

TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN VAN HET PLAN HORIZON+

EDITIE 05.2002

De Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V.) zijn opgesteld in uitvoering van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden (A.V.V.) medische kosten en dagelijkse vergoeding bij hospitalisatie.

1. Verzekeringsplan (= A.V.V. 5)

- 1.1. Het verzekeringsplan is het Plan Horizon+.
- 1.1.1. Het plan Horizon+ voorziet een aanvullende waarborg na tussenkomst van een bestaande collectieve hospitalisatiepolis.
- 1.1.2. Het plan Horizon+ geeft ook het recht om bij het beëindigen van de aansluiting bij een bestaande collectieve hospitalisatiepolis het verzekeringsplan IS 2000 (zie T.V.V. IS2000) te onderschrijven:
- zonder nieuw risico-onderzoek, indien op dat ogenblik minimaal 3 jaar onafgebroken duurtijd is verstreken sedert het polisbegin van het plan Horizon+ en indien er sprake is van een automatische omschakeling overeenkomstig art. 7.1. van onderhavige T.V.V.;
 - zonder nieuwe wachttijd (zie ook punt 3 'Wachttijd' in de TVV);
 - aan een premie berekend op het moment van de omschakeling naar het plan IS 2000:
 - volgens de woonplaats of vaste en gebruikelijke verblijfplaats indien deze niet samenvalt met de woonplaats,
 - op basis van de ingangleeftijd van het plan Horizon+ en volgens de geldende premie van het plan IS2000 op het ogenblik van de omschakeling.
- De kinderen die gedurende de looptijd van het plan Horizon+ de leeftijdsgroep 0 tot 19 jaar verlaten, betalen overeenkomstig punt 40.2 van de A.V.V. de premie voor de leeftijd van 20 jaar. Deze leeftijd van 20 jaar is bepalend voor de ingangleeftijd bij de omschakeling naar het verzekeringsplan IS 2000.
- 1.2. De aanvullende waarborg en het recht waarvan sprake in punt 1.1.1. en 1.1.2. van de T.V.V. zijn toepasbaar op de personen die een bestaande collectieve hospitalisatiepolis genieten. De bestaande collectieve hospitalisatiepolis, hierna *groepscontract* genoemd, moet:
- 1.2.1. aan de volgende minimale voorwaarden voldoen:
- hetzij een groepsverzekering zijn, afgesloten door de werkgever als collectief voordeel voor het geheel of een deel van zijn personeel;
 - hetzij een Fonds door een werkgever opgericht of goedgekeurd na het voorafgaandelijk akkoord van de verzekeraar;
 - hetzij een dekking voor risico van ziekte van de functionarissen van de Europese Gemeenschappen.
- 1.2.2. aan de volgende kenmerken beantwoorden:
- een hospitalisatieverzekering zijn tot vergoeding van schade, waarbij de minimale tussenkomst van de betrokken verzekeraar € 6.000 per persoon per verzekeringsjaar bedraagt of haar tussenkomst minimaal baseert op tweemaal de RIZIV-tussenkomst.
 - een effectieve dekking geven voor de risico's ziekte en ongeval,
 - een dekking geven aan personen die hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben,
 - een dekking geven aan personen die onderworpen zijn aan de vigerende sociale wetgeving en ervan genieten, met uitzondering van de functionarissen van de Europese Gemeenschappen,
 - een dekking geven in de EU.
- 1.3. Elke afwijking op punten 1.2.1. en 1.2.2. van de T.V.V. is onderworpen aan de voorafgaandelijke toestemming van de verzekeraar.

