indicaties van de wetenschappelijke bijsluiter en/of met het medisch voorschrift;
- gebruik van wapens;
- deelname aan weddenschappen of vechtpartijen, behalve in geval van wettige zelfverdediging;
- elke prestatie die geweigerd wordt door de *verzekerde*, of die niet door *DKV ASSISTANCE* georganiseerd of toegestaan wordt;
- elke gebeurtenis die zich na de eerste 3 maanden verblijf in het *buitenland* voordoet;

- alle schade die rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeit uit activiteiten van luchtvaart, in andere omstandigheden dan als betalend passagier van een meermotorig toestel voor personenvervoer dat daarvoor is ontworpen en daartoe een vergunning heeft;
- alle schade die rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg is van een *opzettelijke daad* of klaarblijkelijk *roekeloze daad* van de *verzekerde*, behalve in geval van wettige verdediging van personen of goederen;
- alle kosten die niet uitdrukkelijk worden voorzien in huidige bepalingen en verzekeringsvoorwaarden;
- alle opsporings- en bergingskosten boven €5.000 tot op het moment van een plaatselijk vervoer.

DKV ASSISTANCE is niet verantwoordelijk voor schade, vertragingen, gebreken of belemmeringen die zich kunnen voordoen bij de uitvoering van de prestaties als deze ontstaan zonder toedoen van of niet te wijten zijn aan DKV ASSISTANCE of als deze het gevolg zijn van overmacht, zoals burgeroorlog of andere oorlog, vijandelijke inval, acties van vijandige buitenlandse machten, vijandigheden (onafgezien van het feit of er al dan niet een oorlogsverklaring geweest is), confiscatie, nationalisatie, staking, oproer, *terrorisme*, sabotage, krijgswet, vordering, verzakking of verschuiving van terreinen, overstroming of elke andere natuurramp.

Hetzelfde geldt voor elke schade die rechtstreeks of onrechtstreeks een gevolg zou zijn van, of geheel of gedeeltelijk veroorzaakt zou worden door een ioniserende straling of een radioactieve besmetting ingevolge nucleaire brandstof of afval van de verbranding van een nucleaire brandstof of de toxische radioactieve explosie of elke onzekere eigenschap van een explosieve nucleaire samenstelling of één van de componenten daarvan.

3. Verzekeringsgevallen (ook wel “schadegevallen” genoemd)

3.1 Wat zijn uw verplichtingen bij een schadegeval?

- Alle redelijke maatregelen nemen om de gevolgen van een *verzekeringsgeval* te voorkomen en te beperken;
- Alvorens aanspraak te maken op tussenkomst vanwege de *verzekeraar*, eerst zijn aanspraak laten gelden op alle *wettelijke, statutaire of andere tegemoetkomingen*;
- Elk *verzekeringsgeval* aan de *verzekeraar* melden:
 - voor de waarborg “Bijstand in het buitenland” DKV ASSISTANCE; telefonisch op het nummer ☎ +32 2 230 31 32, binnen de 48 uur na aanvang van een ziekenhuisopname of een *wintersportongeval* op een skipiste zonder ziekenhuisopname, of zo snel als redelijkerwijs mogelijk;
 - voor de waarborg “Medische Kosten”: bij voorkeur via het digitaal klantenportaal of de smartphone applicatie die de *verzekeraar* ter beschikking stelt, gebruikmakend van de daartoe bestemde formulieren 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 originele bewijs- en/of medische stuk op te vragen bij de *verzekerde*, die het moet bewaren of de kosten voor een duplicaat moet dragen. Indien de bewijs- en/of medische stukken (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 bewijs- en/of medische stukken te eisen in de taal van het *verzekeringscontract*. De kosten hiervan zijn voor rekening van de *verzekerde*. De toegezonden bewijs- en/of medische 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. Als de *verzekeringsnemer* en/of *verzekerde* aanspraak kan maken op een schadevergoeding van de werkelijk gedragen kosten, treedt de *verzekeraar* in de rechten en rechtsvorderingen van de *verzekeringsnemer* en/of *verzekerde* tot de reikwijdte van zijn prestaties. Bijgevolg mag de *verzekeringsnemer* en/of de *verzekerde* geen afstand van verhaal doen zonder voorafgaandelijk schriftelijk akkoord van de *verzekeraar*. Indien door toedoen van de *verzekeringsnemer* 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 *verzekeringsgeval* bedraagt 3 jaar volgend op de behandelingsdatum van de verstrekking.

