

# MaxiPlan



Hét optimale verzekeringsplan voor al je medische kosten



terugbetaling

remgelden:  
50 %  
tot max. € 1.000

tandzorgen:  
50 %  
tot max. € 500

orthodontie:  
tot € 250

hoorapparaten:  
tot € 500

anticonceptie:  
tot € 25

geboorteforfait  
tot € 200



## Polisvoorwaarden 2017

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

MaxiPlan is de facultatieve verzekering medische kosten van:



**Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (203)**  
(Verzekeringstussenpersoon 2006 van de VMOB HospiPlus)  
Hoogstratenplein 1 te 2800 Mechelen, tel. 015 28 90 90

**Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen (235)**  
(Verzekeringstussenpersoon 2007 van de VMOB HospiPlus)  
Statieplein 12 te 9300 Aalst, tel. 053 76 99 99

## ARTIKEL 1. DEFINITIES

**Ambulante zorgen:** medische zorgen verleend buiten een hospitalisatie.

**Daghospitalisatie:** medische opname waarvoor geen verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd, maar wel een miniforfait, een maxiforfait, een forfait gipskamer, een forfait heelkundige dienst, een dagziekenhuisforfait groep 1 tot en met 7 of een forfait chronische pijn wordt aangerekend.

**Geboorte:** dit omvat zowel een pasgeborene, als een doodgeboren kind dat ter wereld kwam vanaf 26 weken zwangerschap.

**Gelijkaardige verzekering:** elke verzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die met de verzekering MaxiPlan vergelijkbare waarborgen biedt. Het bewijs van dekking door een gelijkaardige verzekering wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken Belgische mutualistische entiteit waarin minstens de begin- en einddatum van dekking wordt vermeld.

**Gerechtigde:** de natuurlijke persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voortvloeien of kunnen voortvloeien en die in die hoedanigheid bij een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds is ingeschreven.

**Hoorapparaat:** elk uitwendig toestel voor slechthorenden om het gehoor te versterken dat recht geeft op een tegemoetkoming in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en op ambulante wijze wordt geplaatst.

**Hospitalisatie:** iedere noodzakelijke medische opname in een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd.

**MAF:** elk ziekenfonds houdt voor zijn leden jaarlijks een teller bij van hun remgelden waarbij per lid, afhankelijk van hun inkomen of sociale situatie, een plafond of maximumbedrag voor het remgeld wordt vastgelegd. Eens dit plafond wordt bereikt, dient het lid niet langer zelf in te staan voor de betaling van zijn/haar remgelden, maar worden deze terugbetaald door het ziekenfonds aan het betrokken lid. Dit systeem wordt de Maximumfactuur genoemd, afgekort de MAF, zoals bedoeld in Titel III, Hoofdstuk IIIbis, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

**Mutualistisch gezin:** de gerechtigde en zijn personen ten laste zoals deze gekend zijn bij de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen.

**Orthodontische behandelingen:** de diagnose en behandeling van afwijkingen van groei van de kaken en de gebitsontwikkeling.

**Parodontologie:** tandheelkundige specialisatie die zich richt op de behandeling van tandvleesandoeningen.

**Persoon ten laste:** de natuurlijke persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wel als rechthebbende maar niet als gerechtigde is ingeschreven bij een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds.

**Premie:** bedrag dat de verzekeraar vraagt als tegenprestatie voor zijn verbintenissen, eventueel verhoogd met belastingen en/of bijkomende heffingen van welke aard ook, bij wet of bij enige andere reglementaire beschikking opgelegd.

**Remgelden:** de kosten die, volgens de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ten laste blijven van de verzekerde. Voor de toepassing van deze verzekeringsovereenkomst wordt uitsluitend gekeken naar de remgelden zoals deze gekend zijn in de MAF voor een verzekeringsjaar. De remgelden die het plafond van de MAF overschrijden en derhalve worden terugbetaald door het ziekenfonds, vallen buiten het toepassingsgebied van deze verzekeringsovereenkomst.

**Tandimplantaat:** prothetisch element dat wordt aangebracht in het kaakbeen met het oog op de fixatie van een vaste of uitneembare tandprothese, of met het oog op de plaatsing van een kroon.