2. Verzekeringsgeval volgens het Plan Horizon+ (= A.V.V. 6)

- 2.1. Het verzekeringsgeval wordt gevormd door de stationaire behandeling in een verpleeginstelling ingevolge het optreden van een ziekte, een bevalling of een ongeval voor zover één ligdag in rekening kan worden gebracht en voor zover dit effectief gebeurt. Het verzekeringsgeval vangt aan 30 dagen voor de opname in de verpleeginstelling (= voorhospitaisatieperiode) en eindigt 90 dagen na het verlaten van de verpleeginstelling maar ten laatste bij het begin van een nieuw verzekeringsgeval (=nahospitaisatieperiode).
- Ingeval van een behandeling in een verpleeghotel of in een palliatieve instelling, door de verzekeraar gelijkgesteld met een verpleeginstelling, is het verzekeringsgeval beperkt tot het verblijf.
- Thuisbevalling wordt gelijkgesteld met een bevalling in een verpleeginstelling.
- 2.2. Het verzekeringsgeval wordt eveneens gevormd door de ambulante behandeling ingevolge het optreden van een zware ziekte. Het verzekeringsgeval vangt aan met de instelling van een medische behandeling en eindigt wanneer er geen noodzaak tot behandelen meer is.
- 2.3. Worden beschouwd als zware ziekten vanaf het ogenblik waarop een objectief medisch onderzoek de diagnosestelling ervan heeft toegelaten: kanker, leukemie, de ziekte van Parkinson, de ziekte van Hodgkin, de ziekte van Pompe, de ziekte van Crohn, de ziekte van Alzheimer, AIDS, diabetes, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encephalitis, tetanus, virale hepatitis, malaria, vlektyfus, tyfus, paratyfus, difterie, cholera, miltvuur, mucoviscidose, nierdialyse.
- De verzekeraar kan het recht op uitkering ondergeschikt maken aan het voorleggen van de medische stukken die de gestelde diagnose objectiveren.
- 2.4. Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval, de medische kosten die:
- 2.4.1. een curatief, diagnostisch of palliatief karakter hebben;
- 2.4.2. medisch noodzakelijk zijn;
- 2.4.3. verstrekt zijn door erkende zorgverstrekkers;
- 2.4.4. op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn;
- 2.4.5. gemaakt zijn tijdens de duur van het verzekeringsgeval.
- Onder de aldus opgesomde voorwaarden, waarborgt de verzekeraar de therapeutische vrijheid van de zorgverstrekker en van de verzekerde persoon.

- 2.5. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval omschreven onder punt 2.1. van de T.V.V. aan 100% na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering, na de statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit en na de tussenkomst van het *groepscontract*:
- 2.5.1. de verblijfskosten;
- 2.5.2. de verblijfs- en logementskosten van één van de ouders in dezelfde instelling als deze van het verpleegde kind voor zover de ouder verzekerd is volgens eenzelfde verzekeringsplan, de aanwezigheid van de ouder beschouwd moet worden als onmisbaar bestanddeel van de medische behandeling en het kind de leeftijdscategorie die volgt op deze van 0 tot 19 jaar, niet bereikt heeft;
- 2.5.3. de kosten van de medische prestaties;
- 2.5.4. de kosten van de paramedische prestaties;
- 2.5.5. de kosten van de farmaceutische producten, van de verbanden en van het medisch materiaal;
- 2.5.6. de kosten van de medische hulpmiddelen;
- 2.5.7. de chirurgiekosten;
- 2.5.8. de verdoovingskosten;
- 2.5.9. de kosten voor het gebruik van de operatiekamer en de bevallingskamer;
- 2.5.10. de kosten van de medische protheses, met uitzondering van de protheses waarvan de dekking is voorzien onder punt 9 van de T.V.V.;
- 2.5.11. de kosten van de kunstledematen;
- 2.5.12. de vervoerkosten per ziekenwagen in België;
- 2.5.13. de vervoerkosten per helicopter in België van de plaats van het ongeval naar de verpleeginstelling voor zover dit vervoer medisch noodzakelijk is en voor zover geen ander vervoermiddel gebruikt kan worden;
- 2.5.14. de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;
- 2.5.15. 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 kraamverzorgster aan de moeder, de pasgeborene en het gezin;
- 2.5.16. de verblijfskosten van de donor met een maximum van € 1.239,47 bij een medisch noodzakelijke transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde en gehospitaliseerde persoon;
- 2.5.17. de kosten van de tandextractie onder algemene verdoving in een verpleeginstelling;
- 2.6. Bij niet tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering en/of het *groepscontract*:
- 2.6.1. indien de wettelijke ziekteverzekering en/of het *groepscontract* op geen enkele post van de hospitalisatiefactuur tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsgeval omschreven onder punt T.V.V. 2.1. herleid met 50% na aftrek van de statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit.
- 2.6.2. indien er zich een verzekeringsgeval voordoet waarvoor het *groepscontract* niet tussenkomt op basis van een niet-gedekt risico of een uitsluiting voorzien in de Algemene of Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, het Reglement of bijzondere bepalingen, is de verzekeraar gehouden tot terugbetaling van de kosten, voor zover dit verzekeringsgeval wel onder de dekking valt van de A.V.V. en de T.V.V. van toepassing op het verzekeringsplan IS2000.
- Het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsgeval omschreven onder punt 2.1. van de T.V.V. wordt in dit geval herleid met 50% na aftrek van de statutaire of eender welke andere tussenkomst van de mutualiteit.
- 2.7. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering, na de statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit en na de tussenkomst van het *groepscontract*, voor zover zij rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de behandeling in de verpleeginstelling en gemaakt zijn tijdens de voor- en nahospitaisatieperiode (= voor- en nahospitaisatiekosten) of voor zover zij in rechtstreeks verband staan met de ambulante behandeling van een gediagnosticeerde zware ziekte:
- aan 100 % :**
- 2.7.1. de kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging,
- 2.7.2. de kosten van de homeopathische behandeling, de kosten van de acupunctuur-, osteopathie-, en chiropraxiebehandeling,
- 2.7.3. de kosten van de paramedische prestaties voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen : verpleegkundige zorgen, kinesitherapie en fysiotherapie.
- 2.7.4. de kosten van de medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen : brillenglazen, contactlenzen, hoorapparaten, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaat, spalken en krukken. De behoorlijk bewezen kosten zijn gedekt met uitsluiting van de onderhouds- en herstellingskosten, de kosten van de hulpmiddelen strekkend tot het gebruik ervan en de wisselstukken.
- 2.7.5. de kosten van de medische protheses, met uitzondering van de protheses waarvan de dekking is voorzien onder punt 9 van de T.V.V.
- 2.7.6. de kosten van de kunstledematen.