Als de *verzekeringsnemer* 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.

3.2 Modaliteiten tot vaststellen van het recht op tussenkomst

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

- de *verzekeringsnemer* 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 *verzekeringsgeval*, 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 *verzekeringsgeval*, worden aan de raadgevende arts van de *verzekeraar* overgemaakt.

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.

Overeenkomsten of afspraken die de *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* afgesloten heeft met derden over rechten die ontstaan in uitvoering van het *verzekeringscontract* zijn niet tegenstelbaar aan de *verzekeraar*. Het gaat om medische kosten of andere kosten die niet in overeenstemming zijn met de Belgische wet- en regelgeving of afspraken daaromtrent met *erkende zorgverstrekkers*.

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

- de *persoonlijke bijdrage* of vrijstelling per *verzekeringsgeval* bij ziekenhuisopname in een éénpersoonskamer;
- het bedrag dat het verzekerd plafond overschrijdt;
- de kosten van een niet gedekt *verzekeringsgeval*;
- de door de *verzekeraar* geweigerde kosten.

worden teruggevorderd. Dit gebeurt voornamelijk wanneer de *verzekeraar* de ziekenhuisfactuur rechtstreeks aan het *ziekenhuis* betaalt in het kader van het derdebetalerssysteem.

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 Vergoedingsmodaliteiten

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 uitbetaling gebeurt in euro. De gedekte kosten gemaakt 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 Indeplaatsstelling

De *verzekeraar* die de schadevergoeding betaald heeft, treedt ten belope van het bedrag van die vergoeding in de rechten en rechtsoverdrachten van de *verzekerde* tegen een derde persoon die aansprakelijk kan worden gesteld.

3.5 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 DKV Hospi Premium +

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/of 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 verzekeringswaarborgen

Het sluiten van het *verzekeringscontract* kan op afstand gebeuren via het daartoe georganiseerd digitaal onderschrijvingsportaal van de *verzekeraar*. 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* DKV Hospi Premium + treedt in werking na betaling van de volledige eerste jaar*premie* of overeengekomen deel*premie* binnen de gestelde termijn. Het *verzekeringsplan* DKV Hospi Premium + treedt in geen geval in werking voor de begindatum van het *verzekeringscontract*, zoals bepaald in de polis. Door betaling van de eerste jaar*premie* of overeengekomen deel*premie* 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* DKV Hospi Premium +.

Indien het *verzekeringscontract* op afstand is gesloten, kunnen zowel de *verzekeringnemer* als de *verzekeraar* zonder boete en zonder schriftelijke motivering (op papier of digitaal) binnen een termijn van 14 dagen herroepen op de volgende adressen: Lokumstraat 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 *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 een bijlage bij de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden en maakt daar integraal deel van uit.

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 om de dekking te schorsen en/of 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 opgetreden 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*:

- op de *jaarlijkse vervaldatum* aangepast op basis van de leeftijd die de *verzekerde* dan heeft bereikt en aan het vigerende tarief dat voor deze leeftijd is bepaald zoals vermeld in de *premietabel*. De bereikte leeftijd wordt verkregen door van het lopend jaar het geboortjaar af te trekken;
- aangepast vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de adreswijziging binnen België volgens de *woonplaats* van de *verzekeringnemer* op dat moment en het vigerende 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 *persoonlijke bijdrage* of *vrijstelling* per *verzekeringsgeval* omschreven onder de artikels 2.2.1.1.1 en 2.2.1.1.5 bij ziekenhuisopname in een éénpersoonskamer en/of verzekeringsprestaties op de *jaarlijkse vervaldatum* tevens worden aangepast met 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 “éénpersoonskamer” 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* DKV Hospi Premium + 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 de *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 verzekeringscontract en van het verzekeringsplan DKV Hospi Premium +**

