

STATUTEN VMOB HOSPIPLUS

01.01.2017

INHOUDSTAFEL

VOORAFGAAND HOOFDSTUK - DEFINITIES.....	7
--	----------

HOOFDSTUK 1. DE VMOB.....	8
----------------------------------	----------

Artikel 1.1. Oprichting en benaming	8
Artikel 1.2. Doel	8
Artikel 1.3. Maatschappelijke zetel	9
Artikel 1.4. Toetreding van een ziekenfonds tot de VMOB	9
Artikel 1.5. Uittreding van een ziekenfonds van de VMOB	10
Artikel 1.6. Lidmaatschap, verlies van hoedanigheid en uitsluiting van verzekeringnemers en verzekerden	10

HOOFDSTUK 2. ORGANEN VAN DE VMOB.....	11
--	-----------

Afdeling 2.1. De Algemene Vergadering	11
--	-----------

Artikel 2.1.1. Samenstelling.....	11
Artikel 2.1.2. Verkiesbaarheidsvoorwaarden.....	11
Artikel 2.1.3. Kandidaatstelling en verkiezing afgevaardigden	12
Artikel 2.1.4. Verlies van hoedanigheid en uitsluiting van een afgevaardigde	12
Artikel 2.1.5. Raadgevers.....	12
Artikel 2.1.6. Commissaris-revisoren	13
Artikel 2.1.7. Voorzitter	13
Artikel 2.1.8. Vergaderingen	13
Artikel 2.1.9. Bevoegdheden en delegatie van bevoegdheden	14

Afdeling 2.2. De Raad van Bestuur	15
--	-----------

Artikel 2.2.1. Samenstelling.....	15
Artikel 2.2.2. Verkiesbaarheidsvoorwaarden.....	15
Artikel 2.2.3. Kandidaatstelling en verkiezing bestuurders.....	16
Artikel 2.2.4. Verlies van hoedanigheid en afzetting van een bestuurder	16
Artikel 2.2.5. Raadgevers.....	17

Artikel 2.2.6. Voorzitter, ondervoorzitter, secretaris en penningmeester	17
Artikel 2.2.7. Vergaderingen	18
Artikel 2.2.8. Bevoegdheden en taken	19
Artikel 2.2.9. Reglement van Interne Orde Raad van Bestuur	19
Afdeling 2.3. Het Directiecomité	19
Artikel 2.3.1. Samenstelling.....	19
Artikel 2.3.2. Vergaderingen	19
Artikel 2.3.3. Bevoegdheden en taken	20
Artikel 2.3.4. Reglement van Interne Orde Directiecomité	21
HOOFDSTUK 3. VERZEKERINGEN VAN DE VMOB	22
Afdeling 3.1. HospiPlan	22
Artikel 3.1.1. Definities	22
Artikel 3.1.2. Doel van de verzekering	27
Artikel 3.1.3. Verplichtingen bij onderschrijving van, of toetreding tot, de verzekering.....	27
Artikel 3.1.4. Aanvaarding en inwerkingtreding van de verzekering	27
Artikel 3.1.5. Duur van de verzekering.....	28
Artikel 3.1.6. Einde van de verzekering.....	28
Artikel 3.1.7. Wijzigingen in het mutualistisch gezin	29
Artikel 3.1.8. Premie.....	30
Artikel 3.1.9. Indexering en tariefwijziging	31
Artikel 3.1.10. Wachtijd	32
Artikel 3.1.11. Waarborg hospitalisatie.....	32
Artikel 3.1.12. Waarborg pre- en posthospitalisatie	34
Artikel 3.1.13. Vrijstelling en dekkingslimieten.....	34
Artikel 3.1.14. Uitsluitingen.....	35
Artikel 3.1.15. Territoriale geldigheid	36
Artikel 3.1.16. Schadeaangifte	36
Artikel 3.1.17. Prestaties en terugbetalingsmodaliteiten	37
Artikel 3.1.18. Minnelijke Medische Expertise.....	38
Artikel 3.1.19. Onterechte betalingen en subrogatie	38
Artikel 3.1.20. Sancties	39
Artikel 3.1.21. Communicatie en briefwisseling.....	39
Artikel 3.1.22. Toepasselijk recht en bevoegde rechtbanken	39
Artikel 3.1.23. Klachtenregeling	40
Artikel 3.1.24. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer	40
Artikel 3.1.25. Overgang van een verzekering van de verzekeraar.....	41

Afdeling 3.2. HospiPlus	42
Artikel 3.2.1. Definities	42
Artikel 3.2.2. Doel van de verzekering	47
Artikel 3.2.3. Verplichtingen bij onderschrijving van, of toetreding tot, de verzekering.....	47
Artikel 3.2.4. Aanvaarding en inwerkingtreding van de verzekering	47
Artikel 3.2.5. Duur van de verzekering.....	48
Artikel 3.2.6. Einde van de verzekering.....	48
Artikel 3.2.7. Wijzigingen in het mutualistisch gezin	49
Artikel 3.2.8. Premie.....	50
Artikel 3.2.9. Indexering en tariefwijziging	51
Artikel 3.2.10. Wachtijd	52
Artikel 3.2.11. Waarborg hospitalisatie.....	52
Artikel 3.2.12. Waarborg pre- en posthospitalisatie	54
Artikel 3.2.13. Vrijstelling en dekkingslimieten.....	54
Artikel 3.2.14. Uitsluitingen.....	55
Artikel 3.2.15. Territoriale geldigheid	56
Artikel 3.2.16. Schadeaangifte	57
Artikel 3.2.17. Prestaties en terugbetalingsmodaliteiten	58
Artikel 3.2.18. Minnelijke Medische Expertise.....	58
Artikel 3.2.19. Onterechte betalingen en subrogatie	59
Artikel 3.2.20. Sancties	59
Artikel 3.2.21. Communicatie en briefwisseling.....	60
Artikel 3.2.22. Toepasselijk recht en bevoegde rechtbanken.....	60
Artikel 3.2.23. Klachtenregeling	60
Artikel 3.2.24. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer	60
Artikel 3.2.25. Overgang van een verzekering van de verzekeraar.....	61
Afdeling 3.3. AmbuPlan en AmbuPlus	63
Artikel 3.3.1. Definities	63
Artikel 3.3.2. Doel van de verzekering	66
Artikel 3.3.3. Verplichtingen bij onderschrijving van, of toetreding tot, de verzekering.....	66
Artikel 3.3.4. Aanvaarding en inwerkingtreding van de verzekering	67
Artikel 3.3.5. Duur van de verzekering.....	67
Artikel 3.3.6. Einde van de verzekering.....	67
Artikel 3.3.7. Wijzigingen in het mutualistisch gezin	68
Artikel 3.3.8. Premie.....	69
Artikel 3.3.9. Indexering en tariefwijziging	71
Artikel 3.3.10. Wachtijd	71
Artikel 3.3.11. Waarborgen.....	72