aan 80 % :

- 2.7.7. de kosten van de allopathische en homeopathische geneesmiddelen, van de verbanden en van het medische materiaal met uitsluiting van elk type van product dat in de handel in het algemeen te verkrijgen is, indien voorgeschreven door een geneesheer.
- 2.8. Indien de wettelijke ziekteverzekering en/of het *groepscontract* niet tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage herleid met 50% na aftrek van de statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit.
- 2.9. Indien er zich een verzekeringsgeval voordoet waarvoor het *groepscontract* niet tussenkomt op basis van een niet-gedekt risico of een uitsluiting voorzien in de Algemene of Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, het Reglement of bijzondere bepalingen, is de verzekeraar gehouden tot terugbetaling van de kosten, voor zover dit verzekeringsgeval wel onder de dekking valt van de A.V.V. en de T.V.V. van toepassing op het verzekeringsplan IS2000. Het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsplan omschreven onder punt 2.1. van de T.V.V. wordt in dit geval herleid met 50% na aftrek van de statutaire of eender welke andere tussenkomst van de mutualiteit.

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

- 3.1. De wachtijd bedraagt :
 - 3.1.1. 9 maanden voor bevalling,
 - 3.1.2. 12 maanden voor de kosten gedekt onder punt 9 van de T.V.V.
- 3.2. Bij de omschakeling naar het verzekeringsplan IS2000 is er geen nieuwe wachtijd op voorwaarde dat de wachttijden bedoeld in punt 3.1. van de T.V.V. volbracht zijn. Indien de wachttijden niet volbracht zijn, blijven deze geldig voor de overblijvende duur.

4. Aanpassing van de premies en de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden van het plan Horizon+

In aanvulling op de Algemene Verzekeringsvoorwaarden (A.V.V.) wordt het volgende bepaald:

- 4.1. De parameters voor het berekenen van de premie van het verzekeringsplan Horizon+ zijn gedefinieerd rekening houdend met de parameters die gelden in het technisch plan van het verzekeringsplan IS2000. Dit technisch plan is samengesteld op basis van actuariële en verzekeringstechnische criteria. Daardoor geeft elke wijziging in bovenvermelde criteria in het verzekeringsplan IS2000 een zelfde wijziging in de premie en/of de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden van het verzekeringsplan Horizon+.
- 4.2. In geval van een substantiële wijziging van de wetgeving inzake sociale zekerheid, en in het algemeen van elke wetgeving, zodat deze wijziging invloed heeft op de parameters van het technisch plan en financiële gevolgen heeft voor de verzekeraar, kunnen de huidige Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden in de zelfde mate gewijzigd worden, mits toestemming van de Controledienst der Verzekeringen.
- 4.3. De aanpassingen vermeld onder 4.1. en 4.2. van de T.V.V. treden in werking op dezelfde datum als deze van de wijziging in het plan IS2000, na mededeling van deze wijziging aan de verzekeringnemer. Deze wijzigingen gelden ook voor de lopende contracten.

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

- 5.1. De tussenkomst van het *groepscontract* in de medische kosten van de verzekerde persoon, met inbegrip van de contractuele vrijstelling van het *groepscontract*, geldt als vrijstelling en wordt in mindering gebracht van de tussenkomst van de verzekeraar in dit verzekeringsplan in toepassing van punt 13 van de A.V.V.
- 5.2. Indien er geen tussenkomst is van het *groepscontract* wordt de contractuele vrijstelling van het *groepscontract* in mindering gebracht van de tussenkomst van de verzekeraar zoals deze onder de punten 2.6.1, 2.8. en 9.3. van de T.V.V. voorzien is.

