



# ALGEMENE VOORWAARDEN HOSPIFORFAIT

## Art. 1. Algemene bepalingen

Ziekenhuis: een inrichting, in België gelegen, voor het behandelen van zieken, staande onder geneeskundige leiding en met name voorzien van een laboratorium, een operatiekamer en een radiologische afdeling. Onder ziekenhuis wordt o.a. niet verstaan: een rust- of verpleeghuis, krankzinnigengesticht, thermale inrichtingen, een ziekenzaal van een kazerne,...

Opname in een speciale afdeling van een ziekenhuis, die door de verzekerde primair als verpleeghuis of rusthuis wordt gebruikt, zal worden beschouwd als een opname in een inrichting die geen ziekenhuis is.

Ziekte: verslechtering van de gezondheidstoestand die niet te wijten is aan een ongeval en derhalve als ziekte wordt verklaard door een arts die wettelijk gemachtigd is de geneeskunde uit te oefenen.

Ongeval: een onverwacht en abnormaal voorval, rechtstreeks teweeggebracht door een plotselinge actie van een uitwendige oorzaak, buiten de wil om van de verzekerde, en dat een lichamelijk letsel tot gevolg heeft.

Schadegeval: elke opname die een recht tot betaling van de verzekerde uitkeringen met zich meebrengt.

## Art. 2. Grondslag van de aansluiting bij de dienst HospiForfait

De aansluiting bij deze dienst is gesteund op de verklaringen van het lid. Deze verklaringen dienen spontaan, volledig en oprecht te worden gedaan. Ieder element dat de mening van het ziekenfonds kan beïnvloeden om een risico te aanvaarden of een schadegeval ten laste te nemen, dient haar verklaard te worden, in alle geval, op het moment van de vraag tot aansluiting of ter gelegenheid van het schadegeval.

Het lid krijgt een dubbel van het aansluitingsformulier waarbij onder de vorm van deze algemene voorwaarden een uittreksel van de statutaire bepalingen over de dienst HospiForfait (art. 56 tot en met 67 van de statuten) toegevoegd is.

## Art. 3. Doel van de waarborg

Het ziekenfonds verbindt zich tot de betaling, per aangeslotene, van de forfaitaire (vaste) daguitkering die in de aanvaardingsbrief vastgesteld is, indien de aangeslotene, op advies van een dokter, dient gehospitaliseerd te worden ingevolge een ziekte, een ongeval, een zwangerschap en/of bevalling, zonder evenwel de maximale periode van 90 dagen per kalenderjaar te kunnen overschrijden. De maximale periode van 90 dagen per kalenderjaar wordt beperkt tot maximaal 15 dagen voor opnames in de diensten 26 (kraamdienst), 30 (geriatrie en revalidatie), 34 en 37 (neuropsychiatrie), 41 (psychiatrie) en 61 tot en met 69 (specialiteiten).

Voor een hospitalisatie die over meerdere kalenderjaren loopt, zal de tegemoetkoming eveneens beperkt worden tot de in het eerste en tweede lid vermelde maximale aantal dagen.

**Deze dienst HospiForfait voorziet twee waarborgformules: 12,50 of 25 euro per ligdag:**

- tot 65 jaar: vanaf de 1ste hospitalisatiedag per kalenderjaar;
- vanaf 65 jaar: vanaf de 4<sup>de</sup> hospitalisatiedag per kalenderjaar.

Voor een opname naar aanleiding van een voorafbestaande ziekte of aandoening of zwangerschap op het moment van de aansluiting wordt de ligdagvergoeding gehalveerd tot 12,50 euro (formule € 25) of 6,25 euro (formule € 12,50).

Het ziekenfonds kan het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens betreffende de gezondheidstoestand in de medische vragenlijst die betrekking hebben op een ziekte of een aandoening waarvan de symptomen zich op het ogenblik van de inwerkingtreding van de aansluiting van het lid reeds hadden gemanifesteerd en die niet gediagnosticeerd werd binnen 24 maanden vanaf de inwerkingtreding van deze aansluiting, niet inroepen om de tussenkomst te beperken tot de forfaitaire tussenkomst voorzien in geval van een vooraf bestaande ziekte of aandoening.

Evenmin kan hiertoe een onopzettelijk verzwijgen of een onopzettelijk onjuist meedelen worden ingeroepen van gegevens met betrekking tot de gezondheidstoestand in de medische vragenlijst die betrekking hebben op een ziekte of een aandoening die zich nog niet op één of andere manier gemanifesteerd had op het ogenblik van de inwerkingtreding van de aansluiting bij de dienst.

De voorwaarden inzake de dekking van de leden mogen enkel gewijzigd worden op grond van duurzame objectieve elementen en op een wijze die evenredig is met deze elementen dewelke eveneens aan de beoordeling van de Controledienst voor de Ziekenfondsen onderworpen is.