Artikel 3.3.12. Dekkingslimieten	72
Artikel 3.3.13. Uitsluitingen.....	72
Artikel 3.3.14. Territoriale geldigheid	72
Artikel 3.3.15. Schadeaangifte	73
Artikel 3.3.16. Prestaties en terugbetalingsmodaliteiten	73
Artikel 3.3.17. Minnelijke Medische Expertise.....	73
Artikel 3.3.18. Onterechte betalingen.....	74
Artikel 3.3.19. Sancties	74
Artikel 3.3.20. Communicatie en briefwisseling.....	74
Artikel 3.3.21. Toepasselijk recht en bevoegde rechtbanken	74
Artikel 3.3.22. Klachtenregeling	75
Artikel 3.3.23. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer	75
Afdeling 3.4. MaxiPlan	77
Artikel 3.4.1. Definities	77
Artikel 3.4.2. Doel van de verzekering	80
Artikel 3.4.3. Verplichtingen bij onderschrijving van, of toetreding tot, de verzekering.....	80
Artikel 3.4.4. Inwerkingtreding van de verzekering	81
Artikel 3.4.5. Duur van de verzekering.....	81
Artikel 3.4.6. Einde van de verzekering.....	81
Artikel 3.4.7. Wijzigingen in het mutualistisch gezin	82
Artikel 3.4.8. Premie.....	83
Artikel 3.4.9. Indexering en tariefwijziging	84
Artikel 3.4.10. Wachtijd	85
Artikel 3.4.11. Waarborgen en aanvraag om tegemoetkoming	85
Artikel 3.4.12. Uitsluitingen.....	88
Artikel 3.4.13. Terugbetalingsmodaliteiten	89
Artikel 3.4.14. Territoriale geldigheid	89
Artikel 3.4.15. Onterechte betalingen.....	89
Artikel 3.4.16. Sancties	90
Artikel 3.4.17. Communicatie en briefwisseling.....	90
Artikel 3.4.18. Toepasselijk recht en bevoegde rechtbanken	90
Artikel 3.4.19. Klachtenregeling	90
Artikel 3.4.20. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer	90
Afdeling 3.5. HospiForfait	92
Artikel 3.5.1. Definities	92
Artikel 3.5.2. Doel van de verzekering	95
Artikel 3.5.3. Verplichtingen bij onderschrijving van, of toetreding tot, de verzekering.....	95
Artikel 3.5.4. Aanvaarding en inwerkingtreding van de verzekering	96

Artikel 3.5.5. Duur van de verzekering.....	96
Artikel 3.5.6. Einde van de verzekering.....	96
Artikel 3.5.7. Wijzigingen in het mutualistisch gezin	97
Artikel 3.5.8. Premie.....	98
Artikel 3.5.9. Indexering en tariefwijziging	99
Artikel 3.5.10. Wachtijd	100
Artikel 3.5.11. Waarborg	100
Artikel 3.5.12. Dekkingslimieten	100
Artikel 3.5.13. Uitsluitingen.....	101
Artikel 3.5.14. Territoriale geldigheid	102
Artikel 3.5.15. Schadeaangifte en tegemoetkomingsmodaliteiten	102
Artikel 3.5.16. Minnelijke Medische Expertise.....	103
Artikel 3.5.17. Onterechte betalingen en subrogatie	103
Artikel 3.5.18. Sancties	104
Artikel 3.5.19. Communicatie en briefwisseling.....	104
Artikel 3.5.20. Toepasselijk recht en bevoegde rechtbanken	104
Artikel 3.5.21. Klachtenregeling	104
Artikel 3.5.22. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer	105
Artikel 3.5.23. Overgang van verzekering en overgang van formule.....	105
Afdeling 3.6. HospiContinu	107
Artikel 3.6.1. Definities.....	107
Artikel 3.6.2. Doel van de verzekering	110
Artikel 3.6.3. Verplichtingen bij onderschrijving van, of toetreding tot, de verzekering.....	110
Artikel 3.6.4. Aanvaarding en inwerkingtreding van de verzekering	110
Artikel 3.6.5. Duur van de verzekering.....	111
Artikel 3.6.6. Einde van de verzekering.....	111
Artikel 3.6.7. Wijzigingen in het mutualistisch gezin	112
Artikel 3.6.8. Premie.....	113
Artikel 3.6.9. Indexering en tariefwijziging	114
Artikel 3.6.10. Wachtijd	114
Artikel 3.6.11. Waarborgen	115
Artikel 3.6.12. Dekkingslimiet	115
Artikel 3.6.13. Uitsluitingen.....	115
Artikel 3.6.14. Territoriale geldigheid	115
Artikel 3.6.15. Schadeaangifte en terugbetalingsmodaliteiten	116
Artikel 3.6.16. Minnelijke Medische Expertise.....	116
Artikel 3.6.17. Onterechte betalingen en subrogatie	116
Artikel 3.6.18. Sancties	117

Artikel 3.6.19. Communicatie en briefwisseling.....	117
Artikel 3.6.20. Toepasselijk recht en bevoegde rechtbanken.....	117
Artikel 3.6.21. Klachtenregeling.....	118
Artikel 3.6.22. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer.....	118
HOOFDSTUK 4. BOEKJAAR, INVENTARIS EN JAARREKENING	120
HOOFDSTUK 5. WISSELKOERSEN EN FISCAAL STATUUT VAN DE PREMIES ..	121
Artikel 5.1. Wisselkoersen.....	121
Artikel 5.2. Fiscaal statuut van de premies.....	121
HOOFDSTUK 6. ONTBINDING EN VEREFFENING	122
Artikel 6.1. Ontbinding.....	122
Artikel 6.2. Vereffening en procedure van vereffening.....	122
Artikel 6.3. Bestemming van de activa.....	123
HOOFDSTUK 7. INWERKINGTREDING EN STATUTAIRE WIJZIGINGEN.....	124

VOORAFGAAND HOOFDSTUK - DEFINITIES

In deze statuten wordt verstaan onder:

1. **“wet van 6 augustus 1990”**: de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen;
2. **“koninklijk besluit van 22 februari 1991”**: het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen;
3. **“koninklijk besluit van 7 maart 1991”**: het koninklijk besluit van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, §§ 2 en 3, artikel 14, § 3, en artikel 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen;
4. **“koninklijk besluit van 26 augustus 2010”**: het koninklijk besluit van 26 augustus 2010 tot uitvoering van artikelen 2, § 3, tweede lid, 14, § 3, en 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, wat de maatschappijen van onderlinge bijstand betreft bedoeld in artikel 43bis, § 5, en in artikel 70, § 7, van dezelfde wet;
5. **“wet van 13 maart 2016”**: de wet op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen;
6. **“wet van 4 april 2014”**: de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen;
7. **“wet van 2 augustus 2002”**: de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten;
8. **“wet van 14 juli 1994”**: de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
9. **“VMOB”**: de maatschappij van onderlinge bijstand, zoals bedoeld in artikel 70, § 7, van de wet van 6 augustus 1990, met de naam “Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand HospiPlus” – afgekort “VMOB HospiPlus”.

HOOFDSTUK 1. DE VMOB

Artikel 1.1. Oprichting en benaming

De maatschappij van onderlinge bijstand Objectief Gezondheid Vlaanderen (afgekort MOB OGV), zoals bedoeld in artikel 43bis, § 1, van de wet van 6 augustus 1990, werd op 1 januari 2012 omgevormd tot een maatschappij van onderlinge bijstand, zoals bedoeld in artikel 70, § 7, van voornoemde wet, met de naam “Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand Objectief Gezondheid Vlaanderen (afgekort VMOB OGV)” waarbij de volgende ziekenfondsen zijn aangesloten:

- Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (VNZ), met maatschappelijke zetel te 2800 Mechelen, Hoogstratenplein 1, ondernemingsnummer BE 0411.735.801,
- Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen (NZVL), met maatschappelijke zetel te 9300 Aalst, Statieplein 12, ondernemingsnummer BE 0418.999.418.

De in vorige paragraaf vermelde ziekenfondsen zijn aangesloten bij de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen, met maatschappelijke zetel te 1060 Brussel, Charleroisesteenweg 145.

Sinds 1 januari 2014 werd de benaming VMOB OGV omgezet naar “Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand HospiPlus”, afgekort “VMOB HospiPlus”.

Het betreft een onderneming, toegelaten door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (hierna afgekort CDZ) bij beslissing van 23 november 2011 om ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 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. De CDZ kende aan de VMOB het identificatienummer 250/01 toe.

De VMOB heeft een burgerlijk karakter en streeft geen winstoogmerk na.