**Tandprothese:** kunstmatige vaste of uitneembare vervanging van één of meer natuurlijke tanden.

**Tandzorgen:** ambulante zorgen die betrekking hebben op parodontologie, tandextracties en het plaatsen van tandbruggen, tandprothesen, tandimplantaten, kronen en stifttanden.

**Verpleegdag:** de kost die het ziekenhuis mag aanrekenen voor elke hospitalisatiedag met overnachting (opname vóór middernacht en ontslag na 8.00u 's anderendaags). De dag van opname en de dag van ontslag worden aanzien als 1 verpleegdag, behalve indien de ziekenhuisopname begon vóór 12.00u en het ontslag gegeven werd na 14.00u.

**Vervaldag:** dit is de dag waarop de premie moet betaald zijn voor een welbepaald verzekeringsjaar en is altijd 1 januari van het desbetreffende verzekeringsjaar.

**Verzekeraar:** De VMOB HospiPlus, met maatschappelijke zetel te Statieplein 12, 9300 Aalst, ondernemingsnummer BE0471.458.404., verzekeringsmaatschappij toegelaten door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen onder het nummer 250/01 om ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen aan te bieden, alsook om, op bijkomende wijze, risico's te dekken die behoren tot de hulpverlening zoals bedoeld in tak 18 van bijlage 1 van voornoemd koninklijk besluit.

**Verzekerde:** het lid van het mutualistisch gezin op wie het risico rust en die de begunstigde is van de verzekeringsovereenkomst.

**Verzekeringnemer:** de gerechtigde van het mutualistisch gezin die de verzekeringsovereenkomst heeft onderschreven voor eigen rekening en/of voor rekening van de verzekerden en die gehouden is tot betaling van de premies. In geval van feitelijke scheiding kan ook de echtgeno(o)t(e) van de gerechtigde die nog ingeschreven staat als persoon ten laste een verzekeringsovereenkomst onderschrijven wanneer hij/zij hier schriftelijk om vraagt.

**Verzekeringsjaar:** de periode van 12 maanden, lopende van 1 januari tot en met 31 december, waarvoor de premie wordt betaald. Indien de onderschrijving van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst niet overeenstemt met de jaarlijkse vervaldag, bestaat het eerste verzekeringsjaar uit de periode tussen de datum van onderschrijving of toetreding, en de jaarlijkse vervaldag van de verzekeringsovereenkomst.

**Verzekeringsovereenkomst:** deze omvat deze Algemene Voorwaarden en de Bijzondere Voorwaarden. De Bijzondere Voorwaarden primeren op de Algemene Voorwaarden.

**Wachttijd:** de periode die ingaat bij de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst, maar waarin geen enkel recht op tegemoetkoming kan ontstaan of gevraagd worden. De premie is verschuldigd gedurende deze periode.

**Wettelijke tegemoetkoming:** elke tegemoetkoming zoals die wordt bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, arbeidsongevallen en beroepsziekten.

**Ziekenfonds:** een vereniging van natuurlijke personen die het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn als streefdoel heeft in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit, zoals bepaald in artikel 2 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

**Ziekenhuis:** een instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis volgens artikel 2 of artikel 3 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

## ARTIKEL 2. DOEL VAN DE VERZEKERING

Deze verzekering beoogt, binnen de grenzen van de verzekeringsovereenkomst, tegemoet te komen in de kosten van volgende ambulante zorgen: tandzorgen, orthodontische behandelingen en hoorapparaten. Daarnaast voorziet deze verzekering eveneens een tegemoetkoming voor remgelden en kosten van anticonceptiemiddelen en kent ze een geboorteforfait toe.

## ARTIKEL 3. VERPLICHTINGEN BIJ ONDERSCHRIJVING VAN, OF TOETREDING TOT, DE VERZEKERING

Om als verzekeringnemer en/of verzekerde aanvaard te kunnen worden, moet hij/zij:

- als gerechtigde of persoon ten laste ingeschreven zijn;
- een behoeftanalysefiche en een verzekeringsvoorstel invullen en ondertekenen.

