



WELKOM BIJ DKV

De Belgische geneeskunde is één van de beste ter wereld. DKV maakt ze toegankelijk.

Met meer dan 2 miljoen verzekerden is **DKV** de specialist in België op het vlak van privéziekteverzekeringen. Naast hospitalisatieverzekeringen biedt DKV ook andere aanvullende ziekteverzekeringen aan zowel voor particulieren, zelfstandigen, KMO's als grote bedrijven:

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

Gezondheidszorg wordt alsmaar 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 DE AANSLUITINGSVOORWAARDEN IN DEZE GROEPSPOLIS

- Geen medische vragenlijst
- Geen uitsluiting van voorafbestaande ziekten en aandoeningen

VERZEKERBAARHEID

Voor Belgische werknemers

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
- De aansluiting vervalt bij een verblijf in het buitenland van meer dan 3 ononderbroken maanden.

Voor grensarbeiders

Komen enkel in aanmerking als grensland: Nederland, Duitsland, Luxemburg en Frankrijk. De aansluiting kan enkel gebeuren voor zover de aan te sluiten personen:

- Onderworpen zijn aan de Belgische Sociale Zekerheid of van de sociale zekerheid van het land van verblijf en ervan genieten
- Hun woonplaats en vaste verblijfplaats in België hebben of in één van de aan België grenzende landen
- De aansluiting vervalt bij een verblijf in het buitenland van meer dan 3 ononderbroken maanden. Met het buitenland wordt bedoeld elk ander land dan één van de hierboven opgesomde grenslanden.

AANSLUITINGSVOORWAARDEN

- De aansluiting is verplicht voor de personeelsleden.
- Voor de gezinsleden is de aansluiting facultatief. Indien een werknemer één van zijn gezinsleden wenst aan te sluiten, heeft hij echter de verplichting alle leden van het gezin aan te sluiten (behalve voor de familieleden die reeds een gelijkaardige dekking genieten).
- De gezinsleden die niet toetreden binnen de 2 maanden nadat zij het recht op aansluiting verworven hebben, worden aangesloten de eerste dag van de 13de maand die volgt op de aanvraag tot aansluiting. Indien er geen onderbreking is geweest tussen twee opeenvolgende dekkingen, kan mits het voorleggen van een verzekeringsattest, afgeleverd door de vorige verzekeraar deze wachttijd worden afgeschaft.
- De verzekerbare gezinsleden zijn:
 - de levenspartner, indien deze gedomicilieerd is op het adres van het personeelslid en er ook effectief woont en verblijft.
 - de kinderen van het verzekerde personeelslid of van de levenspartner indien ze fiscaal ten laste zijn van één van de ouders en wonen en verblijven in België of in een aan België grenzend land.
- Elke wijziging in de gezinssituatie dient aan de personeelsdienst van de werkgever gemeld te worden (geboorte – (echt)scheiding - kind dat fiscaal niet meer ten laste is – (nieuwe) levenspartner).

De beste zorgen. Levenslang

Deze tekst is een samenvatting. Hieraan kunnen geen rechten ontleend worden. Enkel de polisvoorwaarden zijn bindend.

TERRITORIALITEIT

De verzekeringswaarborg is wereldwijd geldig voor een medisch noodzakelijke en onvoorziene ziekenhuisopname in het buitenland. De verzekeringswaarborg is ook geldig in de lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) voor een medisch noodzakelijke en geplande ziekenhuisopname in het buitenland, op voorwaarde dat er voorafgaandelijk een akkoord is gesloten met het ziekenfonds. Consulteer onze DKV-Assistance voorwaarden vóór vertrek naar het buitenland. U kan ze terugvinden op onze website www.dkv.be.

WAARBORGEN EN VERZEKERDE KAPITALEN

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 meerkosten omwille van het verblijf van de partner is niet gedekt)
- ✓ Bevallingen thuis worden gelijkgesteld met een bevalling in een ziekenhuis.

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

- ✓ de verblijfs- en logementkosten van één van de ouders in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind, voor zover de ouder verzekerd is bij de verzekeraar en voor zover het kind de leeftijd van 18 jaar niet bereikt heeft;
- ✓ 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 verdoevingskosten;
- ✓ de kosten voor het gebruik van de operatiekamer, de arbeidskamer en de gipskamer;
- ✓ de kosten van medische protheses;
- ✓ de kosten van kunstledematen;
- ✓ de vervoerskosten per ziekenwagen in België van en naar het ziekenhuis en de overbrenging naar een ander ziekenhuis;
- ✓ de vervoerskosten per helikopter in België, van de plaats van het ongeval naar het ziekenhuis 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 van 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;
- ✓ 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.