Artikel 1.2. Doel

De VMOB heeft als doel haar verzekeringnemers en verzekerden ziekteverzekeringen aan te bieden in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991, evenals een dekking, op bijkomende wijze, van de risico's die behoren tot de hulpverlening zoals bedoeld in tak 18 van bijlage 1 van voornoemd koninklijk besluit.

In deze zin biedt de VMOB de volgende verzekeringen op facultatieve wijze aan:

- HospiPlan
- HospiPlus
- Aanvullende waarborg ernstige ziekte AmbuPlan en AmbuPlus
- MaxiPlan

- HospiForfait
- HospiContinu

Om dit doel te verwezenlijken mag de VMOB alle handelingen, van welke aard ook, verrichten die rechtstreeks betrekking hebben op de hoger vermelde verzekeringen en mag zij onder meer haar reserves beleggen op een wijze die in overeenstemming is met de wettelijke verplichtingen als verzekeringsmaatschappij.

De VMOB richt zich uitsluitend tot de leden van de bij haar aangesloten ziekenfondsen.

Artikel 1.3. Maatschappelijke zetel

De maatschappelijke zetel van de VMOB is gevestigd te 9300 Aalst, Statieplein 12.

De maatschappelijke zetel kan naar een andere plaats overgebracht worden bij beslissing van de Raad van Bestuur van de VMOB.

Artikel 1.4. Toetreding van een ziekenfonds tot de VMOB

Enkel en alleen ziekenfondsen aangesloten bij de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen kunnen toetreden tot de VMOB.

Ziekenfondsen die na de oprichting willen toetreden, dienen hiertoe een schriftelijke aanvraag in bij de voorzitter van de Raad van Bestuur van de VMOB.

Deze aanvraag, die namens het ziekenfonds door de voorzitter en de secretaris wordt ondertekend, moet:

1. de benaming van het ziekenfonds en haar maatschappelijke zetel vermelden,
2. de datum van haar oprichting en wettelijke erkenning vermelden,
3. een exemplaar van de statuten van het ziekenfonds bevatten,
4. de uitnodiging en de notulen bevatten van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds die zich over de aanvraag tot toetreding heeft uitgesproken, in naleving van de voorwaarden van artikel 43bis, § 5, van de wet van 6 augustus 1990.

Het ziekenfonds dat wil toetreden, moet de verbintenis aangaan de statuten en de bijzondere reglementen van de VMOB, evenals alle voorafgaand aan haar toetreding genomen beslissingen in acht te nemen.

De Algemene Vergadering van de VMOB doet uitspraak over de aanvraag tot toetreding. Opdat de beslissing van de Algemene Vergadering geldig zou zijn, moet de helft van de afgevaardigden aanwezig en vertegenwoordigd zijn en moet de beslissing met een meerderheid van twee derde van de uitgebrachte stemmen genomen worden. Indien het aanwezigheidsquorum niet wordt bereikt, kan een tweede vergadering worden

bijeengeroepen die geldig beslist over de aanvraag tot toetreding, ongeacht het aantal aanwezige en vertegenwoordigde afgevaardigden.

Artikel 1.5. Uittreding van een ziekenfonds van de VMOB

Een bij de VMOB aangesloten ziekenfonds kan uit de VMOB treden door ten laatste op 1 januari van het jaar (N) een aangetekend schrijven te versturen naar de voorzitter van de Algemene Vergadering van de VMOB met bijvoeging van de uitnodiging en de notulen van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds waarbij tot uittreding werd besloten.

De uittreding is van kracht vanaf 1 januari van het jaar (N+1).

Het uittredende ziekenfonds moet aan al haar rechten en verplichtingen ten opzichte van de VMOB hebben voldaan.

Artikel 1.6. Lidmaatschap, verlies van hoedanigheid en uitsluiting van verzekeringnemers en verzekerden

Elke natuurlijke persoon die in de zin van artikel 2 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 lid is van een bij de VMOB aangesloten ziekenfonds kan één of meerdere van de in artikel 1.2. van onderhavige statuten opgesomde verzekeringen onderschrijven als verzekeringnemer en/of ertoe toetreden als verzekerde.

Een verzekeringnemer of verzekerde die zijn/haar hoedanigheid van lid van een aangesloten ziekenfonds verliest, verliest van rechtswege zijn/haar hoedanigheid als verzekeringnemer en/of verzekerde van de VMOB.

De VMOB kan de in artikel 1.2. van onderhavige statuten opgesomde verzekeringen beëindigen en de verzekeringnemers en verzekerden uitsluiten in geval van niet-betaling van de premie op de vervaldag, en dit overeenkomstig de bepalingen van Hoofdstuk 3 van deze statuten.

HOOFDSTUK 2. ORGANEN VAN DE VMOB

De organen van de VMOB zijn:

- de Algemene Vergadering,
- de Raad van Bestuur,
- het Directiecomité.

Afdeling 2.1. De Algemene Vergadering

Artikel 2.1.1. Samenstelling

De Algemene Vergadering vertegenwoordigt alle verzekerden van de VMOB en is samengesteld uit minstens 20 afgevaardigden van de aangesloten ziekenfondsen.

Het aantal afgevaardigden per aangesloten ziekenfonds bedraagt ten minste 3 en ten hoogste 30 en staat in verhouding tot haar aantal leden in de zin van artikel 2 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 die eveneens verzekerd zijn bij de VMOB.

De aangesloten ziekenfondsen verkiezen 1 afgevaardigde per begonnen schijf van 2000 effectieve leden. De effectieve leden van een ziekenfonds die voor de berekening van het aantal afgevaardigden in aanmerking worden genomen, zijn deze die bij het desbetreffende ziekenfonds aangesloten waren op 30 juni van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin de afgevaardigden worden verkozen en op dat ogenblik eveneens verzekerd waren bij de VMOB.

De afgevaardigden worden door de Algemene Vergadering van hun ziekenfonds verkozen voor een hernieuwbare periode van zes jaar.

De Algemene Vergadering wordt telkens samengesteld in de loop van het tweede semester van het jaar waarin de mutualistische verkiezingen plaatsvinden.

Artikel 2.1.2. Verkiesbaarheidsvoorwaarden

Om verkozen te kunnen worden als afgevaardigde in de Algemene Vergadering van de VMOB moet hij/zij:

- een verzekeringnemer en/of verzekerde zijn van de VMOB;
- meerderjarig of ontvoogd zijn en van goed zedelijk gedrag zijn;
- in regel zijn met de premie voor de verzekeringen van de VMOB;
- in regel zijn met de bijdragen voor de aanvullende verzekering van het ziekenfonds waarbij hij/zij aangesloten is;
- geen personeelslid zijn van de VMOB of van een aangesloten ziekenfonds.

Artikel 2.1.3. Kandidaatstelling en verkiezing afgevaardigden

Zij die als afgevaardigde van de VMOB verkozen willen worden, dienen hun kandidatuur in bij de voorzitter van de Raad van Bestuur van hun aangesloten ziekenfonds, en dit ten laatste 15 dagen vóór de Algemene Vergadering die de afgevaardigden zal kiezen. De indiening van de kandidatuur gebeurt per aangetekend schrijven en de poststempel geldt als bewijs.

De Raad van Bestuur van het respectievelijk ziekenfonds maakt een lijst op van alle bij haar geldig ingediende kandidaturen en legt deze voor aan haar Algemene Vergadering die haar afgevaardigden op basis van deze lijst verkiest.

De stemming binnen de Algemene Vergadering van het respectievelijk ziekenfonds gebeurt geheim en elk lid beschikt over één stem.

De afgevaardigden worden verkozen in volgorde van het aantal ontvangen stemmen. Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatst overblijvende mandaat van afgevaardigde gaat het mandaat naar de oudste kandidaat in jaren. Ingeval het aantal kandidaten lager is dan of gelijk is aan het aantal effectief te voorziene mandaten worden de kandidaten ambtshalve verkozen.