Indien de kandidaat-verzekerde een persoon ten laste is, mogen bovenvermelde documenten ingevuld en ondertekend worden door de verzekeringnemer.

Pasgeborenen en adoptiekinderen jonger dan 18 jaar kunnen op eenvoudig verzoek van de verzekeringnemer, en zonder verdere formaliteiten, tot een bestaande verzekeringsovereenkomst toetreden.

## ARTIKEL 4. INWERKINGTREDING VAN DE VERZEKERING

De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, doch nooit vóór de 1ste van de maand volgend op de ontvangst van de volledig ingevulde behoefteanalysefiche en het volledig ingevuld verzekeringsvoorstel. De verzekeraar is tot geen enkele prestatie gehouden vóór de inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst.

Dezelfde regels zijn van toepassing wanneer een verzekerde toetreedt tot een bestaande verzekeringsovereenkomst.

In afwijking van deze algemene bepaling treedt een pasgeborene of een adoptiekind jonger dan 18 jaar toe tot een bestaande verzekeringsovereenkomst vanaf de geboorte- of adoptiedatum.

De dekking van de verzekeringsovereenkomst neemt pas een aanvang ten vroegste na betaling van de 1ste premie.

## ARTIKEL 5. DUUR VAN DE VERZEKERING

De verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

## ARTIKEL 6. EINDE VAN DE VERZEKERING

De verzekeringsovereenkomst neemt een einde in de hierna opgesomde gevallen.

- Bij overlijden van de verzekeringnemer wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd op het einde van de maand waarin de verzekeringnemer overleden is. De overblijvende verzekerden die gedekt werden door deze overeenkomst kunnen genieten van het voortzittingsrecht overeenkomstig artikel 7 van deze Algemene Voorwaarden.
- Bij overlijden van de verzekerde wordt de verzekeringsovereenkomst in zijn/haar hoofde beëindigd op het einde van de maand waarin de verzekerde overleden is.
- Indien de verzekerde niet langer lid is van één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd op de laatste dag van de aansluiting bij het desbetreffende ziekenfonds.
- Indien een verzekerde de hoedanigheid van persoon ten laste ten aanzien van de verzekeringnemer verliest, wordt de verzekeringsovereenkomst in hoofde van deze verzekerde beëindigd op het einde van de maand van kennisname door de verzekeraar van het verlies van hoedanigheid. De verzekerde kan genieten van het voortzittingsrecht overeenkomstig artikel 7 van deze Algemene Voorwaarden.
- Wanneer de verzekeringnemer de hoedanigheid van gerechtigde verliest, wordt de verzekeringsovereenkomst van de verzekeringnemer en eventuele andere verzekerden beëindigd op het einde van de maand van kennisname door de verzekeraar van het verlies van hoedanigheid. De verzekeringnemer en de verzekerden kunnen genieten van het voortzittingsrecht overeenkomstig artikel 7 van deze Algemene Voorwaarden.
- In geval van niet-betaling van de premie op de jaarlijkse vervaldag wordt de

verzekeringsovereenkomst beëindigd volgens de bepalingen van artikel 8 van deze Algemene Voorwaarden.

- De verzekeringsovereenkomst kan maandelijks opgezegd worden door de verzekeringnemer via een aangetekend schrijven, een deurwaardersexploot of door afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs. In geval van vrijwillige opzeg door de verzekeringnemer kan hij/zij pas opnieuw deze verzekering onderschrijven na verloop van 3 jaar te rekenen vanaf de datum van stopzetting van de overeenkomst.

De verzekeraar is gehouden tot vergoeding van de kosten, zoals omschreven in artikel 11 van deze Algemene Voorwaarden, die effectief verwezenlijkt waren vóór de datum van stopzetting van de verzekeringsovereenkomst.

## ARTIKEL 7. WIJZIGINGEN IN HET MUTUALISTISCH GEZIN

De verzekeringnemer en/of de verzekerde verbinden zich ertoe om elke wijziging van samenstelling van het mutualistisch gezin schriftelijk te melden aan de verzekeraar binnen de 30 dagen na wijziging.

