

Medisch Plan Gezondheidszorgen Vlaamse Balies Reglement

1. Definities

1.1. Medisch plan Gezondheidszorgen OVB

Het Medisch plan Gezondheidszorgen OVB (verder genoemd het plan) wordt bepaald door onderhavig reglement alsook door de eventuele bijlagen.

1.2. Verzekeringnemers

Orde van Advocaten te Dendermonde
Justitieplein 1
9200 DENDERMONDE

Orde van Advocaten te Ieper
Korte Torhoutstraat 2
8900 IEPER

Orde van Advocaten te Leuven
F.Smoldersplein 5
3000 LEUVEN

Orde van Advocaten te Oudenaarde
Bourgondiëstraat 5
9700 OUDENAARDE

Orde van Advocaten te Mechelen
Keizerstraat 20
2800 MECHELEN

Orde van Advocaten te Antwerpen
Bolivarplaats 20 bus 15
2000 ANTWERPEN

Orde van Advocaten te Brussel
Poelaertplein
1000 BRUSSEL

Orde van Advocaten te Veurne
Sasstraat 14
8630 VEURNE

Orde van Advocaten te Tongeren
Repenstraat 12
3700 TONGEREN

Orde van Advocaten te Brugge
Langestraat 120
8000 BRUGGE

Orde van Advocaten te Turnhout
Kasteelplein 1
2300 TURNHOUT

Orde van Advocaten te Kortrijk
Burgemeester Nolfstraat 10A
8500 KORTRIJK

Orde van Advocaten te Gent
Opgeëistenlaan 401 P
9000 GENT

Orde van Vlaamse Balies
Koningsstraat 148
1000 BRUSSEL

1.3. Beheerder

Vanbreda Risk & Benefits N.V.
Plantin & Moretuslei 297
2140 ANTWERPEN

1.4. Alcoholisme

Overmatig alcoholgebruik dat aanleiding geeft tot lichamelijke ziekten (zoals vitaminedeficiëntie, maagslijmvliesontsteking, zenuwontsteking, leverziekten,...) zonder dat er noodzakelijkerwijze sprake is van verslaving.

1.5. Ambulante geneeskundige zorgen

De geneeskundige zorgen verstrekt of voorgeschreven door een arts zonder dat er een ziekenhuisopname is, en opgenomen in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Z.I.V.).

1.6. Geneesmiddel

Elk product dat uitsluitend in de apotheek verkocht wordt, dat met een curatief doel voorgeschreven wordt door een arts, en dat als dusdanig geregistreerd is door de minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

1.7. Hoofdverzekerde

De hoofdverzekerde is de persoon die op het moment van de aansluiting beroepsmatig verbonden is met de verzekeringnemer.

1.8. Klaarblijkelijk roekeloze daad

Een vrijwillige daad of nalatigheid, waardoor diegene die ze begaan heeft zonder geldige redenen wordt blootgesteld aan een gevaar waarvan hij zich bewust had moeten zijn.

1.9. Ongeval

Een schielijk en abnormaal voorval dat rechtstreeks veroorzaakt is door de plotselinge werking van een uitwendige kracht, vreemd aan de wil van de verzekerde, en dat een lichamelijk letsel tot gevolg heeft.

1.10. Opzettelijke daad

Hiermee wordt bedoeld dat de verzekerde vrijwillig en bewust een gedrag heeft vertoond dat schade heeft veroorzaakt die redelijkerwijze te voorzien was. Het is niet vereist dat hij de intentie had de schade teweeg te brengen zoals ze zich in werkelijkheid heeft voorgedaan.

1.11. Orthopedisch apparaat

Een apparaat bestemd om lichamelijke afwijkingen te corrigeren.

1.12. Prothese

Een apparaat dat een orgaan of een van de ledematen geheel of gedeeltelijk vervangt. Elk overgepland of geënt orgaan wordt met een prothese gelijkgesteld.

1.13. Schadegeval

Elke gebeurtenis waarbij de waarborgen van het plan gezondheidszorgen kunnen worden aangesproken.

1.14. Verblijfkosten

Deze kost is samengesteld uit de prijs van de onderhoudsdag, het supplement aangerekend voor het verblijf in een gewone individuele kamer en het dagelijks forfait voor de geneesmiddelen.

