



WELKOM BIJ DKV

Hartelijk welkom bij DKV!

Met bijna 2 miljoen verzekerden is **DKV** de specialist in België op het vlak van privé-ziekteverzekeringen.

Naast hospitalisatieverzekeringen biedt DKV ook andere aanvullende ziekteverzekeringen aan zowel voor particulieren, zelfstandigen, KMO's als voor grote bedrijven:

- Ambulante Kosten (o.a. doktersbezoek, medicatie, enz.)
- Plan Tandzorg
- Zorgverzekering
- Gewaarborgd Inkomen (enkel voor particulieren en zelfstandigen)

Gezondheidszorg wordt alsnog duurder en de wettelijke ziekteverzekering vergoedt steeds minder. DKV helpt u om de kosten van een opname in het ziekenhuis en andere medische prestaties te beperken.

Wenst u nog meer te weten over DKV, ga dan naar: www.dkv.be

VOORDELEN VAN ONZE AANSLUITINGSVOORWAARDEN

- Geen medische vragenlijst, geen bijpremies noch uitsluitingen mogelijk
- Geen uitsluiting van voorafbestaande ziekten en aandoeningen
- Geen wachttijden, zelfs niet voor bevallingen (behalve bij laattijdige aansluiting bij facultatieve aansluiting van de gezinsleden)

VERZEKERBAARHEID

De aansluiting kan enkel gebeuren voor zover de aan te sluiten personen :

- Onderworpen zijn aan de Belgische Sociale Zekerheid en ervan genieten
 - Hun woonplaats en vaste verblijfplaats in België hebben of in een aan België grenzend land
- De aansluiting vervalt bij een verblijf in het buitenland van meer dan 3 ononderbroken maanden.

WIE IS VERZEKERBAAR?

Hoofdverzekerden

- de militaire personeelsleden van het actief kader van het departement van Landsverdediging;
- de burgerpersoneelsleden van het departement van Landsverdediging;
- de toekomstige gepensioneerden van het departement van Landsverdediging voor zover zij aangesloten zijn aan onderhavig contract voor hun op pensioenstelling;
- de gepensioneerde personeelsleden van het departement van Landsverdediging, op voorwaarde dat ze na 01 juli 2001 op pensioen werden gesteld en aangesloten zijn bij de overeenkomst die tussen het departement van Landsverdediging en ING Insurance werd afgesloten op 01 juli 2001 en verlengd werd op 01 januari 2005 en overgenomen werd door DKV Belgium op 01 april 2008.

De contractuele personeelsleden met een contract van een bepaalde duur kunnen zich aansluiten indien de duur van hun contract minimum 03 maanden bedraagt.

Overige verzekerden:

- de echtgenoot /echtgenote of daarmee gelijkgestelde
- de kinderen van voornoemde personen.

Komen in aanmerking:

- als kinderen: de kinderen op wie de wetgeving met betrekking tot de gezinsbijlage van toepassing is of de kinderen die ten laste zijn;
- als gelijkgestelde: de samenwonende partner.

In geval van overlijden van de hoofdverzekerde, kunnen de echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde persoon en de kinderen van de overledenen, voor zover zij reeds aangesloten waren vóór de datum van het overlijden, verzekerd blijven in deze collectieve polis tot op het ogenblik van een eventueel nieuw huwelijk (of een nieuw samenwonen), en dit, aan hetzelfde tarief als dat van de personeelsleden van het departement van Landsverdediging.

Een ongeborn kind van een overleden personeelslid kan vanaf zijn geboorte (geboorte binnen de 9 maanden ná het overlijden van de hoofdverzekerde) worden aangesloten.

AANSLUITINGSVOORWAARDEN

De aansluiting facultatief voor alle verzekerden die aangesloten zijn binnen het groepscontract van Defensie op 31 december 2009.

De huidige actieve personeelsleden en/of hun gezinsleden, die op 01 januari 2010 niet aangesloten zijn bij het groepscontract van Defensie hebben de mogelijkheid dit te doen zonder wachttijd van 13 maanden indien zij aansluiten tussen 01 januari 2010 en 30 juni 2010. Dit geldt eveneens voor de huidige actieve personeelsleden en/of hun gezinsleden waarvoor de waarborg al eens werd geweigerd. De waarborg vangt echter aan op 01 januari 2010.