Onder wijziging in het mutualistisch gezin wordt verstaan:

- het overlijden van de verzekeringnemer of een verzekerde;
- het verlies van hoedanigheid van persoon ten laste in hoofde van een verzekerde;
- het verlies van hoedanigheid van gerechtigde in hoofde van de verzekeringnemer;
- de toevoeging van een persoon ten laste aan het gezin.

Bij wijziging in het mutualistisch gezin heeft de verzekerde, die het voordeel van deze verzekeringsovereenkomst verliest overeenkomstig de bepalingen van artikel 6 van deze Algemene Voorwaarden, het recht om deze overeenkomst voort te zetten, op voorwaarde dat de verzekerde aangesloten is bij één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen.

Het aanbod tot voortzetting wordt door de verzekeraar binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf het ogenblik dat de verzekeraar kennis neemt van de wijziging, overgemaakt aan de verzekerde. De verzekerde heeft een termijn van 60 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van het aanbod tot voortzetting, om het aanbod schriftelijk te aanvaarden. In geval van aanvaarding treedt de verzekeringsovereenkomst in werking vanaf de eerste van de maand volgend op het verlies van het voordeel van de vorige verzekeringsovereenkomst.

Indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde zich niet houden aan de bovenvermelde voorwaarden, vervalt het recht op voortzetting voor de verzekerde.

## ARTIKEL 8. PREMIE

§ 1. De premie voor alle verzekerden samen, is verschuldigd door de verzekeringnemer op de jaarlijkse vervaldag, volgens de overeengekomen periodiciteit (jaarlijks of trimestrieel).

De premie is betaalbaar bij aanbieding van het verzoek om betaling, verstuurd door de verzekeraar naar het laatst gekend adres van de verzekeringnemer. In geval van niet-betaling van de premie geldt § 2 van dit artikel.

De premie wordt berekend rekening houdende met de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van inwerkingtreding van, of toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst én in functie van de leeftijdscategorie waartoe de verzekerde behoort op 31 december van het verzekeringsjaar waarop de premie betrekking heeft.

Wie de verzekeringsovereenkomst in de loop van een verzekeringsjaar onderschrijft of ertoe toetreedt, betaalt in het eerste verzekeringsjaar de premie pro rata de nog resterende maanden van het lopende verzekeringsjaar, te rekenen vanaf datum van onderschrijving of toetreding.

§ 2. Niet-betaling van de premie op de vervaldag levert grond op tot opzegging van de verzekeringsovereenkomst mits de verzekeringnemer in gebreke is gesteld via een aangetekend schrijven. In deze brief wordt de verzekeringnemer aangemaand de premie te betalen binnen een termijn die niet korter is dan 15 dagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de afgifte van de aangetekende brief, en wordt deze herinnerd aan de gevolgen van niet-betaling. De opzegging van de verzekeringsovereenkomst wegens niet-betaling van de premie gaat in vanaf de datum voorzien in het aangetekend schrijven.

### § 3. PREMIES 2017:

0-25 jaar*	€ 90
26-49 jaar	€ 150
50-64 jaar**	€ 180
65 jaar en ouder	€ 210
Wie pas aansluit vanaf 65 jaar	
65 tot 69 jaar	€ 270
70 jaar en ouder	€ 300

\*De premie is gratis voor een verzekerde van 0 tot en met 6 jaar, op voorwaarde dat zijn/haar gerechtigde eveneens gedekt wordt door de verzekeringsovereenkomst. In geval van stopzetting van de dekking in hoofde van de gerechtigde is de premie voor een verzekerde van 0 tot en met 6 jaar opnieuw verschuldigd vanaf de 1ste van de maand volgend op de stopzetting.

\*\*Personen die aansluiten vanaf 50 jaar, en geen gelijkaardige verzekering hadden, betalen meteen de premie vanaf 65 jaar.

De premieverhoging gaat in vanaf het begin van het jaar waarin men 26, 50 of 65 wordt, bepaald in functie van de leeftijdscategorie waartoe de verzekerde behoort op 31 december van het verzekeringsjaar waarop de premie betrekking heeft.