4.3.1 Einde van het verzekeringscontract

Het *verzekeringscontract* 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 *verzekeringscontract* heeft uitwerking op de *jaarlijkse vervaldatum* van het *verzekeringscontract*;
 - (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 *verzekeringscontract* is gebeurd. De beëindiging van het *verzekeringscontract* heeft uitwerking op de *jaarlijkse vervaldatum* van het *verzekeringscontract*;
 - (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 *verzekeringscontract* 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 *premiëwanbetaling*, zoals vermeld in artikel 4.2.3 tweede punt.

- (5) de verhuis naar het *buitenland*: zodra de *verzekeringnemer* zijn *woonplaats of feitelijke hoofdverblijfplaats* naar het *buitenland* overbrengt, waarvan de *verzekeraar* op de hoogte moet worden gebracht zoals vermeld in artikel 4.5, houdt het *verzekeringscontract* automatisch op. De *verzekeringnemer* wordt hiervan schriftelijk op de hoogte gebracht.

4.3.2 Einde van het verzekeringsplan

Het *verzekeringsplan* DKV Hospi Premium + eindigt:

- voor alle *verzekerden* bij het einde van het *verzekeringscontract*;
- 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 *verzekeringscontract*, zonder afbreuk te doen aan het recht op individuele voortzetting (zie artikel 4.4.);
 - bij (poging tot) bedrog/fraude in hoofde van de *verzekerde* in de gevallen voorzien in artikel 4.3.3.

Indien het *verzekeringsgeval*, omschreven onder de artikels 2.2.1.1.1, 2.2.1.1.2, 2.2.1.1.4, 2.2.1.1.5 en 2.2.2, voortduurt na de einddatum van het *verzekeringsplan*, wordt de terugbetaling van de kosten na deze einddatum gewaarborgd tot het einde van het *verzekeringsgeval*.

De verzekeringswaarborg eindigt samen met het einde van het *verzekeringsplan* voor de *verzekeringsgevallen* omschreven onder artikel 2.2.1.1.3.

4.3.3 Fraude/bedrog

Als de *verzekerde* of de *verzekeringnemer* zich schuldig maakt aan fraude of poging tot fraude:

- wordt het *verzekeringscontract* vernietigd in geval van opzettelijke verzwijging of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, wanneer de *verzekeraar* hierdoor werd misleid bij de beoordeling van het te verzekeren risico in overeenstemming met artikel 59 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen;
- worden de verzekeringsprestaties geweigerd in geval van het met bedrieglijk opzet niet nakomen van de verplichtingen voorzien in artikel 3.1 in overeenstemming met artikel 76 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen;
- wordt het *verzekeringscontract* opgezegd in geval van schriftvervalsing of oplichterij in overeenstemming met de voorwaarden voorzien in artikel 86, §1, derde lid van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

4.4 **Recht op voortzetting bij verlaten van het verzekeringscontract**

De *verzekeringnemer* brengt de *verzekeraar* binnen de 30 dagen schriftelijk (op papier of digitaal) op de hoogte van het tijdstip waarop een *verzekerde* het *verzekeringscontract* verlaat en van diens *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* DKV Hospi Premium +.

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 vanaf wanneer de voorwaarden tot behoud van het *verzekeringscontract* en/of het *verzekeringsplan* niet langer meer vervuld zijn. In het bijzonder:
 - elke wijziging van *woonplaats of feitelijke hoofdverblijfplaats* buiten België 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.

