

VMOB Objectief Gezondheid Vlaanderen

HospiPlan&AmbuPlan - HospiPlus&AmbuPlus - HospiForfait - HospiContinu

Algemene voorwaarden op 1 januari 2012

Samenvatting van de statuten van
de VMOB Objectief Gezondheid Vlaanderen 250/01.
Deze statuten kunnen geraadpleegd worden op de zetel
van de VMOB Objectief Gezondheid Vlaanderen,
Statieplein 12 te 9300 Aalst of bij uw ziekenfonds.

**HospiPlan&AmbuPlan, HospiPlus&AmbuPlus,
HospiForfait, HospiContinu
zijn facultatieve hospitalisatie-
verzekeringen van:**

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (203)

Hoogstratenplein 1 te 2800 Mechelen
tel. 015-28 90 90

Vlaams Neutraal Ziekenfonds (235)

Statieplein 12 te 9300 Aalst
tel. 070-235 235



JAARPREMIE

	HospiPlan	AmbuPlan	HospiPlus	AmbuPlus
tot en met 25 jaar	€ 37,56	€ 1,56	€ 51,00	€ 2,16
van 26 tot en met 49 jaar	€ 127,92	€ 5,40	€ 169,80	€ 7,20
van 50 tot en met 64 jaar	€ 157,08*	€ 6,72*	€ 227,16*	€ 9,72*
vanaf 65 jaar	€ 227,76**	€ 9,72**	€ 368,88**	€ 15,72**

De bijdrage-aanpassing bij de overgang naar een hogere leeftijdscategorie, gaat in bij de
aanvang van het jaar waarin men respectievelijk 26, 50 of 65 wordt.

* Personen die aansluiten vanaf 55 jaar, en die geen gelijkaardige verzekering hadden,
betalen meteen het tarief vanaf 65 jaar.

** Personen die vóór 1 januari 2012, 83 jaar of ouder waren en die reeds bij een vorig ziekenfonds een gelijkaardige aansluiting had-
den, betalen € 385,56 (HospiPlan&AmbuPlan) en € 495,24 (HospiPlus&AmbuPlus).

De kennisgeving van een tariefaanpassing of aanpassing van de voorwaarden wordt bekend gemaakt in het leden-
magazine "Objectief Gezondheid".

Algemene bepalingen

1. Doel

De verzekeringen bieden bij ziekenhuisopname of bij ernstige ziekte een aanvullende of forfaitaire terugbetaling van de kosten die, na aftrek van de wettelijke tegemoetkomingen (ziekenfonds,...), nog ten laste blijven van de verzekerde.

2. Definities

a) "Verzekeringnemer": persoon die de verzekeringsovereenkomst afsluit, nadat het verzekeringsvoorstel door de VMOB werd aanvaard.

b) "Verzekerde": de hoofdverzekerde en de bijverzekerden. De verzekering kan worden afgesloten tot het einde van de maand van de 66^{ste} verjaardag.

c) "Hoofdverzekerde": degene ten behoeve van wie de ziekteverzekeringsovereenkomst wordt afgesloten en die als titularis is ingeschreven bij één van de aangesloten ziekenfondsen.

d) "Bijverzekerden": de gezinsleden van de hoofdverzekerde die bij de ziekteverzekeringsovereenkomst worden aangesloten en die in het kader van de ziekteverzekering worden beschouwd als personen ten laste.

e) "Ziekte": elke aantasting van de gezondheidstoestand die een andere oorzaak heeft dan een ongeval, en die erkend is door een arts die gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte zich voordoet.

f) "Zwangerschapsverwikkeling": in het kader van deze verzekering wordt verstaan onder "zwangerschapsverwikkelingen" volgende aandoeningen en behandelingen: de echte gestosen, placenta-aandoeningen, miskraam, zwangerschapsinstandhoudende ingrepen, ectopische zwangerschap, baarmoeder-curetage ten gevolge van zwangerschap, embryotomie.

g) "Medisch-geassisteerde fertilisatie": in het kader van de dienst verstaan we onder "medisch-geassisteerde fertilisatie" de medische technieken die de bevruchting beogen: o.a. kunstmatige inseminatie, in-vitrofertilisatie (IVF) en intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI).

h) "Ongeval": elke plotselinge gebeurtenis, die een lichamelijk letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken vreemd is aan het organisme van het slachtoffer. De letsels moeten worden vastgesteld door een arts die gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat het ongeval zich voordoet.

i) "Bestaande aandoening": elke aandoening of ziekte die de verzekerde heeft op het moment van de datum van de ondertekening van de medische vragenlijst, welke hetzij op de medische vragenlijst is vermeld, hetzij – al dan niet opzettelijk – niet op de medische vragenlijst is vermeld, maar op de datum van ondertekening van de medische vragenlijst door de aanvrager minstens in symptomen is gekend.

j) "Zwangerschap": zwangerschap op het moment van de aansluiting wordt beschouwd als een "bestaande toestand" en wordt bewezen door een bevalling binnen de 9 maanden na ondertekening van de medische vragenlijst, behoudens tegenbewijs van vroeggeboorte door een medisch verslag.

k) "Ziekenhuisopname": elk verblijf waarbij minstens één ligdag werd aangerekend door een ziekenhuis dat als dusdanig wettelijk is

erkend en dat over wetenschappelijk beproefde diagnose- en therapeutische middelen beschikt. Komen niet in aanmerking: niet-erkende ziekenhuizen en revalidatiecentra, medisch-pedagogische instellingen, rusthuizen, geriatrische instellingen en diensten gebruikt voor het gewoon verblijf van bejaarden, diensten of instellingen gebruikt voor het gewoon verblijf van kinderen of herstellenden, rust- en verzorgingstehuis, bad- en kuurinstellingen.