Informeer u tijdig via onze website www.dkv.be (rubriek FAQ)

One-day-clinic (dagziekenhuis)

Is eveneens gedekt de opname en de behandeling in een ziekenhuis, ingevolge het optreden van een ziekte, een bevalling of een ongeval voor zover een daghospitalisatie effectief in rekening wordt gebracht. Onder een daghospitalisatie wordt verstaan de opname in een dagziekenhuis met:

- ✓ een 'forfait chirurgisch dagziekenhuis' of
 - ✓ een 'maxiforfait' of
 - ✓ een 'forfait gipskamer' of
 - ✓ een 'dagziekenhuisforfait – groep 1 tot en met 7' of
 - ✓ een 'forfait chronische pijn 1, 2 of 3' of
 - ✓ een 'forfait manipulatie poortkatheter' of
 - ✓ een 'dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/of toediening van een geneesmiddel of van bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus'.
- Deze opsomming is limitatief.

De ambulante behandeling op de spoedafdeling valt hier niet onder. U kan zich hierover steeds voorafgaandelijk in het ziekenhuis informeren.

De beste zorgen. Levenslang

Deze tekst is een samenvatting. Hieraan kunnen geen rechten ontleend worden. Enkel de polisvoorwaarden zijn bindend.

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 meer dan 240 ziekenhuizen kan u momenteel reeds terecht met dit klantvriendelijk systeem; voor ons primeert uw gezondheid op de administratieve of financiële bekommernissen.

Op onze website 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 zorgverstrekker.

Deze medische kosten zijn:

- ✓ de kosten van medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging;
- ✓ de kosten van homeopathische behandeling, de kosten van acupunctuur-, osteopathie- en chiropraxiebehandeling;
- ✓ de kosten van paramedische prestaties voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: de verpleegkundige zorgen, kinesitherapie en fysiotherapie;
- ✓ de kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: brilglazen of contactlenzen (en bij vervanging op voorwaarde dat de dioptrie met minstens 0,5 is gewijzigd), de hoorapparaten, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaat, spalken en krukken;
- ✓ de kosten van medische protheses;
- ✓ de kosten van een pruik in het kader van een oncologische behandeling met een maximum van € 1 250 op voorwaarde dat de wettelijke ziekteverzekering tussenkomt;
- ✓ de kosten van kunstledematen;
- ✓ de kosten van allopathische en homeopathische geneesmiddelen, van verband- en medisch materiaal, indien voorgeschreven door een arts, met uitsluiting van voedingsmiddelen, voedingssupplementen, vitamines en mineralen, hygiënische en cosmetische producten en elk type van product dat in de handel vrij verkrijgbaar is.

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 (bv. shampoo, ...), zelfs indien ze voorgeschreven werden door een zorgverstrekker 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 30 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 zorgverstrekker.

De 30 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, encefalitis, tetanus, virale hepatitis, malaria, vlektyfus, tyfus, paratyfus, difterie, cholera, miltvuur, mucoviscidose, nierdialyse, brucellose, Creutzfeld-Jacob, Ebola.

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. Het formulier is ook beschikbaar via www.dkv.be

Medisch begeleide voortplanting

Zijn gedekt na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering, de medische kosten die in rechtstreeks verband staan met de medisch begeleide voortplanting, en dit tot een maximum van € 2.000 per verzekerde persoon en per verzekeringsjaar.

Dit bedrag omvat zowel kosten van de hospitalisatie als van de ambulante behandelingen.

In geval van een ambulante behandeling wordt de datum van de embryotransfer (het terugplaatsen van een embryo in de baarmoeder na in-vitrofertilisatie) of de datum van de intra-cervicale of intra-uteriene inseminatie -op voorwaarde dat de wettelijke ziekteverzekering tussenkomt in de kosten ervan- beschouwd als begin van het verzekeringsgeval.

DKV biedt dekking aan op voorwaarde dat de behandeling goedgekeurd en effectief gedekt is door de wettelijke ziekteverzekering.

De beste zorgen. Levenslang

Deze tekst is een samenvatting. Hieraan kunnen geen rechten ontleend worden. Enkel de polisvoorwaarden zijn bindend.

DKV-assistance

Repatriëring (zie voorwaarden DKV Assistance) – tel 24/7 op het nr. 02/230.31.32.

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

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 te uwen laste is. Zij bedraagt € 175,00 en wordt toegepast per verzekerde persoon en per verzekeringsjaar.

De vrijstelling is niet van toepassing:

- **Indien de verzekerde persoon werd opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer**
- Op de dekking ambulante kosten in geval van een gedekte zware ziekte.

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 april tot einde maart.