Wanneer een afgevaardigde zijn mandaat niet kan voltooien omwille van overlijden of ingevolge ambtshalve, vrijwillig of gedwongen ontslag, wordt hij vervangen op de eerstvolgende Algemene Vergadering van de VMOB overeenkomstig de bepalingen van de artikelen 2.1.1., 2.1.2. en 2.1.3. van onderhavige statuten. De plaatsvervangende afgevaardigde voltooit het mandaat van de afgevaardigde die hij vervangt.

Artikel 2.1.4. Verlies van hoedanigheid en uitsluiting van een afgevaardigde

Een afgevaardigde die zijn hoedanigheid van verzekeringnemer en/of verzekerde van de VMOB, of zijn hoedanigheid van lid van de Algemene Vergadering van het aangesloten ziekenfonds dat hij vertegenwoordigt, verliest, houdt van rechtswege op deel uit te maken van de Algemene Vergadering.

Een afgevaardigde die de belangen of de werking van de VMOB schaadt of in gevaar brengt, wordt van de Algemene Vergadering uitgesloten. De beslissing tot uitsluiting wordt genomen door de Algemene Vergadering van de VMOB en vereist een twee derde meerderheid van de uitgebrachte stemmen.

Artikel 2.1.5. Raadgevers

De Algemene Vergadering kan ten hoogste tien raadgevers aanduiden die de zittingen van de Algemene Vergadering kunnen bijwonen met raadgevende stem, waaronder de leden van het Directiecomité van de VMOB.

De raadgevers worden aangeduid voor een hernieuwbare periode van zes jaar.

Artikel 2.1.6. Commissaris-revisoren

De Algemene Vergadering stelt één of meerdere commissaris-revisoren aan. Zij worden gekozen uit een lijst van erkende bedrijfsrevisoren die wordt bijgehouden door de Nationale Bank van België.

De commissaris-revisoren worden aangesteld voor een hernieuwbare periode van 3 jaar en kunnen enkel omwille van een gegronde reden uit hun functie worden ontheven. Hun bezoldiging wordt vastgelegd door de Algemene Vergadering.

De commissaris-revisoren brengen verslag uit aan de jaarlijkse Algemene Vergadering die op haar dagorde de goedkeuring van de jaarrekening van het voorbije boekjaar heeft staan.

De commissaris-revisoren wonen de Algemene Vergadering bij wanneer deze beraadslaagt over een door hen opgemaakt verslag.

De commissaris-revisoren hebben het recht op de Algemene Vergadering het woord te voeren over de punten die in verband staan met hun taken.

Artikel 2.1.7. Voorzitter

De Algemene Vergadering wordt voorgezeten door de voorzitter van de Raad van Bestuur, of bij diens afwezigheid, door de ondervoorzitter van de Raad van Bestuur.

Artikel 2.1.8. Vergaderingen

De Algemene Vergadering vergadert minstens één keer per jaar en dit met het oog op de goedkeuring van de begroting en de jaarrekening.

De Algemene Vergadering wordt bijeengeroepen, hetzij door de bestuurders, hetzij wanneer minstens 1/5 van de afgevaardigden hierom vraagt, hetzij wanneer de commissaris-revisor er om vraagt.

De bijeenroeping gebeurt per brief of per email en dit uiterlijk twintig kalenderdagen vóór de datum van de Algemene Vergadering. De bijeenroeping vermeldt de locatie, de datum en het tijdstip en bevat de agenda van de vergadering.

De agenda van de vergadering wordt vastgelegd door de Raad van Bestuur. De Algemene Vergadering kan enkel beraadslagen over de in de bijeenroeping voorziene agendapunten, tenzij tijdens de zitting zelf van de vergadering, met eenparigheid van stemmen, wordt beslist om eveneens over andere agendapunten te beraadslagen.

De Algemene Vergadering beraadslaagt geldig wanneer minstens de helft van de afgevaardigden aanwezig of vertegenwoordigd is, tenzij anders wordt bepaald bij wet of tenzij onderhavige statuten in strengere bepalingen voorzien.

Wanneer de Algemene Vergadering niet geldig is samengesteld, worden de afgevaardigden binnen de acht kalenderdagen die volgen opnieuw bijeengeroepen. In dat geval treedt de Algemene Vergadering op geldige wijze in overleg over de punten die voor de tweede maal op de agenda zijn geplaatst, ongeacht het aantal aanwezige of vertegenwoordigde afgevaardigden.

Een afgevaardigde die de Algemene Vergadering niet persoonlijk kan bijwonen, kan zich middels een schriftelijke volmacht laten vertegenwoordigen door een andere afgevaardigde die lid is van hetzelfde ziekenfonds. Iedere afgevaardigde kan slechts houder zijn van één volmacht.

Elke aanwezige of geldig vertegenwoordigde afgevaardigde beschikt over één stem. De beslissingen worden genomen bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen, tenzij anders wordt bepaald bij wet of tenzij onderhavige statuten in strengere bepalingen voorzien.

De stemming kan via handopsteken gebeuren of via hoofdelijke stemming indien de helft van de afgevaardigden of de voorzitter dit vraagt. Wanneer over personen wordt gestemd, vindt de stemming anoniem plaats.

De beslissingen van de Algemene Vergadering worden vastgelegd in notulen die door de voorzitter van de zitting en de secretaris worden ondertekend.

Artikel 2.1.9. Bevoegdheden en delegatie van bevoegdheden

De Algemene Vergadering heeft de bevoegdheden die haar bij wet of door onderhavige statuten zijn toegekend, doch beraadslaagt en beslist minstens over:

1. de statutenwijzigingen;
2. de verkiezing, uitsluiting en kwijting van de bestuurders;
3. de goedkeuring van de begroting en de jaarrekening;
4. de vaststelling van de premie, behalve bij delegatie aan de Raad van Bestuur;
5. de aanstelling van de commissaris-revisor(en);
6. de aanvraag tot toetreding van een ziekenfonds;
7. de fusie met een andere verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand;
8. de ontbinding en de vereffening van de VMOB.

De Algemene Vergadering mag aan de Raad van Bestuur de bevoegdheid delegeren om te beslissen over de aanpassingen van de premie. Deze delegatie vereist een twee derde meerderheid van de uitgebrachte stemmen, is geldig voor één jaar en is hernieuwbaar.

Afdeling 2.2. De Raad van Bestuur

Artikel 2.2.1. Samenstelling

De Raad van Bestuur bestaat uit minstens 10 bestuurders, zowel uitvoerende als niet-uitvoerende bestuurders, en telt ten hoogste evenveel bestuurders als de helft van het aantal afgevaardigden van de Algemene Vergadering. De Raad van Bestuur is samengesteld uit vertegenwoordigers van de bij de VMOB aangesloten ziekenfondsen, uit 1 of meerdere onafhankelijke bestuurders en uit door de VMOB bezoldigde personeelsleden.

Het aantal vertegenwoordigers per aangesloten ziekenfonds staat in verhouding tot haar aantal leden in de zin van artikel 2 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 die eveneens verzekerd zijn bij de VMOB, met name 1 bestuurder per volledige schijf van 5000 effectieve leden.

De onafhankelijke bestuurders worden aangeduid door de Algemene Vergadering van de VMOB, beantwoorden aan de criteria van artikel 526ter van het Wetboek der Vennootschappen en beschikken over de nodige deskundigheid op het gebied van boekhouding en/of audit. De onafhankelijke bestuurders stellen hun bijzondere ervaring, objectieve blik, kritische geest en kritisch oordeelsvermogen ter beschikking van de VMOB en versterken de objectiviteit van de besluitvorming binnen de Raad van Bestuur en het professionalisme bij het beheer van de VMOB. Ze kunnen geen lid zijn van het Directiecomité van de VMOB.

De Raad van Bestuur mag niet voor meer dan één vierde zijn samengesteld uit personen die door de VMOB worden bezoldigd en er dient minstens één bestuurder van elk geslacht te zijn.