Indien er door een verzekeringsovereenkomst meer dan 3 kinderen verzekerd worden, moet er vanaf het 4de én jongste kind geen premie meer betaald worden.

## ARTIKEL 9. INDEXERING EN TARIEFWIJZIGINGEN

§ 1. De premies en vergoedingsgrenzen worden op de jaarlijkse vervaldag van de verzekeringsovereenkomst:

- geïndexeerd overeenkomstig het indexcijfer der consumptieprijzen; de aanpassing aan de index gebeurt op basis van de verhouding tussen de index van de maand december van de twee voorgaande jaren; of
- aangepast aan de specifieke indexcijfers die gelden voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten indien deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijden, zoals vermeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

§ 2. Daarnaast mag de premie slechts verhoogd worden in uitzonderlijke omstandigheden die omschreven zijn in artikel 504 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen en na goedkeuring door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

## ARTIKEL 10. WACHTTIJD

Het recht op tegemoetkoming gaat in na een wachttijd van:

- 3 maanden voor de waarborgen remgelden en anticonceptie;
- 12 maanden voor de waarborgen tandzorgen, orthodontische behandelingen, hoorapparaten en geboorteforfait.

Voor verzekerden die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst gedekt werden door een gelijkaardige verzekering of een commerciële hospitalisatieverzekering die een met MaxiPlan vergelijkbare dekking biedt, wordt de wachttijd vermindert met het aantal ononderbroken maanden van dekking door die verzekering. Het bewijs van dekking wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken verzekeringsmaatschappij. Tijdens de wachttijd ontstaat geen enkel recht op tegemoetkoming, noch kan tegemoetkoming gevraagd worden.

## ARTIKEL 11. WAARBORGEN EN AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING



### Remgelden

De verzekeraar dekt 50 % van de wettelijke remgelden en dit tot maximum € 1.000 per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Deze tegemoetkoming wordt slechts 1 keer per jaar uitbetaald en dit in de loop van het eerste trimester volgend op een verzekeringsjaar. De remgelden worden uitgekeerd op basis van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen ingediende medische kosten in het kader van de terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor de verzekerden die tijdens een lopend verzekeringsjaar een verzekeringsovereenkomst onderschrijven, ertoe toetreden of beëindigen, ongeacht de reden van stopzetting, worden enkel die remgelden uitgekeerd die betrekking hebben op de periode van dekking.



### Tandzorgen

De verzekeraar dekt 50 % van de kosten die voortvloeien uit tandzorgen uitgevoerd door een in België erkende tandarts en dit tot maximum € 500 per verzekerde en per verzekeringsjaar, op voorwaarde dat de verzekerde voor deze tandzorgen geen recht heeft op een terugbetaling via de verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen en uitkeringen.

Voor de bepaling van het maximumbedrag van € 500 per verzekerde en per verzekeringsjaar wordt gekeken naar de prestatiedatum van de tandzorgen.

De tegemoetkoming geldt enkel voor tandzorgen die uitgevoerd worden na afloop van de wachttijd.

De tegemoetkoming wordt uitgekeerd op basis van een volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier dat hiertoe speciaal door de verzekeraar werd opgemaakt en binnen de 3 jaar na datum van de tandzorgen bij de verzekeraar moet worden ingediend. Eventuele andere noodzakelijke bewijsstukken worden gespecificeerd in voornoemd schadeaangifteformulier.

### Orthodontische behandelingen

Ongeacht of de verzekerde al dan niet recht heeft op een tegemoetkoming in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, voorziet de verzekeraar in een tegemoetkoming voor orthodontische behandelingen uitgevoerd door een in België erkende orthodontist tot maximum € 250 per behandelingsplan en per verzekerde.

Deze tegemoetkoming wordt als volgt uitgekeerd:

- € 125 bij de plaatsing van het apparaat;
- € 125 na 12 raadplegingen.

De tegemoetkoming geldt enkel voor behandelingsplannen die aangevat worden na afloop van de wachttijd waarbij de plaatsing van het apparaat geldt als startdatum van het behandelingsplan.