WACHTTIJDEN OP NIVEAU VAN WAARBORG

De algemene wachttijd bedraagt 3 maanden en is niet van toepassing:

- voor een hospitalisatie naar aanleiding van een ongeval.
- indien de werknemer en/of het gezinslid via een vorige werkgever minstens 3 maanden een onbeperkte collectieve dekking genoot en er geen onderbreking tussen beide dekkingen is.
- indien de werknemer en/of het gezinslid een onbeperkte individuele dekking genoot en er geen onderbreking is tussen beide dekkingen.
- voor een pasgeborene indien beide ouders (of één van de ouders voor zover kan worden aangetoond dat de andere ouder elders verzekerd is) 100% verzekerd zijn gedurende een periode van minstens 3 maanden (= na 6 maanden aansluiting in een plan DKV PREMIUM PRO).

De wachttijd bedraagt 18 maanden voor de kosten in verband met een medisch begeleide voortplanting.

Belangrijk !

De wachttijd begint te lopen vanaf de effectieve aansluitingsdatum. Indien u zich in een wachttijd bevindt wegens een laattijdige aansluiting waarbij de aansluitingsdatum werd uitgesteld met 13 maanden (zie punt Aansluitingsvoorwaarden) dan dient u rekening te houden met het feit dat:

- de wachttijd van 3 maanden op niveau van de waarborgen bovenop de wachttijd van 13 maanden komt !
- de wachttijd van 18 maanden op niveau van medisch begeleide voortplanting boven op de wachttijd van 13 maanden komt!

UITSLUITINGEN

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

- een poging tot zelfdoding of zelfdoding;
- het gebruik van drugs, alcohol of doping; het overmatig gebruik of misbruik van geneesmiddelen; het off-label gebruik van geneesmiddelen, tenzij de verzekeraar de dekking ervan uitdrukkelijk en schriftelijk heeft aanvaard. Off-label gebruik is het gebruik niet conform de geregistreerde indicaties van de wetenschappelijke bijsluiter;
- een preventieve behandeling, een vaccinatie, een sterilisatie, een contraceptie, commercieel draagmoederschap, refractieve oogheekunde, een esthetische ingreep behalve reconstructieve plastische heelkunde op voorwaarde dat het prijsbestek voorafgaandelijk is goedgekeurd door de verzekeraar;
- functionele of subjectieve 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 psychotherapeutische behandeling, behalve indien verstrekt door een psychiater;

De beste zorgen. Levenslang

Deze tekst is een samenvatting. Hieraan kunnen geen rechten ontleend worden. Enkel de polisvoorwaarden zijn bindend.

- 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 er actief heeft aan deelgenomen;
- een opzettelijke of roekeloze daad van de verzekerde, tenzij deze het bewijs voorlegt dat het een geval betreft van wettige verdediging. Een opzettelijke daad is de vrijwillig en bewust gestelde handeling met de bedoeling schade te veroorzaken;
- een ambulante psychotherapeutische behandeling tenzij deze zijn voorgeschreven door een psychiater. In geval van een psychotherapeutische opname en behandeling in een ziekenhuis wordt de tussenkomst beperkt tot 120 dagen per verzekerde en per verzekeringsjaar
- 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 (kronen, bruggen, implantaten) 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 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;
- de onderhouds- en herstellingskosten, de kosten strekkend tot het gebruik ervan en de wisselstukken van de medische hulpmiddelen, medische prothesen en kunstledematen.

RICHTLIJNEN IN VERBAND MET DE TERUGBETALING VAN UW MEDISCHE KOSTEN

a. Hospitalisatiekosten

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

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

Wanneer u in een met DKV geconventioneerd ziekenhuis wordt opgenomen, volstaat het de Medi-Card® te overhandigen aan het onthaal. Het ziekenhuis raadpleegt de website van DKV, teneinde de geldigheid van uw dekking te controleren. Bij bevestiging van uw aansluiting print het ziekenhuis rechtstreeks het hospitalisatieformulier (S28/4) met een referentienummer.

Wat moet u verder nog doen?

Maak het uzelf gemakkelijk en geef ons de reden van uw ziekenhuisopname door via onze website (www.dkv.be => contact => aangiften => online hospitalisatie-aangifte) of via onze DKV APP (rubriek 'hospitalisatie-aangifte').

Indien u liever werkt met een papieren hospitalisatie-aangifte dan volstaat het om op het formulier S28/4 de reden van de ziekenhuisopname te vermelden en ons dit document binnen de 5 dagen te bezorgen.

Verder hoeft u niets te doen; u hoeft evenmin iets te betalen aan het ziekenhuis: DKV betaalt de factuur rechtstreeks aan het ziekenhuis.

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

Het volstaat om het formulier S28/1 in te vullen met vermelding van de reden van de ziekenhuisopname.

Bezorg ons dit formulier binnen de 5 dagen na de opname!