De Raad van Bestuur wordt telkens samengesteld binnen een periode van 6 maanden volgend op de hernieuwing van de Algemene Vergadering.

Artikel 2.2.2. Verkiesbaarheidsvoorwaarden

Om als bestuurder van de VMOB gekozen te kunnen worden, moet hij/zij:

- een verzekeringnemer en/of verzekerde zijn van de VMOB;
- meerderjarig of ontvoegd zijn en van goed zedelijk gedrag zijn;
- in regel zijn met de premie voor de verzekeringen van de VMOB;
- in regel zijn met de bijdragen voor de aanvullende verzekering van het ziekenfonds waarbij hij/zij aangesloten is;
- professioneel betrouwbaar zijn en over een passende deskundigheid beschikken.

In afwijking op voorgaande alinea, hoeven de onafhankelijke bestuurders niet noodzakelijk een verzekeringnemer en/of verzekerde te zijn van de VMOB.

Artikel 2.2.3. Kandidaatstelling en verkiezing bestuurders

De respectievelijke Raden van Bestuur van de bij de VMOB aangesloten ziekenfondsen stellen elk een lijst op van kandidaten die in aanmerking komen voor de bestuursmandaten van de VMOB. De afgevaardigden van de VMOB die niet op voornoemde lijsten staan, kunnen zich eveneens kandidaat stellen voor een bestuursmandaat. De Raad van Bestuur van de VMOB kan ook een eigen lijst van kandidaten voor de bestuursmandaten opstellen.

De kandidaturen voor de bestuursmandaten worden allen ingediend bij de voorzitter van de Algemene Vergadering van de VMOB, via aangetekend schrijven of afgifte tegen ontvangstbewijs. De definitieve lijst van kandidaten wordt ten laatste 1 week vóór de Algemene Vergadering die de bestuurders zal kiezen, opgemaakt.

Er wordt door de voorzitter eveneens een lijst opgemaakt van alle kandidaten die in aanmerking komen als onafhankelijke bestuurders.

De Algemene Vergadering duidt eerst de onafhankelijke bestuurder(s) aan en verkiest daarna de overige bestuurders.

Wanneer het aantal kandidaten lager is dan, of gelijk is aan het aantal te voorziene mandaten, zijn de kandidaten automatisch verkozen. Wanneer er meer kandidaten zijn dan het aantal in te vullen mandaten, gaat de Algemene Vergadering van de VMOB over tot stemming. De kandidaten worden verkozen in volgorde van het aantal ontvangen stemmen. Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatst overblijvende mandaat van bestuurder gaat het mandaat naar de oudste kandidaat in jaren.

De bestuurders worden door de Algemene Vergadering van de VMOB verkozen voor een hernieuwbare periode van zes jaar.

Wanneer een bestuurder zijn bestuursmandaat niet kan voltooien omwille van overlijden of ingevolge ambtshalve, vrijwillig of gedwongen ontslag, wordt hij vervangen op de eerstvolgende Algemene Vergadering van de VMOB overeenkomstig de bepalingen van de artikelen 2.2.1., 2.2.2. en 2.2.3. van onderhavige statuten. De plaatsvervangende bestuurder voltooit het mandaat van de bestuurder die hij vervangt.

Artikel 2.2.4. Verlies van hoedanigheid en afzetting van een bestuurder

§ 1. Een bestuurder die zijn hoedanigheid van verzekeringnemer en/of verzekerde van de VMOB, of zijn hoedanigheid van lid van de Algemene Vergadering van het aangesloten ziekenfonds dat hij vertegenwoordigt, verliest, houdt van rechtswege op deel uit te maken van de Raad van Bestuur.

§ 2. De Algemene Vergadering van de VMOB kan beslissen tot afzetting van een bestuurder indien:

- de bestuurder de wet van 14 juli 1994, de wet van 6 augustus 1990 of andere regelgeving die van toepassing is op maatschappijen van onderlinge bijstand overtreedt;
- de bestuurder een al dan niet onvoorwaardelijke criminele of correctionele veroordeling heeft opgelopen;
- de bestuurder een fout of nalatigheid heeft begaan die de belangen van de VMOB ernstig schaadt of tegen de belangen, waarden en beginselen van de VMOB of een bij de VMOB aangesloten ziekenfonds indruist, of indien hem zijn burgerlijke en politieke rechten worden ontzegd;
- de bestuurder weigert zich te voegen naar de statuten en reglementen van de VMOB of een bij de VMOB aangesloten ziekenfonds.

De beslissing tot afzetting van een bestuurder is slechts geldig indien twee derde van de afgevaardigden van de Algemene Vergadering aanwezig zijn en de beslissing met een twee derde meerderheid van de stemmen werd genomen.

De bestuurder die eveneens lid is van de Algemene Vergadering van de VMOB kan niet deelnemen aan de beraadslaging en de stemming omtrent zijn eigen afzetting.

Artikel 2.2.5. Raadgevers

De Raad van Bestuur kan ten hoogste vijf raadgevers aanduiden die de zittingen van de Raad van Bestuur kunnen bijwonen met raadgevende stem. De raadgevers worden aangeduid voor een hernieuwbare periode van zes jaar.

Elk bij de VMOB aangesloten ziekenfonds beschikt minimaal over 1 raadgever.

Artikel 2.2.6. Voorzitter, ondervoorzitter, secretaris en penningmeester

De Raad van Bestuur verkiest in haar midden een voorzitter, een ondervoorzitter, een secretaris en een penningmeester. De voorzitter mag geen deel uitmaken van het Directiecomité.

De voorzitter is belast met de leiding van de Algemene Vergadering en van de Raad van Bestuur. Bij verhindering van de voorzitter wordt de Raad van Bestuur voorgezeten door de ondervoorzitter. Deze laatste mag eveneens geen deel uitmaken van het Directiecomité van de VMOB.

De voorzitter van de zitting tekent samen met de secretaris de notulen van de vergaderingen van de Algemene Vergadering en de Raad van Bestuur.

Artikel 2.2.7. Vergaderingen

De Raad van Bestuur vergadert in principe 4 keer per jaar en wordt bijeengeroepen op vraag van de voorzitter van de Raad van Bestuur of van twee bestuurders, en dit zo vaak als het belang van de VMOB dit vereist.

De bijeenroeping gebeurt per brief of per email en dit uiterlijk 2 werkdagen vóór de datum van de vergadering van de Raad van Bestuur. De bijeenroeping vermeldt de locatie, de datum en het tijdstip en bevat de agenda van de vergadering. De agenda wordt vastgelegd door de voorzitter van de Raad van Bestuur of door de bestuurders die de oproep uitvaardigen.

De Raad van Bestuur beraadslaagt geldig wanneer minstens de helft van de bestuurders aanwezig of vertegenwoordigd is, tenzij anders wordt bepaald bij wet of in onderhavige statuten, en fungeert als een college.

Wanneer de Raad van Bestuur niet geldig is samengesteld, worden de bestuurders binnen de acht kalenderdagen die volgen opnieuw bijeengeroepen. In dat geval treedt de Raad van Bestuur op geldige wijze in overleg over de punten die voor de tweede maal op de agenda zijn geplaatst, ongeacht het aantal aanwezige of vertegenwoordigde bestuurders.

Een bestuurder die de Raad van Bestuur niet persoonlijk kan bijwonen, kan zich middels een schriftelijke volmacht laten vertegenwoordigen door een andere bestuurder die lid is van hetzelfde ziekenfonds. Iedere bestuurder kan slechts houder zijn van één volmacht.

Elke aanwezige of geldig vertegenwoordigde bestuurder beschikt over één stem. De beslissingen worden genomen bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen, tenzij anders wordt bepaald bij wet of in onderhavige statuten. De onthoudingen worden niet meegeteld en in geval van staking van de stemmen, is de stem van de voorzitter beslissend.