Verzekerden die geen wachttijd moeten doorlopen en al een behandelingsplan hadden aangevat vóór de inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst hebben recht op de tegemoetkoming van € 125 na 12 raadplegingen.

De tegemoetkoming wordt uitgekeerd op basis van een volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier dat hiertoe speciaal door de verzekeraar werd opgemaakt en binnen de 3 jaar na datum van de orthodontische behandelingen bij de verzekeraar moet worden ingediend. Eventuele andere noodzakelijke bewijsstukken worden gespecificeerd in voornoemd schadeaangifteformulier.

### Hoorapparaten

De verzekeraar voorziet in een tegemoetkoming tot maximum € 500 per verzekerde en per verzekeringsjaar, voor de plaatsing van een hoorapparaat door een in België erkend audioloog, waarvoor de verzekerde recht op tegemoetkoming heeft in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Deze tegemoetkoming wordt als volgt uitbetaald:

- maximum € 250 bij de plaatsing van een monofonisch hoorapparaat voor één oor;
- maximum € 500 bij de plaatsing van een stereofonisch hoorapparaat voor beide oren.

Voor de bepaling van het maximumbedrag van € 500 per verzekerde en per verzekeringsjaar wordt gekeken naar de datum van plaatsing van de hoorapparaten.

De tegemoetkoming wordt uitgekeerd op basis van een volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier dat hiertoe speciaal door de verzekeraar werd opgemaakt en binnen de 3 jaar na datum van plaatsing van het hoorapparaat bij de verzekeraar moet worden ingediend. Eventuele andere noodzakelijke bewijsstukken worden gespecificeerd in voornoemd schadeaangifteformulier.





### Anticonceptiemiddelen

De verzekeraar komt tegemoet in de kosten van anticonceptiemiddelen waarvoor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in hoofde van de verzekerde geen vergoeding voorziet, op voorwaarde dat deze voorgeschreven werden door een arts en:

- afgeleverd werden door een apotheker gevestigd op Belgisch grondgebied;
- geplaatst werden door een arts.

De tegemoetkoming wordt beperkt tot maximum € 25 per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Volgende middelen komen hiervoor in aanmerking:

- de anticonceptiepil (uitgezonderd de abortuspil);
- de vaginale ring;
- de prikpil;
- de anticonceptiepleister;
- het implantaat;
- het spiraaltje.

Andere anticonceptiemiddelen, zoals onder meer condoms, komen niet in aanmerking voor tegemoetkoming.

Voor de bepaling van het maximumbedrag van € 25 per verzekerde en per verzekeringsjaar wordt gekeken naar de datum van aankoop of plaatsing van de anticonceptiemiddelen.

De tegemoetkoming wordt uitgekeerd op basis van een volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier dat hiertoe speciaal door de verzekeraar werd opgemaakt en binnen de 3 jaar na aankoop of plaatsing van het anticonceptiemiddel bij de verzekeraar moet worden ingediend. Eventuele andere noodzakelijke bewijsstukken worden gespecificeerd in voornoemd schadeaangifteformulier.



### Geboorteforfeit

De verzekeraar voorziet in een forfaitaire tegemoetkoming van € 100 in de kosten van een bevalling van:

- de verzekerde zelf;
- de partner van de verzekerde.

Indien de verzekerde en zijn/haar partner beide gedekt worden door de verzekeringsovereenkomst, bedraagt de forfaitaire tegemoetkoming € 200.

Deze forfaitaire tegemoetkoming wordt toegekend per kind dat bij de bevalling geboren wordt.

Voor de toekenning van de tegemoetkoming is de datum van de bevalling bepalend welke blijkt uit het geboortecertificaat dat door de gemeente wordt verstrekt en aan de verzekeraar dient bezorgd te worden. Voornoemd attest dient binnen de 3 jaar na bevallingsdatum bij de verzekeraar te worden ingediend.

De tegemoetkoming wordt enkel uitgekeerd indien de bevalling plaatsvond na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst van de verzekeringnemer en na afloop van de wachttijd.