De tegemoetkoming is slechts verschuldigd in geval van hospitalisatie in een dienst (tabel Riziv - codificatietabel van de ziekenhuisdiensten):

- 19 Dienst niet-intensieve neonatale verzorging
- 20 Dienst voor de behandeling van tbc
- 21 Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
- 22 Dienst voor diagnose en medische behandeling
- 23 Dienst voor kindergeneeskunde
- 24 Dienst voor gewone ziekenhuisverpleging
- 25 Dienst voor besmettelijke ziekten
- 26 Kraamdienst of kraamkliniek
- 27 Dienst voor vroeggeborene en zwakke pasgeborene
- 29 Eénheid voor behandeling van zware brandwonden
- 30 Dienst voor geriatric
- 34 Dienst voor kinderneuropsychiatrie K (*)
- 37 Dienst voor neuropsychiatrie A (*)
- 41 Psychiatrische dienst T (*)
- 49 Dienst voor intensieve zorgen
- 61-69 Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie voor: (*)

- 61 Cardio-pulmonaire aandoeningen
- 62 Locomotorische aandoeningen
- 63 Neurologische aandoeningen
- 64 Chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn
- 65 Chronische polyopathieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn
- 66 Psychogeriatrische aandoeningen
- 69 Chronische aandoeningen

Gipskamer
(*) De tussenkomst in deze dienst wordt beperkt tot maximum € 1.000 bij HospiPlan en tot maximum € 2.000 bij HospiPlus per kalenderjaar. De formule HospiForfait voorziet een tussenkomst tot max. 30 dagen per kalenderjaar.

l) "Psychiatrie": hospitalisatie in een dienst (met als omschrijvingen tabel van het RIZIV - codificatietabel van de ziekenhuisdiensten):

- * 34 Dienst voor kinderneuropsychiatrie
- * 37 Dienst voor neuropsychiatrie
- * 41 Psychiatrische dienst

m) "Vrijstelling": het gedeelte van de gewaarborgde dekking dat in elk geval ten laste blijft van de verzekerde, en waarvan het bedrag vastgesteld is in de verzekeringsovereenkomst.

n) "Wettelijke tegemoetkoming":

- voor de in België gedane kosten: elke uitkering voorzien in het kader van de Belgische wetgevingen op het gebied van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, arbeidsongevallen en beroepsziekten;
- voor de in het buitenland gedane kosten: elke terugbetaling waarin een met het desbetreffende land afgesloten overeenkomst op het gebied van de sociale zekerheid voorziet, of bij gebreke hieraan een fictief bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgevingen van toepassing op de algemene regeling.

o) "Wachttijd": de periode die ingaat op datum van inwerkingtreding van de dekking en gedurende welke geen enkele prestatie verschuldigd is.

3. Wie kan aansluiten?

Elke aangeslotene van één van de volgende ziekenfondsen:

- 203, Vlaams & Neutraal Ziekenfonds**
Hoogstratenplein 1, 2800 Mechelen
- 235, Vlaams Neutraal Ziekenfonds**
Statieplein 12, 9300 Aalst.

De verzekerde moet in regel zijn met de ziekenfondsbijdrage.

De aansluiting is slechts mogelijk tot het einde van de maand van de 66^{ste} verjaardag. Met uitzondering voor personen die op het moment van intredende mutatie reeds bij een soortgelijke dienst aangesloten waren bij hun vorig ziekenfonds. Een bewijs dient te worden voorgelegd.

Pasgeborenen worden ingeschreven in de formule van één van de ouder(s) onder voorbehoud dat de pasgeborene effectief als lid wordt ingeschreven bij één van de in dit artikel vermelde ziekenfondsen. De premie is verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgend op de geboorte.

4. Afsluiting en duur van de overeenkomst

De verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten door middel van aansluitingsdocumenten. De ondertekening van de aansluitingsverklaring brengt geen dekking mee.

De dekking gaat echter pas in ten vroegste het begin van de maand na ontvangst door de VMOB van de ondertekende aanvraag of de ontvangst van de aanvaarding.

De verzekeringnemer en de VMOB kunnen de overeenkomst opzeggen binnen een termijn van 14 dagen na ontvangst door de VMOB van de aanvraag of de aanvaarding. De volledige en correct ingevulde medische vragenlijst en de eventuele bijkomende medische gegevens zijn indicatief voor de raadgevende arts om tot de volgende gemotiveerde beslissingen over te gaan (in het behandelen van de medische gegevens respecteert de VMOB strikt het medisch geheim):

a) aanvaarding, maar met een beperking in de tegemoetkoming zoals in de specifieke verzekering voorzien (zie ook punt 11).

b) aanvaarding zonder beperkingen voor de personen die geen of slechts een mineure aandoening vertonen.

c) weigering van aansluiting is alleen mogelijk vanaf het moment dat de persoon 66 jaar is, of indien hij niet voldoet aan de aansluitingsvoorwaarden.

Verzekering is slechts mogelijk tot de laatste dag van de maand van de 66^{ste} verjaardag van de verzekerde.

Bij afsluiting bedraagt de premie een gedeelte van de jaarpremie die overeenkomt met de nog resterende maanden tot het jaareinde.

De aansluiting geldt voor onbeperkte duur. Tijdens de duur van het contract verbindt de verzekeringnemer zich ertoe elke wijziging van woonplaats, bankrekeningnummer, burgerlijke staat, gezinssituatie, enz. mee te delen aan de VMOB.