De stemming kan via handopsteken gebeuren of via hoofdelijke stemming indien de helft van de bestuurders of de voorzitter dit vraagt. Wanneer over personen wordt gestemd, vindt de stemming anoniem plaats.

Wanneer het belang van de VMOB dit vereist, kan de Raad van Bestuur beslissingen nemen bij eenparig schriftelijk akkoord van de bestuurders. Deze procedure kan niet worden toegepast voor de vaststelling van de jaarrekening of elke andere situatie die door onderhavige statuten wordt uitgesloten.

De beslissingen van de Raad van Bestuur worden vastgelegd in notulen die ondertekend worden door de voorzitter van de zitting en de secretaris.

Artikel 2.2.8. Bevoegdheden en taken

De Raad van Bestuur verricht alle handelingen die nodig of nuttig zijn voor het bereiken van het maatschappelijk doel van de VMOB, met uitzondering van die handelingen die bij wet of door onderhavige statuten aan de Algemene Vergadering worden voorbehouden.

Zij bepaalt de waarden, de strategie en het algemeen beleid van de VMOB, en houdt toezicht op het dagelijks bestuur dat wordt uitgeoefend door het Directiecomité.

De Raad van Bestuur richt geen audit-, risico-, noch remuneratiecomité op, doch oefent in haar schoot alle activiteiten uit die hiermee verbonden zijn.

De Raad van Bestuur wijst de personen aan die de VMOB rechtsgeldig kunnen vertegenwoordigen.

Artikel 2.2.9. Reglement van Interne Orde Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur beschikt over een reglement van Interne Orde dat jaarlijks wordt herzien en goedgekeurd door de Raad van Bestuur.

Afdeling 2.3. Het Directiecomité

Artikel 2.3.1. Samenstelling

Het Directiecomité bestaat uit minstens vier bestuurders, de zogenaamde uitvoerende bestuurders. Het aantal uitvoerende bestuurders mag het aantal niet-uitvoerende bestuurders binnen de VMOB niet overschrijden.

De samenstelling wordt als volgt bepaald: de als bestuurders zetelende directeurs van de bij de VMOB aangesloten ziekenfondsen en minstens twee personeelsleden van de VMOB.

De leden van het Directiecomité worden aangeduid door de Raad van Bestuur, evenals het lid die de vergaderingen van het Directiecomité zal leiden, en dit voor een hernieuwbare periode van zes jaar.

De voorzitter van de Raad van Bestuur mag geen deel uitmaken van het Directiecomité.

Artikel 2.3.2. Vergaderingen

Het Directiecomité komt in principe iedere maand bijeen, met een minimum van twaalf keer per jaar. Het wordt bijeengeroepen door twee leden van het directiecomité.

De bijeenroeping gebeurt per brief of per email, vermeldt de locatie, de datum en het tijdstip en bevat de agendapunten van de vergadering.

De vergaderingen van het Directiecomité worden voorgezeten door het daartoe aangeduid Directielid, bij diens afwezigheid, door een ander lid hiertoe aangewezen door het Directiecomité.

Interne en/of externe deskundigen kunnen gevraagd worden om deel te nemen aan de vergaderingen om toelichting te verstrekken bij bepaalde agendapunten.

Het Directiecomité beraadslaagt geldig als minstens drie leden aanwezig zijn en fungeert als een college. Elk lid van het Directiecomité heeft 1 stem en de beslissingen worden genomen bij consensus. Indien een consensus niet mogelijk is, worden de beslissingen genomen bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen, tenzij anders wordt bepaald bij wet of in onderhavige statuten. In geval van gelijkheid van stemmen heeft het Directielid die de vergaderingen leidt de beslissende stem.

De beslissingen van het Directiecomité worden vastgelegd in notulen die door minstens twee op de vergadering aanwezige leden van het Directiecomité worden getekend.

Artikel 2.3.3. Bevoegdheden en taken

Het effectieve bestuur en de dagdagelijkse leiding van de VMOB wordt door de Raad van Bestuur toevertrouwd aan het Directiecomité. Het oefent deze bevoegdheid uit binnen het kader van het algemeen beleid gedefinieerd door en onder het toezicht van de Raad van Bestuur.

Het Directiecomité formuleert voorstellen en raadgevingen aan de Raad van Bestuur met het oog op de bepaling van het algemeen beleid en de strategie van de VMOB en communiceert alle informatie en pertinente gegevens om de Raad van Bestuur in staat te stellen met kennis van zaken beslissingen te nemen.

Onverminderd de door de Raad van Bestuur uitgeoefende controle verzorgt het Directiecomité de organisatie, de oriëntatie en de evaluatie van de interne controlemechanismen en -procedures, waaronder met name de onafhankelijke controlefuncties.

Het Directiecomité organiseert een intern controlesysteem waarmee met redelijke zekerheid de betrouwbaarheid van de interne rapportering en van het financiële communicatieproces kan worden vastgesteld teneinde de conformiteit van de jaarrekening met de geldende boekhoudkundige normen te verzekeren.

Het Directiecomité brengt aan de Raad van Bestuur verslag uit over de financiële toestand van de VMOB en over alle aspecten die nodig zijn voor een juiste vervulling van haar taken.

De Raad van Bestuur bepaalt de voorwaarden waaronder het Directiecomité de VMOB financieel en/of administratief kan engageren.

Artikel 2.3.4. Reglement van Interne Orde Directiecomité

Het Directiecomité beschikt over een reglement van Interne Orde dat jaarlijks wordt herzien en goedgekeurd door de Raad van Bestuur.

HOOFDSTUK 3. VERZEKERINGEN VAN DE VMOB

Afdeling 3.1. HospiPlan

Artikel 3.1.1. Definities

Ambulante zorgen:

Medische zorgen verleend buiten een hospitalisatie.

Bestaande aandoening:

Elke aandoening, ziekte of toestand van de verzekerde welke op het ogenblik van de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst al bestond, of waarvan de symptomen zich al hadden gemanifesteerd, waarna de aandoening, ziekte of toestand binnen een termijn van 24 maanden na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst werd gediagnosticeerd. De aandoening, ziekte of toestand werd op de medische vragenlijst, hetzij vermeld, hetzij - al dan niet opzettelijk - niet vermeld.

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.

Gelijaardige verzekering:

Elke hospitalisatieverzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die voorziet in een kostendekkende vergoeding en waarvan de terugbetaling van de supplementen in een één- en twee- of meerpersoonskamer vergelijkbaar is met de verzekering HospiPlan.

Het bewijs van dekking door een gelijaardige 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.

Hospitalisatie:

Iedere noodzakelijke medische opname in één van de volgende diensten van een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd, alsook iedere daghospitalisatie:

- 19 dienst niet-intensieve neonatale verzorging,
- 20 dienst voor behandeling van de 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 vroeggeborenen en zwakke pasgeborenen,
- 29 eenheid voor behandeling van zware brandwonden,
- 30 dienst voor geriatrie,
- 34 dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst),
- 37 dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst),
- 41 psychiatrische dienst (T-dienst),
- 49 dienst voor intensieve zorgen,
- 61 cardiopulmonaire 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.

Iedere hospitalisatie die zowel een verblijf op een twee- of meerpersoonskamer als op een eenpersoonskamer omvat, wordt volledig beschouwd als een hospitalisatie op een eenpersoonskamer.

Implantaat:

Elk synthetisch of lichaamsvreemd instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk ander artikel, dat door de fabrikant is bestemd om uitsluitend bij de mens en hoofdzakelijk voor de volgende doeleinden te worden aangewend:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte;
- diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van een verwonding of handicap;
- onderzoek, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces, waarbij de belangrijkste beoogde werking op het menselijk lichaam niet met farmacologische, chemische of immunologische middelen of door het metabolisme wordt bereikt, maar wel door dergelijke middelen kan worden ondersteund.