## ARTIKEL 12. UITSLUITINGEN

De verzekeraar keert de tegemoetkomingen, zoals omschreven in artikel 11 van deze Algemene Voorwaarden, niet uit wanneer de gevraagde tegemoetkoming:

- het gevolg is van een louter esthetische verzorging of behandeling;
- betrekking heeft op batterijen of andere toebehoren van hoorapparaten;
- het gevolg is van een opzettelijke daad, inclusief zelfmoord of poging tot zelfmoord, of vrijwillige verminking van de verzekerde;
- het gevolg is van roekeloze handelingen, inclusief weddenschappen, of vechtpartijen;
- het gevolg is van een oorlogsfeit;
- het gevolg is van burgerlijke onlusten of oproer, rellen of andere collectieve gewelddaden, mits de verzekerde er vrijwillig aan deelnam;
- het gevolg is van dronkenschap, alcoholisme of alcoholintoxicatie van de verzekerde, of van het misbruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs;
- betrekking heeft op kosten die zich voordeden vóór de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst of tijdens de wachttijd;
- voortvloeit uit de beoefening van eender welke sport als betaalde activiteit, inclusief trainingen, of uit de vrijetijdsbeoefening van volgende gevaarlijke sporten: luchtvaartsporten (zoals onder meer deltapvliegen, valschermspringen, zweefvliegen), wintersporten (zoals onder meer schansspringen, bobslee, skeleton, rodelen, skiën of snowboarden buiten de piste), gemotoriseerde sporten, alpinisme, steeplechase, benji, duiken met aqualong en speleologie.

## ARTIKEL 13. TERUGBETALINGSMODALITEITEN

De tegemoetkomingen worden door de verzekeraar uitbetaald aan de verzekerde op het bankrekeningnummer dat door de verzekeringnemer op het verzekeringsvoorstel werd opgegeven of dat op het schadeaangifteformulier werd vermeld.

In geval van overlijden van de verzekerde zal de door de verzekeraar verschuldigde tegemoetkoming gestort worden op rekening van de notaris, aangeduid voor de vereffening van de erfenis. De tegemoetkoming kan ook onmiddellijk uitgekeerd worden op rekening van één van de wettelijke erfgenamen mits voorlegging van de akte van erfopvolging en een gelegaliseerde volmacht van alle wettelijke erfgenamen.

De tegemoetkomingen waarop de verzekerde volgens deze verzekeringsovereenkomst recht heeft, mogen gecumuleerd worden met de tegemoetkomingen die worden uitgekeerd in het kader van andere kostendekkende verzekeringen van de verzekeraar, daar waar de tegemoetkomingen die de verzekerde al heeft ontvangen in uitvoering van een andere gelijkaardige mutualistische of commerciële verzekering in mindering worden gebracht.

Voor de waarborgen tandzorgen, hoorapparaten en anticonceptiemiddelen dienen bovendien ook nog volgende tegemoetkomingen in mindering gebracht te worden van de tegemoetkomingen waarop de verzekerde volgens deze verzekeringsovereenkomst recht heeft:

- de wettelijke tegemoetkoming;
- de tegemoetkomingen die de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen aanbieden overeenkomstig artikel 3, eerste lid b) of c), van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

## ARTIKEL 14. TERRITORIALE GELDIGHEID

De verzekeringsovereenkomst komt enkel tegemoet in kosten die de verzekerde maakt op Belgisch grondgebied.

## ARTIKEL 15. ONTERECHE BETALINGEN

De verzekeraar behoudt zich het recht voor om onterechte betalingen terug te vorderen van de verzekerde.

## ARTIKEL 16. SANCTIES

In geval van bedrog of poging tot bedrog van de verzekerde met het oog op het bekomen van een niet verschuldigde tegemoetkoming, en onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen, is de verzekeraar tot geen enkele prestatie gehouden.

## ARTIKEL 17. COMMUNICATIE EN BRIEFWISSELING

De verzekeraar kiest als woonplaats zijn maatschappelijke zetel. De verzekeringnemer en de verzekerde worden geacht hun woonplaats te hebben op het laatste adres door de verzekeraar gekend.