Na 30 juni 2010 gelden volgende regels :

Het huidige actieve personeel en/of hun gezinsleden in dienst voor 01 januari 2010 en niet eerder geweigerd :

- jonger dan 32 jaar op 31 december 2009 : kunnen zich inschrijven tot de leeftijd van 35 jaar. Er is dan een wachttijd wegens laattijdige aansluiting van 13 maanden.
- ouder dan 32 jaar op 31 december 2009 : kunnen zich inschrijven tot 31 december 2012. Er is dan een wachttijd wegens laattijdige aansluiting van 13 maanden.

De personeelsleden (en hun eventuele gezinsleden) die in dienst treden na 01 januari 2010 kunnen aansluiten tot de leeftijd van 35 jaar of tot 1 jaar na hun indiensttreding indien zij bij indiensttreding 34 jaar of ouder zijn. Indien zij aansluiten binnen de drie maanden na hun indiensttreding of de gebeurtenis die het recht opent tot aansluiting, is er geen wachttijd. Daarna geldt de wachttijd van 13 maanden.

De personeelsleden en/of hun gezinsleden die beschikken over een gelijkwaardige polis tot op de dag van aansluiting bij onderhavig contract kunnen ten allen tijde aansluiten indien er geen onderbreking is tussen beide overeenkomsten en indien de verzekeringnemer de aansluitingsaanvraag ontvangt binnen de drie maanden volgend op het einde van de vorige dekking.

Elke andere aanvraag zal geweigerd worden.

TERRITORIALITEIT

De hospitalisatie waarborg IS+ is geldig in het buitenland n.a.v. een opname voor een plots opgetreden ziekte of een ongeval, voor zover men niet langer dan 3 maanden in het buitenland verblijft én er tussenkomst is van de Belgische wettelijke ziekteverzekering.

Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomst, zal de vergoeding van DKV herleid worden tot 50%.

Enkel geplande opnames binnen de EU zijn gedekt, wij adviseren om steeds voorafgaandelijk het akkoord van uw ziekenfonds en van DKV te vragen.

Consulteer onze DKV-Assistance voorwaarden vóór vertrek naar het buitenland. U kan ze terugvinden op onze website www.dkv.be.

WAARBORGEN EN VERZEKERDE KAPITALLEN

Verzekerde risico's : ziekte, ongeval en bevalling

Algemene principes :

- ✓ Medische kosten die een curatief of diagnostisch karakter hebben
- ✓ Medisch noodzakelijke kosten (geen esthetische ingrepen)
- ✓ Medische prestaties geleverd door officieel erkende zorgverstrekkers
- ✓ Medische prestaties die voldoende werden getest op therapeutisch vlak

Hospitalisatiekosten

- ✓ Vrije keuze van ziekenhuis, arts en kamer (de meerkost omwille van het verblijf van de partner is niet gedekt)
- ✓ Bij een behandeling in een verpleeghotel of een palliatieve instelling gelijkgesteld met een verpleeginstelling is er geen dekking tijdens de voor- en nahandelperiode
- ✓ Bevallingen thuis worden gelijkgesteld met een bevalling in een verpleeginstelling.

Worden onbeperkt terugbetaald na tussenkomst van het ziekenfonds en indien deze kosten hernomen werden op de hospitalisatiefactuur :

- ✓ de verblijf- en de logementkosten van één van de ouders in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind, voor zover deze in rekening werden gebracht op de ziekenhuisfactuur en voor zover de ouder verzekerd is volgens eenzelfde verzekeringsplan. De aanwezigheid van de ouder moet worden beschouwd als een onmisbaar bestanddeel van de medische behandeling en het kind mag de leeftijd van 18 jaar niet bereikt hebben;
- ✓ de hospitalisatiekosten van de donor met een maximum van € 1.250,00 bij een medisch noodzakelijke transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde en gehospitaliseerde persoon;
- ✓ de kosten van de medische prestaties;
- ✓ de kosten van de paramedische prestaties;
- ✓ de kosten van verbanden, medisch materiaal en farmaceutische producten, met uitzondering van vitamines, mineralen en voedingssupplementen;
- ✓ de kosten van de medische hulpmiddelen;
- ✓ de chirurgiekosten;
- ✓ de verdovingskosten;
- ✓ de kosten voor het gebruik van de operatiekamer en de bevallingskamer;
- ✓ de kosten van de medische protheses;
- ✓ de kosten van de kunstledematen;
- ✓ de vervoerskosten per ziekenwagen in België;
- ✓ de vervoerskosten per helikopter in België in geval van ongeval, van de plaats van het ongeval naar de verpleeginstelling voor zover dit vervoer medisch noodzakelijk is en voor zover geen ander vervoersmiddel gebruikt kan worden;
- ✓ de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;
- ✓ de kosten voor kraamhulp na de bevalling, binnen de grenzen opgenomen in een tussen de kraamzorginstelling en de verzekeraar afgesloten overeenkomst. Het betreft de door deze instelling gefactureerde kosten voor de zorgen die thuis verstrekt worden door de bevoegde kraamverzorger aan de moeder, de pasgeborene en het gezin. Informeer u tijdig via het algemeen telefoonnummer van DKV of via mail (claims.grp@dkv.be)