Het *verzekeringscontract* (zie artikel 4.3.1) en/of het *verzekeringsplan* (zie artikel 4.3.2) houdt automatisch op vanaf de dag van de nieuwe toestand wanneer blijkt dat als gevolg van de gewijzigde situatie de voorwaarden tot behoud van het *verzekeringscontract* en/of het *verzekeringsplan* niet meer vervuld zijn.

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.

4.6 Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

De *verzekeraar* verwerkt de persoonsgegevens en medische gegevens van de *verzekeringnemer* en *verzekerde*, 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, en de wet van 22/08/2002 betreffende de rechten van de patiënt.

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 Dekking in geval van terrorisme

De verzekeringswaarborg omvat de *verzekeringsevallen* die optreden ingevolge *ziekte* of een *ongeval* voortvloeiend uit een *terroristische daad*, met uitzondering van de *verzekeringsevallen* en al hun gevolgen voortvloeiend uit (1) een *terroristische daad die gesteld wordt door wapens of tuigen, die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern* en (2) *actieve deelname van de verzekerde aan een terroristische daad zoals bepaald in artikels 2.4.1 en 2.4.2.*

4.8 Eindbepalingen

4.8.1 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.

4.8.2 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/verzekerde* een gerechtelijke procedure aan te spannen, kan deze zich richten tot de Ombudsman van Verzekeringen, de Meeûsquare 35, 1000 Brussel – (www.ombudsman-insurance.be, +32 (0) 2 547 58 71, info@ombudsman-insurance.be)”

5. Verklarende woordenlijst

1. DEFINITIES

Alpinisme

Sport die bestaat uit het beklimmen en/of afdalen van bergen op grote hoogte met behulp van technische klimvaardigheden (d.w.z. waarbij beide handen en voeten betrokken zijn) en die enige mate van voorbereiding of training vereist.

Ambulante behandeling en/of raadpleging

Behandeling en/of raadpleging 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.

Deze

- 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 erkenningscommissie 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 lijst van in aanmerking komende medische specialismen is: acute geneeskunde, algemene heelkunde, anesthesie-reanimatie, arbeidsgeneeskunde, cardiologie, dermato-venereologie, endocrino-diabetologie, functionele en professionele revalidatie 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 aangezichts chirurgie (stomatologie), nefrologie, neonatologie, neurochirurgie, neurologie, nucleaire geneeskunde, oftalmologie, oncologische gastro-enterologie, oncologische pneumologie, orthopedische heelkunde, otorhinolaryngologie, pathologische anatomie, pediatrie, pediatrie hematologie en oncologie, pediatrie neurologie, plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde, pneumologie, psychiatrie, radiotherapie-oncologie, reumatologie, röntgendiagnose, urgentiegeneskunde, urologie, volwassenenpsychiatrie.

Behandelingsplan

Het behandelingsplan wordt voor aanvang van de aangewezen tandheelkundige behandeling door een erkende tandheelkundige (een algemeen tandarts, tandarts-specialist in de parodontologie, arts-specialist in de stomatologie en mond-, kaak- en aangezichts chirurgie, arts, houder van het diploma van tandarts of licentiaat in de tandheelkunde) opgesteld en omvat een nauwkeurige en gedetailleerde omschrijving (o.a. te behandelen tanden, gebruikte materialen, toegepaste technieken, geplande timing e.d.) van de volledige behandeling en de volgorde waarin de beschreven behandeling zal worden uitgevoerd.

Bevalling

De gebeurtenis waarbij een kind geboren wordt.

Buitenland

Elk land verschillend van het land van de woonplaats en feitelijke hoofdverblijfplaats van de verzekerde (dus buiten de landsgrenzen van België).

Buitensporig facturatiebeleid

De verzekeraar bepaalt of een erkende zorgverstreker of een ziekenhuis een buitensporig facturatiebeleid voert door de medische kosten die deze zorgverstreker of dit ziekenhuis 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 die door andere zorgverstrekkers of ziekenhuizen voor soortgelijke behandelingen wordt aangerekend.