1.15. Verpleeginstellingen

De instellingen die wettelijk zijn erkend als ziekenhuizen, waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen.

Uitgesloten zijn :

- de gesloten psychiatrische instellingen;
- de medico-pedagogische instellingen;
- de instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen;
- de rustoorden, ziekenhuizen of gedeelten van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" verkregen hebben (KB nr. 59 tot wijziging van art. 5 van de wet van 27/6/1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen).

1.16. Verzekerde

De persoon die aangesloten is bij dit medisch plan gezondheidszorgen en op wie het risico rust.

1.17. Verzekeringsjaar

Het jaar dat begint op de datum van invoegetreking van het plan gezondheidszorgen en dat op elke verjaardag ervan vernieuwd wordt.

1.18. Voorafbestaande aandoeningen

De ziekten, ongevallen, zwangerschappen en bevallingen die zich hebben voorgedaan vóór de aansluitingsdatum of waarvan de oorzaak (oorzaken) vóór die datum ligt (liggen).

1.19. Vrijstelling

Het deel van de terugbetaalbare kosten dat ten laste blijft van de verzekerde.

1.20. Wachttijden

Stageperiodes die ingaan op de datum van aansluiting van de verzekerde.

De kosten voor zorgen verstrekt tijdens deze periodes worden niet terugbetaald.

1.21. Wettelijke tussenkomst

Elke terugbetaling vastgelegd in :

- de Belgische sociale wetgeving van toepassing op de loontrekkenden, namelijk die betreffende de verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Z.I.V.), de arbeidsongevallen of de ongevallen op de weg van en naar het werk, en de beroepsziekten;
- de overeenkomsten met betrekking tot de sociale zekerheid van de loontrekkenden die bindend zijn voor België en bepaalde andere landen.

1.22. Ziekenhuisopname

Een hospitalisatie wordt in aanmerking genomen indien er een verblijf van minstens één nacht plaats heeft, of wanneer de geneeskundige verstrekking aanleiding geeft tot een terugbetaling in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV), op basis van een mini- of een maxi-forfait of een forfait dagziekenhuis 1 t/m 7 of een forfait chronische pijn 1 t/m 3.

1.23. Ziekte

Elke niet door een ongeval veroorzaakte aantasting van de gezondheid van de verzekerde, met objectieve symptomen, erkend door een arts die de wettelijke toelating heeft om zijn kunde te beoefenen, hetzij in België , hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte wordt vastgesteld.

2. Aansluiting – wachttijden – voorafbestaande aandoeningen en einde van de aansluiting

2.1. Hoofdverzekerden

Worden beschouwd als hoofdverzekerden:

- de advocaten die ingeschreven zijn bij één van de deelnemende balies (zie artikel 1.2) met uitzondering van de ere-advocaten;
- de medewerkers in dienst van de Orde van Vlaamse Balies.

De hoofdverzekerden sluiten afhankelijk van de keuze van de deelnemende balie ofwel verplicht ofwel facultatief aan.

Voor de volgende deelnemende balies is de aansluiting van de hoofdverzekerden **verplicht**:

- Orde van Advocaten te Dendermonde;
- Orde van Advocaten te Oudenaarde;
- Orde van Advocaten te Antwerpen;
- Orde van Advocaten te Mechelen;
- Orde van Advocaten te Veurne;
- Orde van Advocaten te Tongeren;
- Orde van Vlaamse Balies.

Voor de volgende deelnemende balies is de aansluiting van de hoofdverzekerden **facultatief**:

- Orde van Advocaten te Ieper;
- Orde van Advocaten te Leuven;
- Orde van Advocaten te Brussel;
- Orde van Advocaten te Brugge;
- Orde van Advocaten te Turnhout;
- Orde van Advocaten te Kortrijk;
- Orde van Advocaten te Gent.

De hoofdverzekerde die bij meer dan één deelnemende balie is ingeschreven of een arbeidsovereenkomst heeft met meer dan één deelnemende balie, dient aan te sluiten bij dit plan volgens de aansluitingsregels (verplicht of facultatief) van de deelnemende balie waarvoor hij procentueel gezien het meeste werkt. Werkt de hoofdverzekerde procentueel gezien evenveel voor verschillende deelnemende balies dan kan de hoofdverzekerde kiezen via welke deelnemende balie hij aansluit bij dit plan.