One-day-clinic

Indien er voor uw behandeling minstens één ligdag of een wettelijk voorziene one-day-clinic forfait wordt aangerekend door het ziekenhuis of door de verpleeginstelling, dan komt uw opname in aanmerking voor terugbetaling in het plan IS+. Op de ziekenhuisfactuur zal hiervoor een specifieke code vermeld worden. De gipskamer of de ambulante behandeling op de spoedafdeling valt hier niet onder. U kan zich hierover steeds voorafgaandelijk in het ziekenhuis informeren.

Medi-Card®

DKV Belgium N.V. biedt u de Medi-Card® aan. Dit kaartje zorgt ervoor dat bij hospitalisatie de financiële afhandeling van het dossier rechtstreeks tussen DKV Belgium N.V. en het ziekenhuis gebeurt; voorschotten en loodzware eindfacturen behoren voortaan tot het verleden op simpel vertoon van de Medi-Card® bij de opname. In zo'n 240 ziekenhuizen kan u momenteel reeds terecht met dit klantvriendelijk systeem; voor ons primeert uw gezondheid op de administratieve of financiële bekommernissen. Op onze webiste www.dkv.be kan u op elk moment de recentste versie consulteren.

Ambulante medische kosten tijdens de voor- en nabehandelperiode

Zijn eveneens gedekt, de ambulante medische zorgen die rechtstreeks in verband staan met de hospitalisatie en gemaakt zijn binnen een periode van 30 dagen voor en 90 dagen na de hospitalisatie en voorgeschreven door een erkend zorgverstreker. Deze medische kosten zijn :

- ✓ De medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging bij een erkend zorgverstreker
- ✓ De kosten van homeopathische behandelingen, acupunctuur, osteopathie en chiropraxie
- ✓ De kosten van kinesitherapie, verpleegkundige zorgen en fysiotherapie
- ✓ De kosten voor medische hulpmiddelen
- ✓ De kosten voor hoorapparaten, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, krukken, ... ;
- ✓ De kosten voor medische protheses
- ✓ De kosten voor geneesmiddelen, verbanden en medisch materiaal

Deze kosten worden terugbetaald aan 100% indien er tussenkomst is geweest van het ziekenfonds. Zonder tussenkomst van het ziekenfonds wordt de terugbetaling van DKV herleid tot 50%.

Zijn niet gedekt : de producten die in de algemene handel verkrijgbaar zijn, zelfs indien ze voorgeschreven werden door een zorgverstreker (bv. shampoo, ...) en de onderhoud- en herstellingskosten aan de medische hulpmiddelen.

Ambulante medische kosten in geval van zware ziekte

Zijn eveneens gedekt, de medische ambulante zorgen ten gevolge van 27 zware ziekten op voorwaarde dat er een rechtstreeks verband is tussen de zware ziekte en de behandeling en de zorgen werden voorgeschreven door een erkend zorgverstekker.

De 27 zware ziekten zijn :

kanker, leukemie, ziekte van Parkinson, ziekte van Hodgkin, ziekte van Pompe, ziekte van Crohn, ziekte van Alzheimer, AIDS, diabetes, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encephalitis, tetanus, virale hepatitis, malaria, vlektyfus, tyfus, paratyfus, difterie, cholera, miltvuur, mucoviscidose, nierdialyse.

Deze kosten worden terugbetaald aan 100% indien er tussenkomst is geweest van het ziekenfonds. Zonder tussenkomst van het ziekenfonds wordt de terugbetaling van DKV herleid tot 50%.

De eerste maal dat u kosten voor deze waarborg indient, dient u een "vragenlijst zware ziekte" te laten invullen door uw behandelende arts. Op aanvraag krijgt u deze vragenlijst toegestuurd.

DKV-assistance

Repatriëring (zie voorwaarden DKV Assistance) – tel 24/7 op het nr 02/230.31.21.