Conventietarief

Officieel tarief van de erelonen van een erkende 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.

Daghospitalisatie

Een daghospitalisatie is een opname en verblijf in een erkend ziekenhuis zonder overnachting waarbij de patiënt één of meerdere planbare interventies ondergaat. Bedoelde interventies vereisen vastgestelde procedures voor de selectie van de patiënten, de veiligheid, het kwalitatief toezicht, de continuïteit, de nazorg, de opstelling van verslagen en de samenwerking met de diverse medisch-technische diensten onder toezicht en leiding van een arts-specialist verbonden aan het ziekenhuis met adequaat toezicht en toediening van zorg. Deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden verwijzen steeds naar de nomenclatuur die van kracht is op het moment van de geneeskundige verstrekking. Voormelde lijst kan uitgebreid worden met de door de wet voorziene gevallen (volgens de vigerende Nationale Overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen overeenkomstig de bepalingen van artikel 42 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994).

Discriminerend facturatiebeleid

De verzekeraar is van mening dat een erkende zorgverstreker of een ziekenhuis een discriminerend facturatiebeleid voert wanneer de medische kosten die deze zorgverstreker of dit ziekenhuis aanrekenen, verschillen naargelang de patiënt al dan niet een hospitalisatieverzekering heeft afgesloten en/of naargelang bij welke verzekeraar die verzekering is afgesloten.

DKV ASSISTANCE

DKV ASSISTANCE is de benaming voor de specifieke bijstandsprestaties in het buitenland die door de verzekeraar aan de verzekerde(n) aangeboden worden, alsook de benaming voor de alarmcentrale (van de verzekeraar) die voor de dienstverlening zorgt.

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 ofwel (1) 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 een medische behandeling in het buitenland;

- ingeschreven is bij de Orde der Artsen (wanneer hij een vergunning heeft om de geneeskunde uit te oefenen);
- beschikt over een RIZIV-erkenningsnummer, waardoor hij gemachtigd is verstrekkingen te attesteren waarnaar in de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen wordt verwezen.

hetzij (2) een rechtspersoon die:

- erkend is door de bevoegde Belgische (regionale) overheid om diensten van gezinszorg en aanvullende thuiszorg, kraamhulp/kraamzorg in België te verstrekken;
- ingeschreven is in de Kruispuntbank van Ondernemingen en gemachtigd is om gekwalificeerde oppas en ondersteuning bij de opvoeding en verzorging van kinderen en/of gekwalificeerde oppas of de dagelijkse wandeling van huisdieren (honden en katten) in België te verstrekken.

Esthetische behandeling

Behandeling van zuiver cosmetische aard, 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 vaste en gebruikelijke verblijfplaats waar natuurlijke personen overwegend (gedurende het grootste deel van het jaar) effectief verblijven, gebaseerd op de feitelijke situatie. Dit betekent dat ze niet langer dan 90 opeenvolgende dagen in het buitenland verblijven.

Fysiotherapie

Fysiotherapie of kinesitherapie wordt gegeven door een fysiotherapeut, die een erkende medische zorgverstreker is. Hij stelt de lichamelijke klachten van de 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.

Gehoorapparaat

Elk intern en/of extern medisch hulpmiddel dat bedoeld is om het gehoor van een slechthorende te verbeteren.

Geneesmiddel/medicijn

Elk farmaceutisch product dat uitsluitend wordt afgeleverd in een erkende apotheek, dat wordt voorgeschreven door een erkende zorgverstreker 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.

Gipskamer

een kamer bestemd voor het aanbrengen van fixatiemateriaal op basis van gipsverbanden of synthetisch materiaal, die meer bepaald gebruikt worden voor een breuk, een luxatie, een orthopedische behandeling of het nemen van een afgietsel.

Huisarts

De huisarts is een erkende zorgverstreker 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, 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.