Het implantaat wordt op chirurgische of medische wijze in het menselijk lichaam of in een natuurlijke opening geheel of gedeeltelijk geïmplanterd of het vervangt een deel van het epitheelweefsel.

Het implantaat is bestemd om na de ingreep gedurende tenminste 30 dagen geïmplanterd te blijven. Het is enkel te verwijderen door een chirurgische ingreep of medische handeling.

Medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken:

Elke medische techniek die een bevruchting tot stand kan brengen, zoals kunstmatige inseminatie, in-vitrofertilisatie (IVF) en intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI).

Mutualistisch gezin:

De gerechtigde en zijn personen ten laste zoals deze gekend zijn bij de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen.

Ongeval:

Elke plotselinge gebeurtenis waarvan de oorzaak of één van de oorzaken vreemd is aan het organisme van de verzekerde en die zijn/haar fysieke integriteit aantast.

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.

Prothese:

Kunstledematen en toestellen bedoeld om aangetaste lichaamsdelen of organen geheel of gedeeltelijk te vervangen.

Inwendige prothesen maken deel uit van de implantaten.

Synthesemateriaal:

Elk synthetisch of lichaamsvreemd instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk ander artikel, dat is bestemd om uitsluitend bij de mens en hoofdzakelijk voor de volgende doeleinden te worden aangewend:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte, verwonding of handicap;
- onderzoek, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces, waarbij de belangrijkste beoogde werking op het menselijk lichaam niet met farmacologische of immunologische middelen of door het metabolisme wordt bereikt.

Het synthesemateriaal dringt gedurende de beoogde tijdsduur gedeeltelijk of volledig in het lichaam binnen door een chirurgische ingreep, via een natuurlijke lichaamsopening of door het lichaamsoppervlak heen.

Remgeld:

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.

Verpleegdag:

De kost die het ziekenhuis mag aanrekenen voor elke ziekenhuisopname 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 dat desbetreffend 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:

Dit omvat deze Algemene Voorwaarden en de Bijzondere Voorwaarden. De Bijzondere Voorwaarden primeren op de Algemene Voorwaarden.

Vrijstelling:

Het gedeelte van de kosten dat ten laste blijft van de verzekerde.

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:

- voor de kosten gemaakt in België: elke tegemoetkoming die wordt bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, arbeidsongevallen en beroepsziekten;
- voor de kosten gemaakt in het buitenland: elke terugbetaling waarin een met het desbetreffende land afgesloten overeenkomst op het gebied van de sociale zekerheid voorziet, of bij gebreke hieraan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in voornoemde Belgische wetgeving.

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 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, of als psychiatrisch ziekenhuis volgens artikel 3 van voornoemde wet.

Worden niet beschouwd als een ziekenhuis:

- revalidatiecentra;
- medisch-pedagogische instellingen (MPI's);
- instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen;
- gedeelten van ziekenhuizen die erkend zijn voor toepassing van rust- en kuuroorden;
- ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" verkregen hebben (koninklijk besluit nr. 59 van 22 juli 1982 tot wijziging van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging).

Ziekte:

Elke aantasting van de gezondheid van de verzekerde die een andere oorzaak heeft dan een ongeval, en die erkend is door een arts die gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte zich voordoet.

Zorgverblijf:

Het tijdelijk verblijf voor herstel of revalidatie na een hospitalisatie in een daartoe erkende en gespecialiseerde voorziening.

Zwangerschapsverwickelingen:

Hieronder worden volgende aandoeningen en behandelingen verstaan: gestosen, placenta-aandoeningen, miskraam, zwangerschapsinstandhoudende ingrepen, ectopische zwangerschap, baarmoedercurettagage ingevolge zwangerschap en embryotomie.

Artikel 3.1.2. Doel van de verzekering

Deze verzekering beoogt, binnen de grenzen van de verzekeringsovereenkomst, tegemoet te komen in de kosten van:

- hospitalisatie, en
- ambulante zorgen en geneesmiddelen voorafgaand en volgend op een hospitalisatie.

Artikel 3.1.3. 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, verzekeringsvoorstel en medische vragenlijst 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.

Kandidaat-verzekerden die muteren en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst een gelijkaardige verzekering hadden, moeten geen medische vragenlijst invullen en ondertekenen.

De medische vragenlijst mag op het ogenblik van inwerkingtreding van, of toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst niet ouder zijn dan 90 dagen.

Artikel 3.1.4. Aanvaarding en inwerkingtreding van de verzekering

§ 1. Mits alle verplichtingen van artikel 3.1.3. werden nageleefd, aanvaardt de verzekeraar de vraag tot onderschrijving van, of toetreding tot, de verzekering:

- zonder beperking van de tegemoetkoming;
- met een beperking van de tegemoetkoming ingevolge een bestaande aandoening gedurende minimum 5 jaar; de beperkingen worden uitdrukkelijk opgenomen in de

Bijzondere Voorwaarden en kunnen na afloop van 5 jaar opnieuw geëvalueerd worden op basis van een nieuw en actueel medisch verslag.

§ 2. De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, doch nooit vóór de 1^{ste} van de maand volgend op de ontvangst van de volledig ingevulde behoefteanalysefiche, het volledig ingevuld verzekeringsvoorstel en in voorkomend geval de medische vragenlijst. 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 1^{ste} premie.

Artikel 3.1.5. Duur van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

Artikel 3.1.6. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.1.7. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.1.7. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.1.7. van deze Algemene Voorwaarden.
- In geval van niet-betaling van de premie op de jaarlijkse vervalddag wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd volgens de bepalingen van artikel 3.1.8. 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.

De verzekeraar is gehouden tot vergoeding van de kosten, zoals omschreven in de artikelen 3.1.11. en 3.1.12. van deze Algemene Voorwaarden, voor elke hospitalisatie die een aanvang nam voor het einde van de verzekeringsovereenkomst.

Artikel 3.1.7. 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 3.1.6. 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 3.1.8. Premie

§ 1. De premie voor alle verzekerden samen, is verschuldigd door de verzekeringnemer op de jaarlijkse vervalddag, 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. Ingeval 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.

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

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.

Voor pasgeborenen en adoptiekinderen jonger dan 18 jaar die vanaf geboortedatum of adoptiedatum toetreden tot een bestaande verzekeringsovereenkomst is de premie slechts verschuldigd vanaf de 1^{ste} van de maand volgend op voornoemde data.

§ 2. Niet-betaling van de premie op de vervalddag 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. Op 1 januari 2017 bedraagt de jaarpremie voor de verzekerden die bij de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst:

- a) jonger zijn dan 50 jaar:
- | | |
|-----------------------|----------|
| 0 tot en met 25 jaar | € 39,84 |
| 26 tot en met 49 jaar | € 136,20 |

50 tot en met 64 jaar	€ 167,52
65 jaar en ouder	€ 259,68

- b) 50 jaar of ouder zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst een gelijkaardige verzekering hadden:

50 tot en met 64 jaar	€ 167,52
65 jaar en ouder	€ 259,68

- c) tussen 50 en 65 jaar zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst geen gelijkaardige verzekering hadden:

50 tot en met 64 jaar	€ 259,68
65 jaar en ouder	€ 259,68

- d) 65 jaar of ouder zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst geen gelijkaardige verzekering hadden:

65 tot en met 69 jaar	€ 333,00
70 jaar en ouder	€ 484,32

In afwijking op § 3, a, betalen verzekerden die 89 jaar of ouder worden in 2017 en al van vóór 1 april 2014 deze verzekeringsovereenkomst onderschreven of ertoe toetraden, een jaarpremie van € 420,72.

Artikel 3.1.9. Indexering en tariefwijziging

§ 1. De premies, de vrijstelling en de 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, zoals vermeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014.