5. Einde van de overeenkomst

Personen die om één of andere reden ontslag willen nemen, dienen dit schriftelijk te melden aan de VMOB. De opzegtermijn bedraagt één maand en gaat in op de eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst van het schriftelijk verzoek tot ontslag.

De postdatum geldt als bewijs.

Verzekerden die muteren naar een ander ziekenfonds dan de hierboven vermelde ziekenfondsen worden automatisch ontslagen voor

deze verzekering.

De overeenkomst wordt stopgezet bij niet betaling van de premie, onder de volgende voorwaarden. Wanneer de verzekeringnemer de premie niet betaalt, zal de VMOB aan de verzekeringnemer een ingebrekestelling bij deurwaardersexploot of bij aangetekende brief verzenden, waarin de verzekeringnemer wordt aangemaand om de premie te betalen binnen ten minste 15 dagen na betekening of afgifte van de aangetekende ingebrekestelling. Na deze termijn heeft de schorsing van de dekking uitwerking.

De verzekeringnemer kan een einde maken aan de schorsing door betaling van de achterstallige premies en eventueel verschuldigde interesten.

Indien de VMOB zich bij de ingebrekestelling het recht heeft voorbehouden de overeenkomst op te zeggen, wordt deze opzegging van kracht ten vroegste 15 dagen na de eerste dag van de schorsing.

Indien het recht van opzegging niet werd voorbehouden bij de ingebrekestelling, dient de VMOB een nieuwe aanmaning te betekenen die slechts uitwerking heeft na minimaal 15 dagen.

Na ingebrekestelling behoudt de VMOB het recht op de nog te vervallen premies voor maximaal 2 opeenvolgende jaren.

6. Premies

De premies zijn jaarlijks betaalbaar per overschrijving of per kwartaal via domiciliëring. Er wordt slechts een premie aangerekend voor maximum drie kinderen. Geen enkele verzekerde heeft recht op enige terugbetaling zolang hij de betrokken periode niet volledig heeft betaald. De VMOB behoudt zich het recht voor de jaarlijkse premie aan te passen. De kennisgeving van een premie-aanpassing of aanpassing van de voorwaarden wordt gepubliceerd in het ledenmagazine "Objectief Gezondheid".

De premies zijn vrijgesteld van de jaarlijkse taks op de verzekeringsverrichtingen van 9,25 % zoals voorzien in artikel 175/1 van het Wetboek diverse rechten en taken, met uitzondering van de aanvullende waarborg "ernstige ziekte" AmbuPlan en AmbuPlus. Op grond van artikel 2 van het KB van 19 april 1993 is tevens een Riziv-bijdrage van 10 % verschuldigd op de premie, met uitzondering van HospiForfait formule 3.

7. Communicatie en overhandiging van documenten

De verzekerde en de verzekeringnemer worden geacht hun adres te hebben op het adres dat is opgegeven bij het afsluiten van de overeenkomst. Dit adres geldt als gekozen woonplaats, behoudens indien de VMOB uitdrukkelijk en schriftelijk werd ingelicht over een wijziging van dit adres.

De verzekerde en de verzekeringnemer zijn verplicht alle aangetekende of andere correspondentie vanwege de VMOB of haar lasthebbers te aanvaarden op hun adres. In geval van weigering van deze brieven en correspondentie, worden deze beschouwd te zijn aangekomen.

De partijen kunnen overeenkomen dat de correspondentie per e-mail of fax wordt aanvaard als volledig bewijs. Indien de VMOB een e-mail of fax van de verzekerde ontvangt of antwoordt op een fax of e-mail van de VMOB, wordt dit beschouwd als een toestemming vanwege de betrokkene voor de VMOB om op dezelfde manier te communiceren.

8. Cumulatie van dekking

Er wordt geen dekking voorzien voor onkosten die gewaarborgd kunnen worden:

- door de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals deze georganiseerd wordt door de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet en haar uitvoerings-K.B.'s en door het K.B. van 30 juni 1964;
- door de wetgevingen in verband met de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971 en uitvoerings-K.B.'s) en met de beroepsziekten (wet van 3 juni 1970 en uitvoerings-K.B.'s)
- door de E.U.-verordeningen nrs. 1408/71 en 574/72 of door een multilaterale of bilaterale sociale zekerheidsovereenkomst gesloten door België;
- door de dienst 'dringende zorgen in het buitenland' van de verzekeringsinstellingen;
- door eender welk ander verzekeringscontract waarvan de aangeslotene geniet.

9. Wachtijd

Een hospitalisatie die aanvangt tijdens de wachttijd en die voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd. De algemene wachttijd voor ziekte & zwangerschap is drie maanden. Voor bestaande aandoeningen is de wachttijd 12 maanden. Voor "medisch-geassisteerde fertilisatietechnieken" is de wachttijd 12 maanden.

Deze wachttijd vervalt echter:

- a. bij ongevallen;
 - b. bij alle acute, levensbedreigende infectieziekten die niet door eenvoudige en algemeen erkende vaccinaties kunnen vermeden worden (of optreden vóór de normale vaccinatieperiode);
 - c. voor pasgeborenen, op voorwaarde dat een van de ouders verzekerd is bij de VMOB en de pasgeborene ten laste is van een hoofdverzekerde die aangesloten is bij de VMOB. De premie is verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgend op de geboorte.
- Voor de personen die al een andere verzekeringsovereenkomst hebben afgesloten bij de VMOB die een gelijkaardige dekking biedt, wordt de al verlopen wachttijd uit de eerste overeenkomst in mindering gebracht van de wachttijd uit de nieuwe overeenkomst.