6. Verzekerbaarheid (= A.V.V. 16 en 17)

Verzekerbaar zijn :

- 6.1. de personen die, bij de aansluiting tot het plan Horizon+, beantwoorden aan de voorwaarden vermeld onder punt 1.2. van de T.V.V.
- 6.2. de personen die bij de aansluiting tot de verzekering gezond zijn;
- 6.3. de personen die bij de aansluiting tot de verzekering een ingangleeftijd hebben die de berekening van de premie toelaat volgens een voorziene en vigerende leeftijds categorie;
- 6.4. de personen die hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben;
- 6.5. de personen die onderworpen zijn aan de vigerende sociale wetgeving en ervan genieten;
- 6.6. de pasgeborenen vanaf de geboortemaand volgens hetzelfde verzekeringsplan als één van de verzekerde ouders voor zover het verzekeringsplan wordt afgesloten binnen de 60 dagen volgend op de geboortemaand.

7. Einde van het verzekeringsplan Horizon+ (=A.V.V.21)

- 7.1. De beëindiging van het verzekeringsplan Horizon+ en, zonder onderbreking, de automatische omschakeling naar het plan IS2000 gebeurt, ten laatste op de 65ste verjaardag tenzij akkoord van de verzekeraar, op de datum dat het *groepscontract* niet meer beantwoordt aan de voorwaarden vermeld onder punt 1.2. van de T.V.V. of dat de verzekerde persoon niet meer effectief van de voordelen van het *groepscontract* geniet. De omschakeling gebeurt zonder voorafgaandelijk akkoord van de verzekeraar bij: overlijden, (brug)pensioen, ontslag, vrijwillige ontslagname, verdwijning welke ook de vorm zij van de verzekeringnemer van het *groepscontract*, verlies van het recht op kinderbijslag.
- 7.2. De beëindiging van het plan Horizon+ en de omschakeling moeten schriftelijk gevraagd worden aan de verzekeraar binnen de twee maanden volgend op deze datum. De verzekeraar heeft het recht het bewijs te vragen van de reden van de omschakeling.
- 7.3. De afsluiting van het verzekeringsplan IS2000, in hoofde van de verzekeringnemer, is voorafgaandelijk onderworpen aan de verzekerbareheidsvoorwaarden volgens de T.V.V. van dit verzekeringsplan.
- 7.4. Indien er aan de verzekerbareheidsvoorwaarden volgens de T.V.V. van het verzekeringsplan IS2000 niet voldaan is bij de omschakeling, of indien de omschakeling niet heeft plaats gevonden volgens de vorm en termijn zoals hierboven vermeld is de verzekeraar niet gehouden de verzekering af te

sluiten volgens de voorwaarden zoals vermeld onder punt 1.1.2. van de T.V.V. De verzekeraar kan, bijzondere voorwaarden voorstellen voor de afsluiting en aanvaarding volgens een vigerend verzekeringsplan.

Dit geldt eveneens als bij de onderschrijving van Horizon+ geen medische vragenlijst werd ingevuld en indien de omschakeling zich voordoet vóór het verstrijken van een termijn van 3 onafgebroken jaren te rekenen vanaf het polisbegin van het plan Horizon+. In dit geval, kan de verzekeraar, na medisch onderzoek op basis van een verzekeringsvoorstel, bijzondere voorwaarden toepassen (met een maximale bijpremie van 100%).

8. Einde van de verzekeringswaarborg van het plan Horizon+ (= A.V.V. 25)

Indien het verzekeringsgeval zoals gedefinieerd in punt 2.1. van de T.V.V. voortduurt na het einde van het plan Horizon+, is de terugbetaling verzekerd van de kosten na dit einde in het plan Horizon+ tot op het einde van het verzekeringsgeval, indien er ook een tussenkomst is van het *groepscontract* en op voorwaarde dat de wachttijden bedoeld in punt 3.1. volbracht zijn. Indien het verzekeringsgeval zoals gedefinieerd in punt 2.2. van de T.V.V. (Zware Ziekten) voortduurt na het einde van het plan Horizon+, is de terugbetaling van de kosten na dit einde verzekerd in het het verzekeringsplan IS 2000, voor zover het verzekeringsplan IS2000 onderschreven is volgens de voorwaarden vermeld in punt 7.1. tot 7.3. van de T.V.V.