2.1.1. Verplichte aansluiting

De aansluiting vindt plaats op de dag van de aansluiting of indienstreding bij één van de deelnemende balies maar ten vroegste op de dag van aanvang van deze overeenkomst.

De aansluiting gebeurt zonder medische formaliteiten en zonder wachttijden. De voorafbestaande aandoeningen zijn verzekerd.

Vanaf de leeftijd van 65 jaar van de hoofdverzekerde die bij het plan aangesloten is, kan de verzekering verdergezet worden bij dit plan zowel voor de hoofdverzekerde als voor de gezinsleden die op dat ogenblik bij het plan aangesloten zijn.

De aansluiting van de hoofdverzekerden wordt beëindigd:

- bij het verlaten van de balie of bij beëindiging van de arbeidsovereenkomst met één van de deelnemende balies. Als de hoofdverzekerde bij het verlaten van de balie 6 jaar verzekerd is geweest bij dit plan dan kan de aansluiting bij dit plan toch behouden blijven. Ook bij pensionering kan de aansluiting bij dit plan behouden blijven;
- bij het overlijden van de hoofdverzekerde;
- bij een verblijf in het buitenland van langer dan 3 maanden onder het statuut van gedetacheerde tewerkgestelde in het buitenland of ieder gelijkaardig statuut waaraan een verblijf in het buitenland verbonden kan zijn;
- bij het einde van dit plan.

2.1.2. Facultatieve aansluiting

Bij een vraag tot aansluiting binnen de 2 maanden volgend op de dag van het recht op aansluiting zijn er geen medische formaliteiten te vervullen, gelden er geen wachttijden en zijn voorafbestaande aandoeningen verzekerd.

Bij latere aansluiting zijn er wel medische formaliteiten te vervullen.

Deze medische formaliteiten starten met het invullen en ondertekenen door de kandidaat - hoofdverzekerde van een formulier "medische vragenlijst". De kosten van eventuele bijkomende medische onderzoeken zijn ten laste van de kandidaat - hoofdverzekerde.

De aansluiting kan aanvaard worden, bepaalde aandoeningen kunnen uitgesloten worden, de aansluiting kan geweigerd worden of er kan een bijpremie gevraagd worden.

De uitsluitingen van medische aard en de aansluitingen mits het betalen van een bijpremie worden per brief aan de kandidaat - hoofdverzekerde meegedeeld. Om te worden aangesloten, dient deze laatste een voor akkoord ondertekende kopie ervan terug te sturen. Ook de weigering tot aansluiting wordt per brief aan de kandidaat - hoofdverzekerde meegedeeld.

De aansluiting met medische formaliteiten gaat in op de dag van de aansluitingsaanvraag voor zover de medische formaliteiten afgehandeld zijn binnen de 3 maanden volgend op het indienen van de aansluitingsaanvraag. Bij overschrijding van deze termijn gaat de aansluiting in op de dag van de acceptatie van de aansluiting. De verzekerde ontvangt schriftelijk kennis van de dag van acceptatie.

Voor laattijdig aangesloten verzekerden bedraagt de algemene wachttijd 10 maanden. Voorafbestaande aandoeningen zijn in dit geval nooit verzekerd.

De aansluiting van de hoofdverzekerden wordt beëindigd:

- bij het verlaten van de balie of bij beëindiging van de arbeidsovereenkomst met één van de deelnemende balies. Als de hoofdverzekerde bij het verlaten van de balie 6 jaar verzekerd is geweest bij dit plan dan kan de aansluiting bij dit plan toch behouden blijven. Ook bij pensionering kan de aansluiting bij dit plan behouden blijven;
- bij wanbetaling van de premie;
- bij het overlijden van de hoofdverzekerde;
- bij een verblijf in het buitenland van langer dan 3 maanden onder het statuut van gedetacheerde tewerkgestelde in het buitenland of ieder gelijkaardig statuut waaraan een verblijf in het buitenland verbonden kan zijn;
- bij het einde van dit plan.