10. Overgang tussen de verschillende verzekeringsproducten

Behoudens uitzondering hieronder weergegeven, kan de verzekeringnemer slechts van formule veranderen op voorwaarde dat hij minstens één jaar ononderbroken aangesloten is geweest bij de oorspronkelijke formule en er de premie heeft betaald.

Overgang van HospiPlan naar HospiPlus, van HospiForfait naar HospiPlan of naar HospiPlus en van HospiForfait naar een formule met hogere tussenkomst wordt beschouwd als een verhoging van dekking.

Overgang naar een lagere dekking kan vanaf het begin van de maand die volgt op de datum van ondertekening van de nieuwe overeenkomst en opzegging van de oude overeenkomst.

Overgang naar een hogere dekking kan tot de leeftijd van 65 jaar en mits:

- * ondertekening van een nieuwe overeenkomst;
- * opzegging van de oude overeenkomst;
- * invullen van een nieuwe medische vragenlijst.

De overgang gaat ten vroegste in vanaf begin van de maand die volgt op de datum van ondertekening van de nieuwe medische

vragenlijst. De raadgevende arts kan op basis van de correct ingevulde medische vragenlijst de overstap aanvaarden met of zonder beperking van de tegemoetkoming.

De beperkingen die al gelden, blijven van toepassing. De overgang gaat gepaard met een nieuwe wachttijd. Tijdens de wachttijd behoudt de verzekerde dekking volgens de modaliteiten van de oorspronkelijke overeenkomst. Bij lopende hospitalisatie vindt de overgang pas ten vroegste plaats op het einde van de hospitalisatie.

Bij omschakeling van formule van HospiPlan&AmbuPlan naar HospiPlus&AmbuPlus en van HospiPlus&AmbuPlus naar HospiPlan&AmbuPlan bedraagt de maximale dekking per kalenderjaar voorzien door HospiPlus&AmbuPlus.

Bij de omschakeling tussen de formules HospiForfait bedraagt de dagvergoeding nooit meer dan 90 dagen per kalenderjaar voor de formules samen.

11. Aansluiting met bestaande aandoeningen/bestaande toestand

De medische vragenlijst en de eventuele bijkomende medische gegevens zijn indicatief voor de raadgevende geneesheer van de VMOB om tot één van de volgende beslissingen over te gaan:

- a) aansluiting, maar met een definitieve beperking voor een bestaande aandoening;
- b) aansluiting, maar met een beperking in de tegemoetkoming gedurende een periode van drie jaar voor een bestaande aandoening;
- c) aansluiting zonder medische voorwaarden.

Indien een verzekerde zwanger is op het moment van de vraag tot aansluiting, dan is zij verplicht dit te melden op de medische vragenlijst. Voor de op de medische vragenlijst vermelde toestand (zwangerschap) en de gevolgen hiervan wordt er in een dekking voorzien voor een vooraf bestaande toestand. Een bevalling of zwangerschapsverwikkeling binnen de negen maanden, te rekenen vanaf de eerste dag van aansluiting, zal steeds als bestaande toestand beschouwd worden ook al werd er geen melding van gemaakt op de medische vragenlijst.

Wat met een bestaande aandoening?

Voor de aandoeningen of ziekten die bestaan op het moment van de aansluiting geldt steeds een wachttijd van 12 maanden.

Nadien bent u voor opnames ten gevolge van bestaande aandoeningen wel verzekerd, met uitsluiting van alle ereloon- en kamersupplementen.

Voor bevallingen binnen de 9 maanden na de aansluiting worden deze supplementen eveneens niet terugbetaald.

12. Uitsluitingen

De producten en behandelingen die het voorwerp uitmaken van de hieronder vermelde uitsluitingen zijn soms noodzakelijk en worden soms vergoed door het ziekenfonds. Beide mogelijkheden kunnen echter niet als verschoningsgrond ingeroepen worden ter afwijking van de hieronder vermelde uitsluitingen.

A. Worden niet terugbetaald:

- a) de orthopedische zolen, loopzolen, orthopedische schoenen en voetheffers, rolwagens en toebehoren, breukbanden, buikgordels of lumbostaten, brillen, contactlenzen, zichtcorrecties, inwendige en uitwendige gehoorapparaten, beugels, halssteunen, verbanden, incontinentiemateriaal, ...;

- b) producten voor hygiëne en lichaamsverzorging, dieet- en voedingsproducten, comfortartikelen, babyproducten, thermometer, ...;
- c) de kosten voor drank, telefoon, televisie;
- d) sanitair materiaal;
- e) tandkronen, stiften, tandprothesen, tandkasimplantaten, kaakbeentent en opvullingen, orthodontie;
- f) de kosten van ambulante behandelingen op een dienst spoedgevallen en de daaruit voortvloeiende kosten;
- g) de kosten van het funerarium;
- h) de kosten voor psychologische raadplegingen, dieetconsultaties voor zover ze niet werden opgenomen op de officiële nomenclatuur van de ziekte- en invaliditeitsuitkering (Ziv).