Consulteer onze voorwaarden vóór vertrek naar het buitenland. U kan ze raadplegen of downloaden via onze website www.dkv.be

Opgelet : DKV Assistance is enkel geldig voor privé-doeleinden. Ongevallen tijdens hulpverlening en operationele inzet zijn niet gedekt door DKV Belgium.

TERUGBETALINGSPERCENTAGES

Van zodra de wettelijke ziekteverzekering geheel of gedeeltelijk tussenkomt in de verblijfkosten (kamer) van een hospitalisatie, betaalt DKV, na aftrek van de vrijstelling, 100% van alle medische kosten terug die ten laste zijn gebleven van de patiënt, zelfs indien er geen wettelijke tussenkomst was voor bepaalde medische prestaties, voor zover deze correct werden gefactureerd volgens de richtlijnen van het RIZIV, alsook het ziekenhuisreglement en voor zover de prestaties voldoen aan de algemene principes van de verzekeringsvoorwaarden.

DKV herleidt zijn tussenkomst tot 50 % indien er bij een hospitalisatie helemaal geen tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering.

Indien er geen wettelijke tussenkomst is in de ambulante medische kosten en/of behandelingen tijdens de pre/post periode en in geval van zware ziekte, bedraagt de tussenkomst 50%.

VRIJSTELLING

De vrijstelling is het bedrag dat ten uwen laste is. Zij bedraagt € 250,00 en wordt toegepast per verzekerde persoon en per verzekeringsjaar. De vrijstelling is evenwel niet van toepassing:

- op de ambulante kosten (buiten de pre/post periode) in geval van zware ziekte.
- indien de verzekerde persoon werd opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer en voor zover de verpleeginstelling geen bijkomende ereloonsupplementen aanrekenet.

De vrijstelling wordt slechts éénmaal toegepast op het verzekeringsgeval dat zich op ononderbroken wijze over twee opeenvolgende verzekeringsjaren uitstrekt.

Het verzekeringsjaar voor dit contract loopt van 01 januari tot 31 december.

WACHTTIJDEN

Er zijn geen wachttijden, tenzij u zich in de wachtperiode bevindt wegens een laattijdige aansluiting.

UITSLUITINGEN

De verzekeringswaarborg omvat niet, tenzij de verzekeraar de dekking ervan uitdrukkelijk en schriftelijk heeft aanvaard, de verzekeringsgevallen die optreden ingevolge:

- ✓ een poging tot zelfmoord;
- ✓ een intoxicatie ten gevolge van verdovende middelen of ten gevolge van een overdosis geneesmiddelen, het misbruik maken van geneesmiddelen (dit is het niet gebruiken van geneesmiddelen overeenkomstig het voorschrift of in strijd met de bepalingen opgenomen in de bijsluiter), chronische of niet-accidentele toxicomanie, dronkenschap;
- ✓ een vaccinatie, een sterilisatie, een contraceptie, een medisch begeleide voortplanting, een esthetische ingreep, refractieve ingreep;
- ✓ functionele, subjectieve of psychische stoornissen, waarvan de oorzaak en de symptomen niet medisch objectiveerbaar zijn, of de behandeling of de therapie niet vereist is vanuit een zuiver medisch standpunt;
- ✓ een kuur (behandeling, sessie, techniek of workshop) met het oog op het verbeteren van de algemene wellness, alsook het verblijf in een wellnessfaciliteit, zelfs indien deze faciliteit deel uitmaakt van de algemene verpleeginstelling. Deze uitsluiting geldt ook indien de kuur of het verblijf in de wellnessfaciliteit plaatsvindt op doktervoorschrift;