Naast de in de paragraaf hiervoor opgesomde redenen wordt de aansluiting van de facultatief aangesloten hoofdverzekerden ook beëindigd:

- op de jaarlijkse vervalddag van dit plan bij vrijwillige beëindiging van de aansluiting, tenzij de beëindiging van de aansluiting het gevolg is van een soortgelijke verzekering. De vrijwillige beëindiging van de aansluiting moet ten minste één maand vóór de vervalddag schriftelijk meegedeeld worden. Latere heraansluiting is niet mogelijk tenzij de stopzetting het gevolg was van de aansluiting bij een soortgelijke verzekering.

2.2. Nevenverzekerden

De hoofdverzekerde kan de aansluiting van de leden van zijn gezin (dit zijn de nevenverzekerden) vragen. In dat geval dient de aansluiting gevraagd te worden voor alle gezinsleden die beantwoorden aan de gestelde criteria.

Voor de nevenverzekerden gebeurt de aansluiting facultatief. De aansluiting gaat in de eerste van de maand die volgt of samenvalt met de datum waarop de kandidaat-verzekerde beantwoordt aan de aansluitingscriteria.

Worden beschouwd als nevenverzekerden:

- de echtgeno(o)te van de hoofdverzekerde of de persoon die met hem/haar een huishouden vormt en van wie de identiteit door de verzekeringnemer wordt meegedeeld en dit vanaf het begin van het samenwonen. Deze aanvraag moet verantwoord worden door een domiciliërbewijs, afgegeven door het gemeentebestuur;
- alle ongehuwde kinderen jonger dan 25 jaar die kinderbijslag genieten.

De weduwe, weduwnaar of wees van een overleden hoofdverzekerde kan aangesloten blijven bij dit plan. Voor de weduwe of weduwnaar wordt de aansluiting in ieder geval stopgezet op het moment van hertrouwen of wettelijk samenwonen. Voor een wees wordt de aansluiting stopgezet op het moment dat de wees niet meer voldoet aan de definitie van een kind zoals geformuleerd in voorgaande paragraaf.

Bij een vraag tot aansluiting binnen de 2 maanden volgend op de dag van het recht op aansluiting zijn er geen medische formaliteiten te vervullen, gelden er geen wachttijden en zijn voorafbestaande aandoeningen verzekerd.

Bij latere aansluiting zijn er wel medische formaliteiten te vervullen.

Deze medische formaliteiten starten met het invullen en ondertekenen door de kandidaat - nevenverzekerde van een formulier "medische vragenlijst". De kosten van eventuele bijkomende medische onderzoeken zijn ten laste van de kandidaat - nevenverzekerde.

De aansluiting kan aanvaard worden, bepaalde aandoeningen kunnen uitgesloten worden, de aansluiting kan geweigerd worden of er kan een bijpremie gevraagd worden.

De uitsluitingen van medische aard en de aansluitingen mits het betalen van een bijpremie worden per brief aan de kandidaat - nevenverzekerde meegedeeld. Om te worden aangesloten, dient deze laatste een voor akkoord ondertekende kopie ervan terug te sturen.

Ook de weigering tot aansluiting wordt per brief aan de kandidaat - nevenverzekerde meegedeeld.

De aansluiting met medische formaliteiten gaat in op de dag van de aansluitingsaanvraag voor zover de medische formaliteiten afgehandeld zijn binnen de 3 maanden volgend op het indienen van de aansluitingsaanvraag. Bij overschrijding van deze termijn gaat de aansluiting in op de dag van de acceptatie van de aansluiting. De verzekerde ontvangt schriftelijk kennis van de dag van acceptatie.

Voor laattijdig aangesloten verzekerden bedraagt de algemene wachttijd 10 maanden. Voorafbestaande aandoeningen zijn in dit geval nooit verzekerd.

De aansluiting van de nevenverzekerden wordt stopgezet:

- op de jaarlijkse vervalddag van dit plan bij vrijwillige beëindiging van de aansluiting, tenzij de beëindiging van de aansluiting het gevolg is van een soortgelijke verzekering. De vrijwillige beëindiging van de aansluiting moet ten minste één maand vóór de vervalddag schriftelijk meegedeeld worden. Latere heraansluiting is niet mogelijk tenzij de stopzetting het gevolg was van de aansluiting bij een soortgelijke verzekering;
- als de hoofdverzekerde de balie verlaat of de arbeidsovereenkomst met één van de deelnemende balies wordt beëindigd. Als de hoofdverzekerde bij het verlaten van de balie 6 jaar verzekerd is geweest bij dit plan dan kan de aansluiting van de reeds aangesloten nevenverzekerden bij dit plan toch behouden blijven op voorwaarde dat ook de hoofdverzekerde zijn/haar aansluiting bij dit plan wenst te behouden. Ook bij pensionering van de hoofdverzekerde kan de aansluiting bij dit plan behouden blijven op voorwaarde dat ook de hoofdverzekerde zijn/haar aansluiting bij dit plan wenst te behouden;
- bij wanbetaling van de premie;
- bij het verlies van statuut van nevenverzekerde;
- bij het einde van de aansluiting van de hoofdverzekerde behalve voor de weduwe, weduwnaar of wees;
- bij een verblijf in het buitenland van langer dan 3 maanden onder het statuut van gedetacheerde, tewerkgestelde in het buitenland of ieder gelijkaardig statuut waaraan een verblijf in het buitenland verbonden kan zijn;
- bij het overlijden van de nevenverzekerde.

2.3. Hoofd- en nevenverzekerden

Zowel hoofd- als nevenverzekerden die verplicht of facultatief aansluiten en die al beschikken over een soortgelijke verzekering, kunnen op de eerstvolgende vervalddatum van deze bestaande verzekering overstappen naar dit plan, zonder medische formaliteiten en zonder een wachttijd te moeten doorlopen, op voorwaarde dat er geen onderbreking is van hun verzekering. Dit dient te worden aangetoond aan de hand van een verzekeringsattest van de soortgelijke verzekering.

Zowel hoofd- als nevenverzekerden die aanvankelijk facultatief waren aangesloten maar waarvan de verzekeringnemer op een bepaald moment beslist om de aansluiting verplicht te maken, behouden de eventuele uitsluitingen of weigeringen die ze hebben gekregen bij hun oorspronkelijke facultatieve aansluiting.

3. Omvang van de overeenkomst

3.1. Ziekenhuisopname

De waarborg heeft betrekking op een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname die het gevolg is van een ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling, om een curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke behandeling te ondergaan.

Binnen de grenzen bepaald in artikel 5 "Bedrag van de prestaties", voorziet het plan tussenkomst in de kosten :

- van **verblijf, medische erelonen, onderzoeken, behandelingen en geneesmiddelen**;
- van **prothesen en orthopedische apparaten**, voor zover die prestaties in aanmerking komen voor een wettelijke tussenkomst;

op voorwaarde dat de kosten zijn gemaakt tijdens de ziekenhuisopname en rechtstreeks in verband staan met de oorzaak ervan.

Volgende prestaties zijn eveneens verzekerd:

- de **verblijfskosten van de moeder of vader** in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind voor zover het kind en één van beide ouders verzekerd zijn en de aanwezigheid van de ouder beschouwd wordt als medisch noodzakelijk door de behandelende geneesheer;
- de kosten van het **vervoer** naar het ziekenhuis (ook met helikopter) voor zover een medisch getuigschrift aantoont dat de gezondheidstoestand van de verzekerde een dringende opname in het ziekenhuis vereist;
- de **verblijfskosten van de donor** bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van een verzekerde;
- de **kosten van palliatieve zorgen**. Onder palliatieve zorgen dient te worden verstaan; de behandeling in een ziekenhuis, verleend aan personen die zich in een terminale fase bevinden. Deze behandeling is gericht op de fysische noden van de patiënt en draagt ertoe bij een zekere kwaliteit van het leven te vrijwaren.
- de **plastische chirurgie in het kader van herstellende chirurgie**;
- de **wiegendoodtest**;
- de kosten van **medisch materieel**;
een hospitalisatie in het kader van de **behandeling tegen de onvruchtbaarheid "in vitro bevruchting"** wordt terugbetaald voor zover de door de wettelijk verplichte ziekteverzekering (Z.I.V.) vereiste voorwaarden voor de terugbetaling van de sociale zekerheid vervuld zijn. De vergoeding bedraagt in dit geval maximaal 500,00 EUR per cyclus. Wanneer de voorwaarden voor terugbetaling opgelegd door de wettelijk verplichte ziekteverzekering (Z.I.V.) niet vervuld zijn, wordt er geen tussenkomst voorzien in de kosten;
- de **mortuariumkosten** die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht.