B. Tenzij anders vermeld bij de waarborgen gelden de volgende uitsluitingen; ze betreffen de ziekenhuisopname wegens:

- b) volgende behandelingen en hun rechtstreekse gevolgen: wegname op om het even welke manier van vetweefsels, vergroting met of zonder implantaat van de borsten, reconstructies van de borsten, oorstandcorrecties, neusvormwijzigingen, haarimplantatie, lifting, verwijderen van rimpels, tatoeages, piercing, peeling, heelkundige of mechanische behandeling van obesitas, behandelingen voor camouflage, verandering of wijziging van de uitwendige geslachtsorganen, sterilisatie, anticonceptieve behandeling en abortus; plastische heelkunde, verjongingskuren, esthetische behandelingen, comfortbehandelingen, behandelingen die de contouren van het lichaam wijzigen;
- c) aandoeningen en ongevallen tengevolge van bewezen misbruik van alcohol, drugs, narcotica, geneesmiddelen, intoxicaties en dopingproducten;
- d) behandelingen van aandoeningen, gebreken of handicaps die manifest bestonden vóór de aansluitingsdatum maar die niet werden vermeld op de medische vragenlijst. Voor een voorafbestaande aandoening wordt voorzien in een beperkte dekking;
- e) alle behandelingen van de gevolgen van oorlog, oproer, opstand, onlusten, rellen en collectieve gewelddaden indien betrokkene er vrijwillig aan deelnam;
- f) alle behandelingen voor de gevolgen van het beoefenen van: sport als betaalde activiteit, trainingen inbegrepen en gevaarlijke vrijetijdssporten waaronder: alle luchtvaartssporten (o.m. deltavliegen, valschermpringen, zweefvliegen,...), risicovolle wintersporten (o.m. schansspringen, bobslee, skeleton, rodelen, skiën of snowboarden buiten de piste,...), gemotoriseerde sporten, alpinisme, steeple-chase, jumping, benji, duiken met aqualong en speleologie;
- g) roekeloze of opzettelijke daden, vechtpartijen, weddenschappen;
- h) vrijwillige verminking of zelfmoordpoging;
- i) niet medische radioactieve stralingen of uitwerking van radioactieve stoffen;
- j) uitzonderlijke behandelingen die duidelijk geen algemene medisch-academische goedkeuring genieten.

C. De volgende diensten komen niet in aanmerking voor een tegemoetkoming (tabel van het Riziv "codificatietabel van de ziekenhuisdiensten"):

- 35 Ziekenhuisverpleging overdag in dienst K
- 36 Ziekenhuisverpleging 's nachts in dienst K

- 38 Ziekenhuisverpleging overdag in dienst A
- 39 Ziekenhuisverpleging 's nachts in dienst A
- 42 Ziekenhuisverpleging overdag in dienst T
- 43 Ziekenhuisverpleging 's nachts in dienst T
- 44 Gezinsverpleging in ziekenhuis
- 45 Gezinsverpleging in gezin
Dienst spoedgevallen

13. Schaderegeling

De verzekerde moet een aangifte indienen aan de hand van het schade-aangifteformulier. Bij deze verklaring dient de verzekerde elk origineel document, factuur, verklaring en medisch rapport te voegen als bewijs van het bestaan en de ernst van het ongeval of medische aandoening. Een kopie is niet voldoende.

De VMOB kan elk aanvullend stuk eisen dat zij nodig acht. De dekkingen van deze verzekering worden slechts verleend voor zover de VMOB het recht heeft op ieder ogenblik de gezondheidstoestand van de verzekerde door de raadgevende geneesheer te laten controleren. Daarenboven zal de verzekerde zijn behandelende geneesheer toelating verlenen om de raadgevende geneesheer van de VMOB alle inlichtingen i.v.m. zijn gezondheidstoestand te verstrekken. Bij de behandeling van de medische gegevens is de VMOB gehouden het medisch geheim strikt te respecteren. Bij onenigheid tussen de geneesheer van de verzekerde en die van de VMOB zullen de betrokken partijen een derde dokter aanwijzen ten einde tot een beslissing te komen. Indien over deze aanwijzing geen akkoord bereikt wordt, zal de keuze gedaan worden door de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de verzekerde. De derde geneesheer zal onherroepelijk beslissen. De kosten voor aanstelling van de derde arts en de vereffening van zijn honorarium zullen voor de helft door beide partijen gedragen worden.

14. De verjaring

De vordering tot terugbetaling van verstrekkingen verjaart na twee jaar, te rekenen vanaf het einde van de maand volgend op het beëindigen van de prestaties waarvoor tussentijd wordt gevraagd.

Waarborgformules

U hebt de keuze uit meerdere formules: HospiPlan&AmbuPlan, HospiPlus&AmbuPlus, HospiForfait of HospiContinu.

Waarborgformule: HospiPlan

A. In geval van ziekenhuisopname:

Bij ziekenhuisopname in België wegens ziekte, ongeval, zwangerschapsverwickelingen of (thuis)bevalling dekt HospiPlan voor de verzekerde de terugbetaling van de volgende kosten:

- a) de verblijfkosten voor een éénpersoonskamer, beperkt tot € 50 per opnamedag;
- b) de remgelden, persoonlijke aandelen en forfaitaire bedragen die wettelijk ten laste zijn van de rechthebbende;
- c) de farmaceutische producten;
- d) de erelonen en ereloonsupplementen, beperkt tot 100 % boven de bedragen van de wettelijke tegemoetkomingen;
- e) de kosten voor endoscopisch- en viscerosynthesemateriaal, bepaalde implantaaten, therapeutische prothesen en orthopedi-

sche apparaten, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname en in rechtstreeks verband staan met de chirurgische ingreep, beperkt tot € 2.500 per kalenderjaar;