De hospitalisatiekosten worden terugbetaald op basis van de gedetailleerde facturen opgesteld door het ziekenhuis die u ons bij ontvangst dient te bezorgen.

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

Naar DKV op te sturen

De medische kosten, gemaakt in de pre- en posthospitalisatieperiode en in rechtstreeks verband met de reden van de opname alsook de ambulante kosten bij zware ziekten, worden terugbetaald op basis van kopieën van de attesten van verstrekte hulp OF de gedetailleerde afrekening van het ziekenfonds. Voor geneesmiddelen op voorschrift van een dokter bezorgt u ons het originele 'attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering' (model BVAC, aan te vragen bij de apothekers).

Met de Medi-Card® kunnen deze BVAC documenten vanuit de apotheek elektronisch doorgestuurd worden via het AssurPharma systeem (zie onze website www.dkv.be => diensten => Assurpharma). Informeer u bij uw apotheker.

Dien uw ambulante onkosten zo snel mogelijk in.

My DKV

Dankzij het MY DKV portaal kan u met enkele klikken uw hospitalisatieaangifte elektronisch doorgeven.

Het digitaliseren van de aangifte maakt dat u 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 hospitalisatieaangifte 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.

De beste zorgen. Levenslang

Deze tekst is een samenvatting. Hieraan kunnen geen rechten ontleend worden. Enkel de polisvoorwaarden zijn bindend.

ASSURPHARMA

Dankzij deze service bij de apotheker kan u uw Medi-Card® gebruiken om de apotheekattesten (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 ziet 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.

EINDE VAN DE GROEPSDEKKING

De groepsdekking eindigt voor de personeelsleden:

- bij de uitdiensttreding
- op de leeftijd van 67 jaar
- bij de opruststelling (brugpensioen, vervroegd pensioen, pensioen, ..)
- het niet meer voldoen aan de verzekeraarvoorwaarden
- bij een verblijf van meer dan 3 maanden onafgebroken in het buitenland (vanaf dag 1).

De groepsdekking eindigt voor de gezinsleden:

- bij de uitdiensttreding of opruststelling van de hoofdverzekerde (= personeelslid)
- bij het overlijden van de hoofdverzekerde
- voor de kinderen vanaf het moment dat zij niet meer fiscaal ten laste zijn
- voor de partner vanaf het moment dat hij/zij niet meer woonachtig is op het adres van het personeelslid
- bij een verblijf van meer dan 3 maanden onafgebroken in het buitenland (vanaf dag 1).

HET CONTINUÏTEITSPRINCIPE

Indien bij het verlies van het voordeel van de huidige groepswaarborg (zoals bv. uitdiensttreding, (brug)pensioen, etc.), de verzekerden (die hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben en de voordelen genieten van de Belgische sociale zekerheid) gedurende 24 maanden ononderbroken aangesloten geweest zijn bij het huidige verzekeringscontract of bij andere opeenvolgende ziekteverzekeringsovereenkomsten. Dan hebben zij het recht deze verzekeringswaarborg overeenkomstig de Algemene en Tarifaire Verzekeringvoorwaarden van een bestaand gelijksoortig individueel verzekeringsplan voor te zetten, zonder medische vragenlijst en zonder wachttijden. Indien de anciënniteit van 24 maanden niet verworven is, kan de verzekeraar de onderschrijving van een individueel plan ondergeschikt maken aan bijzondere voorwaarden op basis van het indienen van een degelijk ingevuld verzekeringsvoorstel met medische vragenlijst.

De aanvraag tot voortzetting dient schriftelijk of elektronisch aangevraagd te worden bij de verzekeraar binnen een termijn van 105 dagen. Indien u een offerte wenst te bekomen dan kan u deze aanvragen via www.dkv.be.

GDPR

Voor al uw vragen omtrent onze privacyverklaring kan u terecht op onze website: <https://www.dkv.be/privacy>

**IN ELKE BRIEFWISSELING MET DKV, HET POLISNUMMER OF HET NUMMER OP UW MEDI-CARD® VERMELDEN
ALSOOK UW NAAM EN VOORNAAM.**

Wijzigingen in uw gezinssituatie dient u te melden aan uw personeelsdienst.

Indien gewenst kan u de volledige polisvoorwaarden inkijken op de HR-afdeling van uw werkgever.

U kan ons telefonisch bereiken op het telefoonnummer 02/287 64 11

NEEM ZEKER EEN KIJKE OP ONZE VERNIEUWDE WEBSITE EN ONTDEK WAT DKV U NOG MEER KAN BIEDEN !

De beste zorgen. Levenslang

Deze tekst is een samenvatting. Hieraan kunnen geen rechten ontleend worden. Enkel de polisvoorwaarden zijn bindend.