Bij een **psychische of psychiatrische** aandoening en voor al de types van depressie wordt de terugbetaling van de hierboven beschreven kosten beperkt tot een al dan niet onderbroken periode van twee jaar.

3.2. Pre- en posthospitalisatie

De waarborg heeft betrekking op de curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke zorgen die verstrekt worden tijdens **de maand die voorafgaat aan de ziekenhuisopname en de drie maanden na de opname** en die in rechtstreeks verband staan met de oorzaak ervan.

Binnen de grenzen bepaald in artikel 5 “Bedrag van de prestaties”, voorziet het plan tussenkomst in de kosten :

- **ambulante geneeskundige zorgen**;
- van **geneesmiddelen** die voor de bovengenoemde periode zijn voorgeschreven;
- van **prothesen en orthopedische apparaten**, voor zover die prestaties in aanmerking komen voor een wettelijke tussenkomst.

De **vervoerskosten** alsook de kosten van de **huur en de aankoop van medisch materieel** worden niet terugbetaald.

De waarborgen hebben betrekking op de ziekenhuisopnamen die ten vroegste op de aansluitingsdatum een aanvang nemen. De pre-postperiode begint ten vroegste vanaf die datum te lopen.

3.3. Ernstige ziekten

De waarborg heeft betrekking op de curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke zorgen die rechtstreeks in verband staan met één van de hierna opgesomde ernstige ziekten waarvan de diagnose behoorlijk is vastgesteld:

Aids, amyotrofe lateraal sclerose, brucellose, cerebrospinale meningitis, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, nieraandoening behandeld met dialyse, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofieën, tetanus, tuberculose, tyfus, virale hepatitis, vlektyfus en paratyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson, ziekte van Pompe.

Binnen de grenzen bepaald in artikel 5 “Bedrag van de prestaties”, voorziet het plan tussenkomst in de kosten :

- **ambulante geneeskundige zorgen**;
- van **geneesmiddelen** en de **huur van medisch materieel**;
- van **prothesen en orthopedische apparaten**, voor zover die prestaties in aanmerking komen voor een wettelijke tussenkomst.

De **vervoerskosten** worden niet terugbetaald.

De **aankoop van medisch materieel** wordt niet terugbetaald.

3.4. Thuisbevalling

Dit plan is eveneens van toepassing op de medische kosten voor **thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp**. In dit geval zijn de waarborgen onder het hoofdstuk “pre- en posthospitalisatie” eveneens van toepassing, met inbegrip van de medische kosten voor de pasgeborene.

Onder kraamhulp dient te worden verstaan de kosten na de bevalling die in rekening gebracht worden door een erkende kraamzorginstelling. Het betreft de door deze instelling gefactureerde kosten voor de zorg die thuis verstrekt wordt door een bevoegde kraamverzorger aan de moeder, de pasgeborene en het gezin. De kosten voor kraamhulp zijn enkel verzekerd bij een thuisbevalling of poliklinische bevalling.

4. Uitsluitingen

Zijn van de waarborg uitgesloten:

1) De niet-verzekerde risico's die verband houden met een zware fout. Deze risico's zijn die welke:

- het gevolg zijn van een opzettelijke daad of een poging tot zelfmoord van de verzekerde, of van een klaarblijkelijk roekeloze daad door de verzekerde, behalve in geval van redding van personen of goederen;
- het gevolg zijn van de vrijwillige deelneming van de verzekerde aan een misdaad of een wanbedrijf;
- rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg zijn van alcoholisme, toxicomanie of misbruik van geneesmiddelen;
- zich voordoen terwijl de verzekerde in staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie is, of zich onder invloed bevindt van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, tenzij hij bewijst dat er tussen die omstandigheden en de ziekte of het ongeval geen oorzakelijk verband bestaat;

2) De kosten die voortvloeien uit :