- f) medisch noodzakelijke tandextracties uitgevoerd in een ziekenhuis onder verdoving;
- g) de kosten voor medische handelingen tijdens een "daghospitalisatie", op voorwaarde dat er een ligdag werd aangerekend;
- h) de prestaties waarvoor de officiële nomenclatuur niet tussenkomt aan 50 %, beperkt tot € 500 per kalenderjaar. De parafarmaceutische producten en de diverse kosten beperkt tot € 125 per kalenderjaar;
- i) de verblijfkosten (rooming-in) van: een ouder in de kamer van het kind jonger dan 12 jaar; van de begeleider van een gehandicapt of afhankelijk persoon; met een max. van € 15 per dag en beperkt tot 14 dagen per kalenderjaar;
- j) éénmalige tussenkomst van max. € 500 voor de kosten van de medisch-geassisteerde fertilisatie;
- k) Éénmalige tussenkomst voor de kosten van borstreducties en obesitasbehandeling en de gevolgen er van, tot max. € 1.000 op voorwaarde dat deze behandelingen door de verplichte ziekteverzekering ten laste worden genomen. Het maximumbedrag geldt voor de beide behandelingen samen.
- l) de kosten verbonden aan het donorschap, beperkt tot € 500 per kalenderjaar;
- m) de kosten voor thuisbevalling en poliklinische bevalling voor een bedrag van max. € 500 per bevalling. Dit zijn de kosten die in verband staan met de zwangerschap en bevalling 30 dagen vóór en 90 dagen na de geboorte; de kosten van de erelonen en ereloonsupplementen van medische en paramedische zorgverstrekkers voor zover deze voorkomen op een officiële nomenclatuur en aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming en geneesmiddelen, alsook de kosten van kraamzorg voor een bedrag van max. € 200 (max. € 5 per gepresteerd uur kraamzorg);
- n) de kosten van plastische, reparatieve heelkunde in volgende gevallen: wegname van (pre-)cancerouse letsels, herstel van een belangrijk huiddeficit, herstellende heelkunde na mutilerend ongeval, na mutilerende behandeling of bij belangrijke letsels vastgesteld bij pasgeborenen;
- o) sporten en vrijetijdsactiviteiten die algemeen als weinig gevaarlijk worden beschouwd en die geen betaalde activiteit zijn;
- p) de kosten voor de opnames die uitgesloten zijn volgens artikel 12 B, kunnen voor 50 % van de totale gedekte opnamekosten terugbetaald worden, indien het over twee ingrepen tijdens één en dezelfde opname gaat waarvan er één uitgesloten is volgens de bepalingen van artikel 12 B "uitsluitingen".

B. In geval van bestaande aandoeningen

In geval van ziekenhuisopname en dagopname in België voor bestaande aandoeningen en de gevolgen hiervan of een bestaande toestand (zwangerschap) wordt dezelfde waarborg verstrekt als de algemene waarborgformule, met uitsluiting van de supplementen. Voor deze bestaande aandoeningen geldt een wachttijd van 12 maanden. Voor bevallingen binnen de 9 maanden na aansluiting worden de supplementen niet terugbetaald.

C. Buitenland

Er wordt eveneens een tegemoetkoming voorzien voor de kosten verbonden aan een

opname in het buitenland, beperkt tot € 100 per opnamedag en tot max. 10 dagen per kalenderjaar te rekenen vanaf de dag van opname.

D. Omvang van de waarborg

De maximale tegemoetkoming van HospiPlan is beperkt tot € 15.000 per kalenderjaar en per verzekerde.

Voor de diensten 34, 37, 41 en 61-69 is de maximale tussenkomst beperkt tot € 1.000 per kalenderjaar voor het totaal van de waarborgen voorzien door deze formule.

De maximale tegemoetkoming wordt beperkt tot 180 dagen per kalenderjaar en per verzekerde.

Waarborgformule: HospiPlus

A. In geval van ziekenhuisopname:

Bij ziekenhuisopname in België wegens ziekte, ongeval, zwangerschapsverwikkelingen of (thuis)bevalling dekt HospiPlus voor de verzekerde de terugbetaling van de volgende kosten:

- a) de verblijfkosten voor een éénpersoonskamer;
- b) de remgelden, persoonlijke aandelen en forfaitaire bedragen die wettelijk ten laste zijn van de rechthebbende;
- c) de farmaceutische producten;
- d) de erelonen en ereloonsupplementen, beperkt tot 200 % boven de bedragen van de wettelijke tegemoetkomingen;
- e) de kosten voor endoscopisch- en viscerosynthesemateriaal, bepaalde implantaten, therapeutische prothesen en orthopedische apparaten, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname en in rechtstreeks verband staan met de chirurgische ingreep, beperkt tot € 5.000 per kalenderjaar;
- f) medisch noodzakelijke tandextracties uitgevoerd in een ziekenhuis onder verdoving;
- g) de kosten voor medische handelingen tijdens een "daghospitalisatie", op voorwaarde dat er een ligdag werd aangerekend;
- h) de prestaties waarvoor de officiële nomenclatuur niet tussenkomt aan 100 %, beperkt tot € 1.000 per kalenderjaar. De parafarmaceutische producten en de diverse kosten beperkt tot 250 euro per kalenderjaar;
- i) de verblijfkosten (rooming-in) van: een ouder in de kamer van het kind jonger dan 12 jaar; van de begeleider van een gehandicapt of afhankelijk persoon; met een max. van € 30 per dag en beperkt tot 14 dagen per kalenderjaar;
- j) éénmalige tussenkomst van max. € 1.000 voor de kosten van de medisch-geassisteerde fertilisatie;
- k) Eenmalige tussenkomst voor de kosten van borstreducties en obesitasbehandeling en de gevolgen er van, tot max. € 2.000 op voorwaarde dat deze behandelingen door de verplichte ziekteverzekering ten laste worden genomen. Het maximumbedrag geldt voor de beide behandelingen samen.
- l) de kosten verbonden aan het donorschap, beperkt tot € 1.000 per kalenderjaar;
- m) de kosten van aangepast vervoer met ambulance om medische redenen of van het ene ziekenhuis naar het andere om medische redenen, beperkt tot € 250 per kalenderjaar. De kosten van aangepast vervoer met een helikopter verantwoord door dringende medische redenen tot max. € 1.000 per kalenderjaar;
- n) de kosten voor thuisbevalling en poliklini-