De verzekeringnemer en de verzekerde verbinden zich ertoe, zo zij van woonplaats veranderen, de verzekeraar schriftelijk te verwittigen, zo niet is elke kennisgeving geldig gedaan op de door de verzekeraar laatst gekende woonplaats.

Iedere aangetekende brief die door de verzekeraar wordt verzonden, is geldig als ingebrekestelling. Het ontvangstbewijs van de post vormt het bewijs van de verzending. De dossiers of de documenten van de verzekeraar bewijzen de inhoud van het schrijven voor zover deze door de verzekeringnemer niet wordt voorgelegd.

## ARTIKEL 18. TOEPASSELIJK RECHT EN BEVOEGDE RECHTBANKEN

De geschillen betreffende de interpretatie en de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst vallen onder de uitsluitende bevoegdheid van de Belgische rechtbanken. De Belgische wet is van toepassing op deze overeenkomst.

## ARTIKEL 19. KLACHTENREGELING

Indien de verzekeringnemer of de verzekerde een klacht heeft over de verzekeringsovereenkomst of de uitvoering ervan, kan hij/zij die per brief overmaken aan de verzekeraar of via mail: [klachten@hospiplus.be](mailto:klachten@hospiplus.be).

De klacht kan eveneens voorgelegd worden aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsquare 35 te 1000 Brussel, [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as) of via mail: [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as).

Een klacht indienen, ontnemt de verzekeringnemer of de verzekerde niet de mogelijkheid een gerechtelijke procedure in te leiden.

## ARTIKEL 20. BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER

De verzekeringnemer en/of de verzekerde geven de verzekeraar, verantwoordelijk voor de verwerking, toestemming om in overeenstemming met de wet van 8 december 1992 voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de

verwerking van persoonsgegevens (de Privacywet), hun persoonsgegevens te verwerken met het oog op, en in het kader van het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen. Deze verwerking omvat onder meer de mededeling of verzending van persoonsgegevens, wanneer dit nodig of aangewezen is, aan derde dienstverleners. Deze kunnen gevestigd zijn in landen behorende tot de Europese Economische Ruimte, maar ook in landen die niet noodzakelijk een gelijkwaardig beschermingsniveau bieden als België.

De verzekeringnemer en/of de verzekerde geven hun uitdrukkelijke toestemming om gegevens aangaande hun gezondheidstoestand te verwerken in het kader van het verlenen en het beheer van de verzekeringsdiensten, zoals de administratieve afhandeling van de verzekeringsvoorstellen en de verzekeringsovereenkomsten, waaronder begrepen de afhandeling van de aanvragen om tegemoetkoming. Deze gegevens worden enkel verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een arts en de toegang tot deze gegevens is beperkt tot die medewerkers van de verzekeraar die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taken en eventuele derde dienstverleners waarvan de tussenkomst noodzakelijk of aangewezen is bij de uitvoering van voormelde taken.

De verzekeringnemer en/of de verzekerde kunnen zich op elk ogenblik verzetten tegen het verwerken van hun persoonsgegevens voor 'direct marketing'-doeleinden door zich te wenden tot de verzekeraar.

De verzekeringnemer en/of de verzekerde hebben toegang tot hun persoonsgegevens en kunnen verzoeken om rechtzetting van onjuiste gegevens en weglating van gegevens waarvan de verwerking verboden is.

De verzekeringnemer en/of de verzekerde kunnen het openbaar register van de geautomatiseerde verwerkingen van persoonsgegevens raadplegen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, Drukpersstraat 35 te 1000 Brussel, [commission@privacycommission.be](mailto:commission@privacycommission.be).

In geval van welke betwisting ook, zullen enkel de bepalingen van de statuten van de VMOB HospiPlus geldig zijn.

De kennisgeving van een premie-aanpassing of aanpassing van de polisvoorwaarden wordt bekend gemaakt in de ledenmagazines "Objectief & Gezond" (203) en "Objectief" (235).



Voor meer informatie staan wij graag tot jouw dienst:

Tel. 078 15 23 10

[info@hospiplus.be](mailto:info@hospiplus.be) - [www.hospiplus.be](http://www.hospiplus.be)