9. Bijzonderheid

- 9.1. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval na verloop van de wachtijd en ingevolge het optreden van een ziekte of een ongeval:
 - 9.1.1. de tandbehandelingskosten met uitzondering van de orthodontische behandeling,
 - 9.1.2. de kosten van tandprotheses en van het tandmateriaal, met inbegrip van bruggen, kronen en implantaten, voor zover het tandbehandelingsplan voorafgaandelijk is voorgelegd aan de verzekeraar.
- 9.2. De kosten beschreven onder punt 9.1. van de T.V.V. worden terugbetaald aan 100 % na de wettelijke ziekteverzekering, statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit en na tussenkomst van het *groepscontract*, ten belope van € 743,68 per persoon en per verzekeringsjaar met inachtnaam van de datum van de verstrekte prestaties.
- 9.3. Indien de wettelijke ziekteverzekering en/of het *groepscontract* niet tussenkomen, blijft het terugbetalingspercentage voor de kosten beschreven onder punt 9.1. van de T.V.V. behouden aan 100 %, ten belope van € 743,68 per persoon en per verzekeringsjaar, na aftrek van de statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit.
- 9.4. Indien er zich een verzekeringsgeval voordoet waarvoor het *groepscontract* niet tussenkomt op basis van een niet-gedekt risico of een uitsluiting voorzien in de Algemene of Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, het Reglement of bijzondere bepalingen, is de verzekeraar gehouden tot terugbetaling van de kosten, voor zover dit verzekeringsgeval wel onder de dekking valt van de A.V.V. en de T.V.V. van toepassing op het verzekeringsplan IS2000. Het terugbetalingspercentage voor het verzekeringsplan omschreven onder punt 9.1. van de T.V.V. wordt in dit geval herleid met 50% na aftrek van de statutaire of eender welke andere tussenkomst van de mutualiteit.

10. Verplichtingen van de verzekeringnemer en de verzekerde persoon (= A.V.V. 38)

- 10.1. Bij het afsluiten van of in de loop van het verzekeringsplan Horizon+ verbindt de verzekeringnemer er zich toe, indien door de verzekeraar verzocht, volgende documenten voor te leggen :
 - de naam van de verzekeraar van het *groepscontract* en het referentienummer van het *groepscontract*, het reglement en/of de algemene verzekeringsvoorwaarden,
 - een attest afgeleverd door de werkgever of door de verzekeraar van het *groepscontract* met vermelding van de verzekerde personen.
- 10.2. In geval van aangifte van een verzekeringsgeval, maakt de verzekeraar het recht op prestaties afhankelijk van het voorleggen van:
 - een copie van de Algemene en Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, het Reglement en bijzondere bepalingen van het *groepscontract* die gelden op het ogenblik van het voorvallen van het verzekeringsgeval,
 - een kopie met gedetailleerde informatie over de tussenkomst van het *groepscontract*,
 - een copie van de onkostennota's,
 - een volledig en behoorlijk ingevulde schadeaangifte.
- 10.3. De verzekeringnemer en/of de verzekerde is verplicht, na de inwerkingtreding van het plan Horizon+, alle informatie en documentatie i.v.m. de Algemene en Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, het Reglement of de bijzondere bepalingen van het *groepscontract* mee te delen. Indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde deze verplichting niet nakomt en indien het *groepscontract* niet langer aan de door punt 1.2. van de T.V.V. gestelde minimale voorwaarde voldoet, zal het contract een einde nemen op de datum dat de verzekeraar in kennis gesteld is van hogervermelde gegevens. In dit geval blijven de betaalde premies in de looptijd van het plan Horizon+ verschuldigd aan de verzekeraar tot op de datum dat de verzekeraar in kennis gesteld is van hogervermelde gegevens.
- 10.4. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde persoon bij het beëindigen, wat de reden hier ook van zij, van het verzekeringsplan Horizon+ niet de omschakeling vraagt naar het plan IS2000, geeft dit geen enkel recht tot het eisen van de terugbetaling van de premies die betaald zijn in de looptijd van het contract Horizon+.
Dit geldt ook indien de verzekerbareheidsvoorwaarden volgens de T.V.V. van het verzekeringsplan Horizon+ of IS2000 niet vervuld zijn en het onderschrijven van deze verzekeringsplannen in hoofde van de verzekerde persoon niet toelaten.
- 10.5. In toepassing van punten 40 en 40.2 van de A.V.V. is de verzekeringnemer en de verzekerde persoon verplicht tijdens het contract aan de verzekeraar elke verandering van woonplaats te melden die een invloed heeft op de premie.