- ✓ een psychotherapeutische en psychosomatische behandeling. In geval van een stationaire psychotherapeutische en/of psychosomatische behandeling in een ziekenhuis wordt de tussenkomst beperkt tot 120 dagen per verzekerde en per verzekeringsjaar.
- ✓ een ziekte, samenlopende ziekten of een ongeval voortvloeiend uit een burgeroorlog of andere oorlog, uit oproer, collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong, indien is aangetoond dat de verzekerde persoon er actief heeft aan deelgenomen;
- ✓ een opzettelijke daad van de verzekerde persoon, tenzij deze het bewijs voorlegt dat het een geval betreft van wettelijke zelfverdediging of verantwoorde redding van personen of goederen. Een opzettelijke daad is een daad waarbij de verzekerde de bedoeling heeft om schade te veroorzaken.
- ✓ de verzekeringsgevallen die lopend zijn bij de begindatum van de verzekeringswaarborg waarbij de datum van opname in de verpleeginstelling in aanmerking wordt genomen (behalve in geval van een overname van een lopend groepsverzekeringscontract dat een gelijkaardig of identiek risico dekt);
- ✓ de tandbehandelingen ongeacht de aard ervan, met uitzondering van deze waarvan de medische noodzakelijkheid ingevolge het optreden van een niet-stomatologische ziekte of een ongeval is aangetoond;
- ✓ de tandprothesen en het tandmateriaal ongeacht de aard ervan, met uitzondering van deze geleverd en geplaatst tijdens de nahospitalisatieperiode (van een verzekeringsgeval waarvoor DKV Belgium N.V. is tussengekomen) waarvan de medische noodzakelijkheid ingevolge het optreden van een niet-stomatologische ziekte of een ongeval is aangetoond en waarvan het behandelingsplan voorafgaandelijk is voorgelegd aan en goedgekeurd door de verzekeraar;
- ✓ kaakchirurgische ingrepen die tot doel hebben implantaten en/of tandmateriaal te plaatsen (met inbegrip van sinuslift en/of botssubstituten en/of membranen).

RICHTLIJNEN IN VERBAND MET DE TERUGBETALING VAN UW MEDISCHE KOSTEN

a. Hospitalisatiekosten

Opname in één van de 240 ziekenhuizen die de DKV Medi-Card® erkennen.

Consulteer de lijst via onze website www.dkv.be. Zo kent u altijd de laatste versie.

De Medi-Card® voorleggen bij de opname. De patiënt dient noch voorschotten noch andere facturen te betalen daar de hospitalisatiekosten rechtstreeks afgerekend worden tussen het ziekenhuis en DKV.

Opname in een ziekenhuis dat de DKV Medi-Card® niet erkent

- De hospitalisatie aan DKV melden door middel van het schadeaangifteformulier (S28/1).

- U ontvangt de hospitalisatiefactuur thuis. Na betaling aan het ziekenhuis dient u de originele hospitalisatiefactuur naar DKV op te sturen.

b. Ambulante kosten bij zware ziektes/Ambulante kosten pré & post

- Kopij maken van alle documenten m.b.t. de medische prestaties en kostennota's/facturen.

- De originelen aan uw ziekenfonds bezorgen.

- De kopijen en de afrekening van het ziekenfonds naar DKV opsturen

My DKV

Dankzij het MY DKV portaal kan u met enkele klikken uw hospitalisatie-aangifte elektronisch doorgeven.

Het digitaliseren van de aangifte maakt dat uw verzekeringsdossier automatisch, sneller en nauwkeuriger verwerkt wordt en zorgt er bovendien voor dat u nauwer betrokken wordt bij het beheer van uw eigen gezondheidsdossier.

Zo kan u naast het indienen van uw hospitalisatie-aangifte eveneens uw doktersbriefjes, afrekeningen van het ziekenfonds of medische kosten indienen via de module 'Kosten indienen'. Het volstaat om ze te scannen en ze daarna rechtstreeks naar DKV door te sturen.

Assurpharma

Dankzij deze service bij de apotheker kan u uw Medi-Card® gebruiken om de apotheek-attesten (de zgn. BVAC-attesten) digitaal en op een veilige manier aan DKV te bezorgen voor terugbetaling. U hoeft deze attesten dus niet langer per post op te sturen.

Hoe werkt het? U presenteert uw Medi-Card® bij uw apotheker. Op deze kaart is een barcode aanwezig. Om de service succesvol te kunnen gebruiken, dient uw apotheker deze barcode in te scannen waarna hij de attesten digitaal en op een beveiligde manier naar DKV doorstuurt.

DKV App: Een multifunctionele tool op uw GSM

DKV heeft een app ontwikkeld die u het leven veel makkelijker maakt. In één oogopslag zie u alle informatie die u nodig heeft.

De app heeft tal van handige functies en biedt u allerlei voordelen:

- ✓ Snellere terugbetaling: scan je medische kosten en verstuur ze rechtstreeks naar DKV.
- ✓ Uw Medi-Card® en die van uw gezinsleden samengebundeld en altijd bij de hand.
- ✓ Snelle aangifte van hospitalisatie
- ✓ Telefoonlijst van wachtdiensten, spoedhulp, ziekenhuizen met één klik.