Kosteneffectief

In de kosteneffectiviteitsanalyse wordt 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 gezondheidswinst van de verzekerde.

Logopedist

Een logopedist is een erkende paramedische zorgverstreker, 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.

Luxe- of suitekamer

Een kamer die afwijkt van een standaard éénpersoonskamer. Dergelijke kamer biedt onder meer extra comfort en privacy in vergelijking met een standaard éénpersoonskamer.

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" van de nomenclatuur:

- artikel - 27 Bandagisten (breukbanden, buikgordels, lumbostaten, toerusting na mammectomie, zolen, ambulante urinaal, toestellen voor kunststam, tracheacanule, producten voor mucoviscidosis)
- artikel - 28 Verstreckers van implantaten;

- artikel - 28 Bandagisten (mobiliteitshulpmiddelen);
- artikel - 29 Orthopedisten (orthopedische toestellen, prothesen en orthopedische schoenen)
- artikel - 30 Opticiens;
- artikel - 31 Audiciens.

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 - Heelkunde, 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 - Heelkunde, Artikel 14g - Gynaecologie-verloskunde;
- 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 24 - 24bis - 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.

Onvoorziene ziekenhuisopname

Een onvoorziene ziekenhuisopname is een niet-geplande, dringende opname en behandeling in een ziekenhuis tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot de terugkeer van de verzekerde naar België.

Dit zijn medische verstrekkingen, ter plaatse uitgevoerd door een erkende zorgverstrekker, 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.

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 bevindt zich niet 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.

Orthodontische behandeling

Een orthodontische behandeling omvat alle tandheelkundige verstrekkingen voor de diagnose, vroegtijdige/kortdurende, klassieke of regelmatige behandeling van een afwijking in de stand van de tanden en/of kaken, zoals beschreven onder Hoofdstuk III, Afdeling 2, artikel 5, §1 en §2 – rubrieken “Raadplegingen”, “Radiografieën” en § 3 “Overige verstrekkingen: Orthodontie” van de nomenclatuur.

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

van de nomenclatuur.

Persoonlijke bijdrage of vrijstelling

Het gedeelte van de gedekte kosten dat ten laste van de verzekerde blijft en waarmee de tussenkomst van de verzekeraar wordt verminderd. Deze wordt toegepast, per verzekeringsgeval, bij een ziekenhuisopname in een éénpersoonskamer.

Podoloog

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

Hij spoort de problemen van de 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. tapen 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.)

Premie

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

Professionele of betaalde sportbeoefening

Betaalde sportbeoefenaars worden beschouwd als werknemers. Ze verbinden er zich toe om, tegen verloning en onder het gezag van een werkgever, zich voor te bereiden op een sportwedstrijd of een demonstratie.

De arbeidsovereenkomst tussen een betaalde sportbeoefenaar en zijn werkgever wordt geregeld door een specifieke wet, de Wet Betaalde Sportbeoefenaars (soms ook wel aangeduid als ‘de wet van 1978’).

Prothese

Een kunstledemaat of een ander op maat gemaakt medisch hulpmiddel dat op kunstmatige wijze (de functie van) een aangetast lichaamsdeel of een ontbrekende of geamputeerde ledemaat geheel of gedeeltelijk vervangt

(onder meer arm-, oog-, voet-, haar-, hand-, beenprothesen).

Het kan gaan om een afneembare prothese die de verzekerde zelf kan aanbrengen en verwijderen of om een vaste prothese die hij niet zelf kan aanbrengen en verwijderen.

Psychiater

Een psychiater is een erkende zorgverstrekkers die zich heeft gespecialiseerd in psychiatrie (de studie van mentale, emotionele en gedragsstoornissen). Dankzij zijn opleiding tot arts kan een psychiater een diagnose stellen en geneesmiddelen voorschrijven.