Het ziekenfonds kan de aansluiting bij de facultatieve dienst HospiForfait niet weigeren van een persoon van minder dan 65 jaar of een persoon die reeds aangesloten is bij een gelijkaardige dienst en in regel is met de bijdragen.

## Art. 4. Wachttijden en maximale tegemoetkomingen

De wachtermijn is de periode die ingaat op de dag van de aansluiting en gedurende dewelke geen enkele uitkering verschuldigd is.

De wachtermijn wordt steeds verlengd met de periodes van hospitalisatie die zich voordoen tijdens deze wachtermijn.

1. De algemene wachtermijn is **drie maanden**.
2. Deze wachtermijn vervalt evenwel:
  - a) bij ongevallen;
  - b) bij alle acute, levensbedreigende infecties die niet door eenvoudige en algemeen erkende vaccinaties kunnen vermeden worden (of optreden vóór de normale vaccinatie);
  - c) voor personen die reeds van een andere verzekering genoten die dezelfde risico's waarborgt als deze dienst en daar de wachttijd hebben volbracht;
  - d) voor pasgeborenen voor zover de aanvraag tot aansluiting plaatsvond vóór de geboortedatum.

De dag van opname en de dag van ontslag worden tezamen als één dag beschouwd.

Voor alle gewaarborgde hospitalisaties voorziet deze dienst volgende maximale dekkingen per hospitalisatie en kalenderjaar:

- tot maximaal 90 dagen voor een opname in de volgende diensten: 20 (TBC-behandeling besmettelijke ziekten), 21 (heelkunde), 22 (geneeskunde), 23 (kinder-geneeskunde), 24 (genees-heelkundige hospitalisatie), 25 (besmettelijke ziekten), 27 (vroeggeborenen en zwakke pasgeborenen) en 29 (zware brandwonden);
- tot maximaal 15 dagen voor opnames in de volgende diensten: 26 (kraamdienst), 30 (geriatrie en revalidatie), 34 en 37 (neuropsychiatrie), 41 (psychiatrie), 61 tot en met 69 (specialiteiten).

Voor een opname die twee kalenderjaren overbrugt, wordt de vrijstellingsperiode slechts éénmaal in rekening gebracht.

## Art. 5. Uitsluitingen

Het ziekenfonds dekt niet de schadegevallen tengevolge van een ziekte die zich heeft gemanifesteerd of een ongeval dat gebeurde tengevolge van of ter gelegenheid van één van de hierna vermelde feiten:

1. gebruik van alcoholische dranken, verdovende of opwekkende middelen;
2. tijdens dronkenschap van de verzekerde, alcoholische intoxicatie of onder invloed van verdovende middelen, tenzij bewezen wordt dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestanden en het schadegeval;
3. natuurrampen;
4. oorlog of militaire agressie, burgeroorlog, onlusten, oproer, werkstaking, betogingen met politiek karakter, tenzij bewezen wordt dat er geen oorzakelijk

- verband bestaat tussen deze gebeurtenissen en het schadegeval;
5. aanranding, aanslag of twist, tenzij bewezen wordt dat verzekerde er niet actief aan deelnam of dat hij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond; in dit geval moet de verzekerde binnen de 48 uur na de feiten bij de politie of de rijkswacht klacht neerleggen;
  6. klaarblijkelijke roekeloze daden van de verzekerde;
  7. een opzettelijke daad van de verzekerde of van iemand die van de betaling van de uitkeringen profiteert;
  8. een rechtstreeks of onrechtstreeks gevolg van thermische, mechanische, radioactieve en andere uitwerkingen van om het even welke wijziging in de atoomstructuur van de stof, of van een kunstmatige versnelling van de atoomdeeltjes of van de uitstraling van de radio-isotopen;
  9. wedrennen te paard, per fiets of per motorvoertuig, alsook de er op voorbereidende oefeningen;
- Zijn ook uitgesloten:
10. hospitalisaties zonder enige medische noodzakelijkheid;
  11. hospitalisaties tengevolge van behandelingen en bewerkingen met esthetisch doel of bedoeld om aan aangeboren gebreken of misvormingen te verhelpen;
  12. hospitalisaties tengevolge van wettelijke inenting en sterilisatie, of van gevolgen hiervan;
  13. hospitalisaties tengevolge van verjongings-, ontwenings-, slaap-, water- of luchtkuren;
  14. hospitalisaties die verband houden met algemene onderzoeken of check-ups;
  15. hospitalisaties tengevolge van schade, berokkend door een aansprakelijke derde.

#### **Art. 6. Duur, hernieuwing en einde van deze dienst**

De aansluiting bij de dienst HospiForfait gaat in vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag of ten vroegste op het ogenblik van aansluiting bij het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds. Het wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

Voor personen ten laste die gerechtigde worden en aangesloten zijn bij de dienst HospiForfait wordt een eigen dossier geopend vanaf de eerste dag van de maand die volgt op hun inschrijving als gerechtigde. Tot dat moment blijft de aangeslotene rechthebbende via de aansluiting van de titularis.