- esthetische zorgen of behandelingen, of zorgen met esthetisch oogmerk, met of zonder functionele stoornissen, behoudens voorafgaand akkoord van de adviserende arts. Plastische chirurgie in het kader van herstellende chirurgie is wel verzekerd;
- kuurbehandelingen, bijvoorbeeld: thermalisme, thalasso therapie, hygiëno-dieetkuur;
- de bijstand, de oppas of het onderhoud van de verzekerde;
- anticonceptiebehandelingen (zoals sterilisatie)
- vruchtbaarheidsbehandelingen (de kosten voor IVF behandelingen boven 500,00 EUR per cyclus), contraceptieve behandelingen, vrijwillige zwangerschapsonderbreking, kunstmatige bevruchting,
- check-ups preventieve opsporingsonderzoeken of raadplegingen voor zuigelingen;
- ziekten of ongevallen die veroorzaakt zijn door oorlogsfeiten of door burgeroorlog;
- ziekten of ongevallen veroorzaakt door oproer of burgerlijke ongeregelheden, of politiek, ideologische of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld. De waarborg wordt evenwel verleend indien de verzekerde aantoonbaar:
 - o of dat hij er niet actief heeft aan deel genomen;
 - o of dat hij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
 - o of dat hij is opgetreden met het oog op de redding van personen of goederen.

5. Bedrag van de prestaties

5.1 Van het bedrag van de gemaakte kosten die binnen de waarborg van het plan vallen, worden afgehouden:

- o de wettelijke tussenkomst
Indien de verzekerde om welke reden ook geen wettelijke tussenkomst geniet of er geen recht op heeft, wordt een fictief bedrag ten belope van de wettelijke tussenkomst afgetrokken;
- o de reeds ontvangen terugbetalingen van welke aard ook.

5.2 Per prestatie zoals bepaald onder 3 "Omvang van de overeenkomst" hiervoor, waarborgt het plan de terugbetaling van de in dit plan opgesomde kosten voor gezondheidszorg, zonder globaal plafond.

5.3 In geval van **hospitalisatie in het buitenland** geldt het recht op prestatie (zonder plafond) wanneer tegelijk aan de drie volgende voorwaarden wordt voldaan:

- o de opname moet een dringend en onvoorzienbaar karakter hebben of de mutualiteit moet voorafgaandelijk haar akkoord gegeven hebben;
- o er moet een wettelijke tussenkomst zijn;
- o de verzekerde mag tijdens de 12 maanden voorafgaand aan het schadegeval, niet in het buitenland verbleven hebben gedurende meer dan 3 maanden.

Indien aan één van deze drie voorwaarden niet is voldaan, wordt de terugbetaling van de door de overeenkomst gewaarborgde kosten beperkt tot 75,00 EUR, vermenigvuldigd met het aantal dagen ziekenhuisopname voor de hospitalisatiekosten. De pre- en posthospitalisatiekosten worden terugbetaald aan 50%.

De kosten i.v.m. ernstige ziekten worden niet vergoed.

- 5.4 De kosten voor **kraamhulp** bij thuisbevalling of poliklinische bevalling worden terugbetaald met een maximum van 12 kalenderdagen.
- 5.5 Van het totaal van de berekende kosten wordt een vrijstelling afgetrokken.

De **vrijstelling** bedraagt 125,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar. Deze vrijstelling is enkel van toepassing op de waarborg "Ziekenhuisopname" en "Pre- en posthospitalisatie".

Bij een bevalling wordt er slechts één enkele vrijstelling afgehouden voor de moeder en het kind, voor zover het geheel van de familie reeds aangesloten is bij dit plan. Wanneer verschillende verzekerden van eenzelfde gezin betrokken zijn bij eenzelfde ongeval wordt de vrijstelling slechts eenmaal afgehouden.

In het bijzonder geval van een hospitalisatie zonder onderbreking die begint binnen de 15 dagen die het einde van het verzekeringsjaar voorafgaan en die eindigt binnen de 30 eerste dagen van het nieuwe verzekeringsjaar zal één vrijstelling van 125,00 EUR afgehouden worden.

6. Einde van de prestaties

Bij beëindiging van de aansluiting of opzegging van het medisch plan gezondheidszorgen zullen slechts de kosten van ziekenhuisopname en ambulante medische verzorging vergoed worden die gemaakt werden tijdens de aangesloten periode.

Bijzonder geval van een aan de gang zijnde ziekenhuisopname: wanneer de aansluiting van een personeelslid of gepensioneerde wordt beëindigd zonder dat het plan is opgezegd, zullen de kosten terugbetaald worden van de op dat ogenblik aan de gang zijnde ziekenhuisopname en dit gedurende maximum 180 dagen, vanaf de beëindiging van de aansluiting.