sche bevalling voor een bedrag van max. € 1.000 per bevalling. Dit zijn de kosten die in verband staan met de zwangerschap en bevalling, 30 dagen vóór en 90 dagen na de geboorte; de kosten van de erelonen en ereloonsupplementen van medische en paramedische zorgverstrekkers, voor zover deze voorkomen op een officiële nomenclatuur en aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming, en geneesmiddelen, alsook de kosten van kraamzorg voor een bedrag van max. € 400 (max. € 5 per gepresteerd uur kraamzorg);

- o) de medische kosten en geneesmiddelen, indien voorgeschreven door de behandelende arts en die rechtstreeks verband houden met de gedekte ziekenhuisopname gedurende 30 dagen vóór en 90 dagen na de beëindiging van de opname, beperkt tot € 250 per kalenderjaar. Onder medische kosten wordt uitsluitend verstaan: de erelonen en ereloonsupplementen van medische en paramedische zorgverstrekkers voor zover deze voorkomen op een officieel erkende nomenclatuur en die aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming;
- p) de kosten van plastische, reparatieve heelkunde in volgende gevallen: wegname van bewezen (pre-)canceruze letsels, herstel van een belangrijk huiddeficit, herstellende heelkunde na mutilerend ongeval, na mutilerende behandeling of bij belangrijke letsels vastgesteld bij pasgeborenen;
- q) sporten en vrijetijdsactiviteiten die algemeen als weinig gevaarlijk worden beschouwd en die geen betaalde activiteit zijn;
- r) de kosten voor de opnames die uitgesloten zijn volgens artikel 12 B, kunnen voor 50 % van de totale gedekte opnamekosten terugbetaald worden, indien het over twee ingrepen tijdens één en dezelfde opname gaat waarvan er één uitgesloten is volgens de bepalingen van artikel 12 B "uitsluitingen".

B. In geval van bestaande aandoeningen

In geval van ziekenhuisopname en dagopname in België voor bestaande aandoeningen en de gevolgen hiervan of een bestaande toestand (zwangerschap) wordt dezelfde waarborg verstrekt als de algemene waarborgformule, met uitsluiting van de supplementen. Voor deze bestaande aandoeningen geldt een wachttijd van 12 maanden. Voor bevallingen binnen de 9 maanden na aansluiting worden de supplementen niet terugbetaald.

C. Buitenland

Er wordt eveneens een tegemoetkoming voorzien voor de kosten verbonden aan een opname in het buitenland, beperkt tot € 250 per opnamedag en beperkt tot max. 10 dagen per kalenderjaar te rekenen vanaf de dag van opname.

D. Omvang van de waarborg

De maximale tegemoetkoming van HospiPlus is onbeperkt.

Voor de diensten 34, 37, 41 en 61-69 wordt de tussenkomst beperkt tot € 2.000 per kalenderjaar voor het totaal van de waarborgen voorzien door deze formule.

De maximale tegemoetkoming wordt beperkt tot 180 dagen per kalenderjaar en per verzekerde.

Vrijstelling HospiPlan - HospiPlus

Er is per aangeslotene en per kalenderjaar een éénmalige vrijstelling van € 125 bij opname in een éénpersoonskamer die op de tus-

senkomst in mindering zal gebracht worden. Een ziekenhuisopname die zowel een verblijf op een meerpersoonskamer als op een éénpersoonskamer bevat, wordt beschouwd als een volledige hospitalisatie op een éénpersoonskamer.

Aanvullende waarborg ernstige ziekten: AmbuPlan-AmbuPlus

Deze extra verzekering voorziet een tussenkomst in de ambulante kosten ernstige ziekte. Deze aanvullende waarborg kan echter geweigerd worden voor de bestaande aandoeningen.

Worden als ernstige ziekte beschouwd: alle kwaadaardige woekeringen, bv. carcinoom, leukemie, uitgebreid melanoom, ziekte van Hodgkin, Kahler; ziekten die dementie veroorzaken; zware chronische aandoeningen van het zenuwstelsel, van het musculair stelsel en van het bindweefsel: bv. multiple sclerose, Parkinson, ALS, lidmaatverlammingen, spierdystrofie, sclerodermie, sarcoidose, hersenontstekingen; nierinsufficiëntie die dialyse vergt; vaatziekten die tot lidmaatamputatie leiden; transplantatie van grote organen; chronische handicaperende aandoeningen zoals insuline-afhankelijke diabetes; AIDS; mucoviscidose; hemofilie en niet-alcoholische cirrose.

Voor deze ziekten wordt de dekking bovendien uitgebreid tot de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten die aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming en die in rechtstreeks verband staan met de ziekte.