Refractieve oogheelkunde

Refractieve oogheelkunde is een (sub)specialisme binnen de oogheelkunde dat betrekking heeft op electieve oogchirurgie om de refractieve toestand van het oog van de verzekerde te verbeteren/veranderen door middel van chirurgische ingrepen, zoals laserbehandeling (bv. LASIK, Femto LASIK, ReLEx Smile) of lensimplantatie/vervangings (bv. RLE, ICL), om een refractieafwijking te corrigeren met als doel de afhankelijkheid van optische hulpmiddelen zoals een bril of contactlenzen geheel of gedeeltelijk te verminderen of op te heffen.

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.

Tandheelkundige behandeling

De verstrekkingen

- opgenomen, hetzij in het KB van 1 juni 1934 houdende reglement op de beoefening van de tandheelkunde, hetzij in het KB van 9 november 1951 tot aanvulling van het KB van 1 juni 1934;
- gericht op het stellen van een diagnose en/of het behandelen van ziekten, dysfuncties en letsels van tanden, tandvlees en kaken.

Tandimplantaat

Prothetisch element aangebracht in het kaakbot en bedoeld om één of meerdere wortels van een ontbrekende natuurlijke tand kunstmatig te vervangen met het oog op de fixatie van een vaste of uitneembare tandprothese.

Tandprothese

Een op maat gemaakt medisch hulpmiddel waarmee één of meer ontbrekende natuurlijke tanden geheel of gedeeltelijk kunstmatig worden vervangen. Het kan gaan om een uitneembare tandprothese die de verzekerde zelf uit de mond kan verwijderen (bv. een prothese in kunstthars, een skeletprothese) of een vaste tandprothese die de verzekerde niet zelf uit de mond kan verwijderen (bv. kroon- en brugwerk, inlay en onlay).

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

Terrorisme

Een clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld wordt gepleegd op personen of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onveiligheid te scheppen of de overheid onder druk te zetten, ofwel om het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren.

Vergelijkbaar verzekeringsplan

Een vergelijkbaar verzekeringsplan biedt waarborgen die gelijksoortig zijn, voor wat betreft de vergoeding van medische en andere kosten.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige is een erkende paramedische zorgverstreker 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

Algemene Verzekeringsvoorwaarden DKV Hospi Premium + | Editie 08/2025

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

Verzekeringsjaar

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

Verzekeringsplan

De verzekeringswaarborgen "Medische kosten" en "Bijstand in het buitenland".

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.

Vroedvrouw

Een vroedvrouw is een erkende paramedische zorgverstreker 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.

Wachttijd

De periode die aanvangt op de begindatum van het verzekeringsplan en tijdens dewelke de verzekeraar geen prestaties verschuldigd is.

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, 883/2004 en 987/2009 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;
- 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.

Wintersportongeval

Een ongeval dat zich voordoet bij de beoefening van een sport die in de winter in de sneeuw wordt beoefend.

Bijvoorbeeld: skiën of snowboarden.

Woonplaats

De plaats waar natuurlijke personen zijn ingeschreven in het bevolkingsregister.

Ziekenhuis

Het ziekenhuis is de instelling voor gezondheidszorg, erkend overeenkomstig art. 2 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 10 juli 2008, waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.

Wordt ook beschouwd als een ziekenhuis: een palliatieve instelling of een revalidatiecentrum, indien erkend als ziekenhuis door het RIZIV.

Worden niet beschouwd als een ziekenhuis:

- een rusthuis en een rust- en verzorgingstehuis of een andere instelling die huisvesting bieden aan bejaarden, herstellenden of kinderen met inbegrip van deze die deel uitmaken van een ziekenhuis;
- een psychiatrisch verzorgingstehuis;
- een medisch-pedagogische instelling;
- een instelling bestemd voor kuurbehandelingen bijvoorbeeld thermale en dieetkuren, thalassotherapie, ontwenningkuren;
- het beschut wonen;
- een sanatorium en een preventorium.

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.