7. Keuze van geneesheer en van verpleeginrichting

De verzekerde heeft de vrije keuze van:

- de geneesheren die wettelijk gemachtigd zijn te praktiseren;
- de verpleeginrichtingen;
- de kamer in een verpleeginrichting.

8. Modaliteiten van uitbetaling

De terugbetaling gebeurt na ontvangst van de kostennota's en van de andere documenten die voor de berekening ervan noodzakelijk zijn. Elk aanvullend document dat noodzakelijk wordt geacht, kan worden opgevraagd. De bewijsstukken moeten ingediend worden binnen

het jaar, te rekenen vanaf de datum van de geneeskundige verstrekking. De waarborg kan geweigerd of beperkt worden als die termijn niet in acht wordt genomen.

De voorgelegde bewijsstukken worden eigendom van de verzekeringsonderneming.

9. Verplichtingen van de verzekerde bij schadegeval

Het schadegeval dient door middel van de hiertoe bestemde formulieren meegedeeld te worden. De verzekerde of de verzekeringnemer moet de aangifte binnen dertig dagen na het voorval indienen. Indien de aangifte buiten deze termijn wordt gedaan, kan de tussenkomst geweigerd of beperkt worden, behalve indien de aangifte zo spoedig als redelijkerwijze mogelijk gedaan is, rekening houdend met de omstandigheden.

Op ieder ogenblik kunnen de juistheid van de aangiften en van de antwoorden op aanvragen tot inlichtingen nagegaan worden.

10. Verklaring van aansluiting en vertrek

Binnen de maand na de aanvangsdatum van het plan zal de verzekeringnemer aan de beheerder de bestanden van de te verzekeren personen bezorgen. Deze bestanden vermelden de naam, de voornaam, het geslacht, de geboortedatum van de te verzekeren personen, de datum van indiensttreding van de hoofdverzekerde, het adres, de datum van aansluiting, en voor de nevenverzekerden de relatie met de hoofdverzekerde.

De verzekeringnemer verbindt zich ertoe om maandelijks aan de beheerder een bestand te bezorgen met de ingetreden wijzigingen aan de voorgaande bestanden.

Deze wijzigingen zijn:

- de aansluiting van nieuwe verzekerden: deze moeten aangegeven worden in het eerste bestand van wijzigingen die volgt op de datum waarop zij de voorwaarden van aansluiting vervullen
- de uittredingen

Deze bestanden vermelden de naam, de voornaam, het geslacht, de geboortedatum van de te verzekeren personen, de datum van indiensttreding van de hoofdverzekerde, het adres, de datum van aansluiting, en voor de nevenverzekerden de relatie met de hoofdverzekerde.

Bij het einde van de waarborg vermelden deze bestanden de datum en de reden van het verlies van statuut van verzekerde.

11. Verval

De verzekerden zullen verval van de waarborgen van het plan oplopen:

- indien valse certificaten worden voorgelegd of indien valse verklaringen worden gedaan of feiten, die de beslissing van de verzekeringsonderneming zouden hebben beïnvloed, bewust werden verzwegen;
- indien door vrijwillige vertraging of het nalaten een ziektegeval tijdig aan de beheerder te melden, het niet meer mogelijk wordt met zekerheid na te gaan of een schadegeval al dan niet binnen de bepalingen van het plan valt;

12. Betwistingen

Eventuele betwistingen van een meegedeelde beslissing moeten binnen 30 dagen na de mededeling schriftelijk worden bevestigd. Na verloop van deze termijn wordt de beslissing als aanvaard beschouwd.

Betwistingen van medische aard worden voorgelegd aan de behandelende arts van de verzekerde enerzijds en aan de adviserende arts van de beheerder anderzijds. Indien beide artsen het niet eens zijn, wijzen ze in gemeen overleg een derde arts aan. Bij gebrek aan overeenstemming over deze aanduiding, zal de derde arts op verzoek van de meest gerede partij worden aangewezen door de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg te Antwerpen. De beslissing van de derde arts wordt uitgevoerd, behoudens bij de rechtbank ingesteld verhaal. Elke partij draagt de kosten en erelonen van haar arts. De kosten van de aanwijzing en de erelonen van de derde arts worden door beide partijen, elk voor de helft, gedragen.