Worden gedekt:

- a) de kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte;
- b) de kosten voor het huren van allerlei medisch en sanitair materiaal;
- c) de farmaceutische producten, indien voorgeschreven door de behandelende arts en rechtstreeks verband houdend met de ziekte;
- d) de kosten van medisch verantwoord vervoer door ambulance, taxi of eigen wagen (met een tussenkomst van € 0,20 per km voor privé-vervoer). De kosten voor het vervoer zijn beperkt tot maximum € 250 per kalenderjaar;
- e) alle andere kosten waarmee vooraf schriftelijk werd ingestemd door de raadgevende geneesheer van de VMOB op basis van een medisch attest.

Indien de aanvullende waarborg AmbuPlan wordt onderschreven bij HospiPlan bedraagt de maximale prestatie 1.250 euro per kalenderjaar.

Indien de aanvullende waarborg AmbuPlus wordt onderschreven bij HospiPlus bedraagt de maximale prestatie 2.500 euro per kalenderjaar.

De aanvullende waarborg AmbuPlan kan enkel onderschreven worden als men ook voor HospiPlan aangesloten is. De stopzetting van HospiPlan betekent ook automatisch de stopzetting van AmbuPlan.

De aanvullende waarborg AmbuPlus kan enkel onderschreven worden als men ook voor HospiPlus aangesloten is. De stopzetting van HospiPlus betekent ook automatisch de stopzetting van AmbuPlus.

AmbuPlan kan niet gecombineerd worden met HospiPlus. AmbuPlus kan niet gecombineerd worden met HospiPlan.

Waarborgformule: HospiForfait

Doel

HospiForfait verleent een forfaitaire tussenkomst bij opname in een erkend ziekenhuis in België en is perfect cumuleerbaar met andere kostendekkende hospitalisatieverzekeringen, zoals bv. HospiPlan of HospiPlus.

U hebt de keuze uit 3 formules:

Formule 1: 50 euro forfaitair per opnamedag

Formule 2: 25 euro forfaitair per opnamedag

Formule 3: 12,25 euro forfaitair per opnamedag

Dit forfaitaire bedrag wordt uitgekeerd bij hospitalisatie door ziekte, ongeval, zwangerschap en/of bevalling vanaf de eerste opnamedag tot en met de 90^{ste} dag.

Op een dienst 34 kinderneuropsychiatrie, dienst 37 neuropsychiatrie, dienst 41 psychiatrie en op de diensten 61 t.e.m. 69 gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie, is de tussenkomst beperkt tot max. 30 dagen per kalenderjaar voor deze diensten samen.

Vanaf 65 jaar wordt de forfaitaire daguitkering pas vanaf de 4^{de} opnamedag betaald.

■ Jaarpremie 2012

	Formule 1 € 50 per opnamedag	Formule 2 € 25 per opnamedag	Formule 3 € 12,25 per opnamedag
0-25 jaar:	€ 24	€ 12	€ 6
26-49jaar:	€ 96	€ 48	€ 24
50-64 jaar*:	€ 120	€ 60	€ 30
Vanaf 65 jaar:	€ 156	€ 78	€ 39

* Personen die aansluiten vanaf 55 jaar, en die geen gelijkaardige verzekering hadden, betalen meteen het tarief vanaf 65 jaar.

In geval van bestaande aandoening is er een wachttijd van 12 maanden.

De premieaanpassing gaat in vanaf het begin van het jaar waarin men 26, 50 of 65 jaar wordt.

Vanaf het vierde kind is er geen premie meer verschuldigd.

Waarborgformule: HospiContinu

Doel

Deze verzekering garandeert u continuïteit wanneer u een hospitalisatieverzekering geniet bij de werkgever en u had HospiPlan of HospiPlus of u wenst na de werkgeververzekering zonder formaliteiten over te kunnen stappen naar HospiPlan of HospiPlus.

Als u via de werkgever een hospitalisatieverzekering gratis aangeboden krijgt, dan behoort u tot de gelukkigen. Maar de tijd staat niet stil: u verandert van werkgever, u wordt ontslagen, u gaat met pensioen... allemaal momenten waarop de verzekering kan stoppen en dan...moet u op zoek naar een andere verzekering met eventueel een nieuwe wachttijd, beperkingen in de tussenkomst omwille van bestaande aandoeningen enz.

U kan dit vermijden door voor HospiContinu te kiezen. Uw aansluiting garandeert u dat u ten allen tijde (terug) kan instappen in HospiPlan of HospiPlus zonder bijkomende medische formaliteiten, nieuwe beperkingen of wachttijd (ten laatste op 65 jaar stapt u terug in). U ontvangt bovendien van HospiContinu een extra vergoeding van max. 10 euro per opnamedag voor de kosten waarvoor uw verzekering niet tussenkomst (bv. door een franchise).

■ Jaarpremie 2012

Tot 25 jaar:	€ 12,72
Van 26 tot 49:	€ 27,24
Vanaf 50 jaar:	€ 100,56
Wie aansluit vanaf 60 jaar:	€ 207,96



Deze tekst heeft een louter informatief karakter en tracht enkel een overzicht te geven van de bepalingen die vermeld staan in de statuten van de VMOB Objectief Gezondheid Vlaanderen. In geval van welke betwisting ook, zullen enkel de voorwaarden vermeld in de statuten geldig zijn, die ter inzage liggen op de zetel van de VMOB of bij uw ziekenfonds.

Deze algemene voorwaarden zijn onder voorbehoud van de goedkeuring van de CDZ en de FSMA.

Stuur uw schadeaangifteformulier en bewijsstukken kosten naar:
VMOB OGV
Statieplein 12 - 9300 Aalst
Of u kan deze documenten ook afgeven in uw ziekenfondskantoor.

Voor meer informatie staan wij graag tot uw dienst:
Tel. 078-15 23 10 of info@hospiplus.be.