De verzekering stopt:

- automatisch, 30 dagen nadat een aangetekende aanmaning wegens niet-betaling van de bijdrage voor de dienst HospiForfait aan de aangeslotene werd verstuurd, en deze bijdrage op dat moment nog niet betaald werd;
- de eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst van het schriftelijk verzoek tot ontslag bij de dienst HospiForfait van de aangeslotene behalve indien betrokkene een latere datum wenst;
- de eerste dag van de maand waarin de aangeslotene geen aangesloten lid meer is van het ziekenfonds;
- onmiddellijk indien er sprake is van bedrieglijk opzet of valse verklaringen.

In geval van ontslag uit de dienst HospiForfait blijft de waarborg gelden voor lopende hospitalisaties tot op de laatste dag van de aansluiting bij deze dienst. Een opgezegde aansluiting, ongeacht de reden, kan nooit terug in voege gesteld worden. Het lid dat opnieuw van deze dienst wenst te genieten dient een nieuwe aansluiting aan te vragen, met een nieuwe aanvangsdatum.

#### **Art. 7. Bijdragebetaling**

Het bedrag en de betalingswijze van de bijdragen zijn in de aanvaardingsbrief bepaald. Iedere bijdrage met betrekking tot een lopende periode voor deze dienst, is verschuldigd. De bijdrage is haalschuld en anticipatief betaalbaar.

De aangeslotene verbindt er zich toe de bijdragen aan het ziekenfonds te betalen.

De bijdragen van de dienst mogen behoudens de aanpassing aan de gezondheidsindex slechts verhoogd worden:

- wanneer de reële en significante stijging van de kostprijs van de gewaarborgde prestaties of wanneer de evolutie van de te dekken risico's dit vereist;
- in geval van significante en uitzonderlijke omstandigheden.

De bijdragen vanaf 1 januari 2009 zijn de volgende:

##### **Waarborgformule € 25:**

- volwassenen: € 60/jaar;
- jongerentarief (van toepassing tot 31 december van het jaar waarin de rechthebbende 25 jaar is geworden): € 6,96/jaar;

##### **Waarborgformule € 12,50:**

- volwassenen: € 30/jaar;
- jongerentarief (van toepassing tot 31 december van het jaar waarin de rechthebbende 25 jaar is geworden): € 3,48/jaar.

Vanaf het 4de kind is geen bijdrage meer verschuldigd.

Inbegrepen in de premie is de 10 % bijdrage die moet afgedragen worden aan het Riziv in toepassing van het koninklijk besluit van 19 april 1993 betreffende de bijdrage op de premies terzake van een aanvullende verzekering voor hospitalisatie.

#### **Art. 8. Aansluitingsleeftijd**

De aansluitingsleeftijd is beperkt tot en met 65 jaar met uitzondering van de personen die reeds aangesloten zijn bij een hospitalisatiedienst en in regel zijn met de bijdragen.

#### **Art. 9. Schaderegeling**

Elk schadegeval dient binnen de 3 maanden na de opname aan het ziekenfonds te worden verklaard, behalve in geval van overmacht.

De schadeaanvragen en de nodige bewijsstukken dienen op het adres van het ziekenfonds te worden toegestuurd.

De aangeslotene is in sommige gevallen gehouden zich te onderwerpen aan het onderzoek van de geneesheer, door het ziekenfonds afgevaardigd.

De aangeslotene moet steeds de afgevaardigden van het ziekenfonds in de mogelijkheid stellen contact met hem op te nemen en hen toelaten de vaststellingen te doen welke zij nuttig achten voor de schaderegeling.

Deze inlichtingen dienen zonder enige restrictie bezorgd te worden.

Het ziekenfonds betaalt de gewaarborgde uitkeringen aan de betrokken aangeslotene zo vlug mogelijk en ten laatste binnen de 30 dagen na ontvangst van de nodige bewijsstukken. Binnen dezelfde termijn verbindt het ziekenfonds zich ertoe een kennisgeving aan de aangeslotene te richten indien zij haar tussenkomst weigert of wacht op aanvullende nauwkeurigheden of documenten vooraleer een beslissing te nemen.

Het ziekenfonds heeft de mogelijkheid om de oorsprong van het schadegeval te onderzoeken. Zij heeft tevens het recht bijkomende informatie of documenten (strafbundel in geval van gerechtelijke informatie, officiële attesten, getuigenissen, enz. ...) te vragen vooraleer enige tussenkomst te verlenen.

Bewijsstukken:

- een schadeaanvraagformulier door het ziekenfonds bezorgd: *dit document dient volledig ingevuld en ondertekend te zijn door de verzekerde;*
- elk ander document door het ziekenfonds gevraagd.

Overeenkomstig artikel 48bis, § 1, eerste lid, van de voornoemde wet van 6 augustus 1990 verjaart de vordering tot betaling van financiële tussenkomsten en uitkeringen voor de diensten van de vrije en aanvullende verzekering, twee jaar na het einde van de maand waarin het recht op betaling is ontstaan.