§ 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 3.1.10. Wachtijd

§ 1. Het recht op tegemoetkoming gaat in na een wachtijd van 3 maanden. In afwijking op deze algemene wachtijd van 3 maanden bestaat er voor medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken een bijzondere wachtijd van 12 maanden.

§ 2. De algemene wachtijd van 3 maanden is niet van toepassing voor:

- pasgeborenen of adoptiekinderen jonger dan 18 jaar die toetreden tot een bestaande verzekeringsovereenkomst, op voorwaarde dat de verzekeringnemer al minimum 3 maanden gedekt is door deze overeenkomst;
- hospitalisaties die het gevolg zijn van een ongeval dat zich na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst heeft voorgedaan;
- alle acute, levensbedreigende infectieziekten die de verzekerde hebben getroffen na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst en die niet door eenvoudige en algemeen erkende vaccinaties kunnen vermeden worden (of optreden vóór de normale vaccinatietijd).

§ 3. 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 HospiPlan vergelijkbare dekking biedt, wordt de wachtijd verminderd 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.

Artikel 3.1.11. Waarborg hospitalisatie

§ 1. In geval van hospitalisatie ten gevolge van ziekte, ongeval, zwangerschapsverwickelingen en/of een (thuis)bevalling, komt de verzekeraar tegemoet in volgende kosten:

- de remgelden;
- de kamersupplementen, met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer, beperkt tot € 60 per dag;
- de farmaceutische producten;
- de erelonen en ereloon-supplementen, beperkt tot 100 % boven de door de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voorziene bedragen;
- de kosten voor endoscopisch- en viscerosynthesemateriaal, de vergoedbare en niet-vergoedbare implantaten en therapeutische prothesen, orthopedische apparaten, de parafarmaceutische producten en de diverse medische kosten voor zover deze geplaatst of gebruikt worden tijdens de hospitalisatie en in rechtstreeks verband staan met de chirurgische ingreep, beperkt tot € 3.000 per verzekeringsjaar;
- de medisch noodzakelijke tandextracties uitgevoerd onder algemene verdoving;

- de prestaties waarvoor de officiële nomenclatuur niet tussenkomt aan 100 %, beperkt tot € 500 per verzekeringsjaar;
- de verblijfkosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan 12 jaar, van de begeleider van een gehandicapt persoon, van een afhankelijk persoon wanneer de begeleider wordt gehospitaliseerd (rooming-in), met een maximum van € 15 per dag en beperkt tot 14 dagen per verzekeringsjaar;
- de verblijfkosten voor een zorgverblijf met een maximum van € 7,50 per dag en beperkt tot maximum 28 dagen per verzekeringsjaar;
- de kosten verbonden aan het donorschap, beperkt tot € 500 euro per verzekeringsjaar;
- de kosten van plastische reparatieve heelkunde in geval van wegname van bewezen (pre-)cancereuse letsels, herstel van een belangrijk huiddeficit, herstellende heelkunde na een mutilerend ongeval, na een mutilerende behandeling of bij belangrijke letsels vastgesteld bij pasgeborenen;
- de kosten voor thuisbevalling en poliklinische bevalling tot maximum € 500 per bevalling (de kosten die in verband staan met de zwangerschap en de 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, en de kosten van kraamzorg tot maximum € 200 en maximum € 5 per gepresteerd uur kraamzorg);
- de kosten van ongevallen die het gevolg zijn van het beoefenen van sporten en vrijetijdsactiviteiten die algemeen als weinig gevaarlijk worden beschouwd en die geen betaalde activiteit zijn;
- de kosten van aangepast liggend vervoer met een ziekenwagen, bij opname en ontslag uit het ziekenhuis, en bij verplaatsing van het ene ziekenhuis naar het andere om medische redenen, beperkt tot € 125 per verzekeringsjaar;
- de kosten van aangepast vervoer met een helikopter verantwoord om dringende medische redenen, beperkt tot € 500 per verzekeringsjaar.

§ 2. De verzekeraar vergoedt de kosten verbonden aan medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken, per verzekerde en over de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst, tot € 500.

§ 3. De verzekeraar vergoedt de kosten verbonden aan borstreducties en obesitasbehandelingen, alsook de gevolgen ervan, per verzekerde en over de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst, samen tot € 1.000, mits de verzekerde de voorafgaandelijke toestemming van de adviserende geneesheer van zijn/haar ziekenfonds hiertoe heeft verkregen en tussenkomst geniet vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

§ 4. In geval van hospitalisatie omwille van 2 ingrepen waarvan 1 uitgesloten is overeenkomstig artikel 3.1.14. van deze Algemene Voorwaarden, vergoedt de verzekeraar de totale hospitalisatiekosten tot 50 %.

§ 5. Hospitalisaties ten gevolge van een bestaande aandoening worden door de verzekeraar vergoed:

- volgens de bepalingen van de §§ 1 tot en met 4 van dit artikel bij keuze voor een twee- of meerpersoonskamer;
- volgens de bepalingen van de §§ 1 tot en met 4 van dit artikel, met uitzondering van de kamer- en ereloonsupplementen waarvoor geen tegemoetkoming wordt toegekend, bij keuze voor een éénpersoonskamer.

§ 6. De verzekerde die tijdens de eerste 9 maanden na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst wordt gehospitaliseerd ten gevolge van een zwangerschap of een bevalling wordt vergoed volgens de bepalingen van § 5 van dit artikel, behoudens tegenbewijs van vroeggeboorte via een medisch verslag.

Artikel 3.1.12. Waarborg pre- en posthospitalisatie

De verzekeraar voorziet een forfaitaire tegemoetkoming in de kosten van ambulante zorgen en geneesmiddelen voorgeschreven door de behandelende arts, op voorwaarde dat deze kosten rechtstreeks verband houden met de hospitalisatie.

De forfaitaire tegemoetkoming bedraagt € 10 per verpleegdag, met een maximum van € 400 per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Artikel 3.1.13. Vrijstelling en dekkingslimieten

§ 1. In geval van keuze voor een hospitalisatie op een éénpersoonskamer waarvoor kameren ereloonsupplementen aangerekend worden, wordt de tegemoetkoming van de verzekeraar in de hospitalisatiekosten, per verzekerde en per verzekeringsjaar, verminderd met een vrijstelling van € 125,00.

Bij een ononderbroken hospitalisatie verspreid over twee verzekeringsjaren wordt voormelde vrijstelling van € 125,00 slechts éénmalig toegepast.

Iedere hospitalisatie die zowel een verblijf op een twee- of meerpersoonskamer als op een eenpersoonskamer omvat, wordt volledig beschouwd als een hospitalisatie op een eenpersoonskamer.

§ 2. De totale tegemoetkoming die de verzekeraar in het kader van de verzekeringsovereenkomst voor de waarborg hospitalisatie en de waarborg pre- en posthospitalisatie uitkeert, is beperkt tot € 17.500 per verzekerde en per verzekeringsjaar. De totale tegemoetkoming voor de waarborg pre- en posthospitalisatie is, per verzekerde en per verzekeringsjaar, beperkt tot € 400.

§ 3. De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot € 1.000, per verzekerde en per verzekeringsjaar, voor een hospitalisatie in één van volgende diensten:

- 34 dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst),
- 37 dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst),

- 41 psychiatrische dienst (T-dienst),
- 61 cardiopulmonaire aandoeningen,
- 62 locomotorische aandoeningen,
- 63 neurologische aandoeningen,
- 64 chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn,
- 65 chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn,
- 66 psychogeriatrische aandoeningen,
- 69 chronische aandoeningen.

Artikel 3.1.14. Uitsluitingen

De verzekeraar vergoedt geen:

- kosten ten gevolge van oorlogsfeiten en burgeroorlog;
- kosten die het gevolg zijn van burgerlijke onlusten of oproer, rellen of andere collectieve gewelddaden, mits de verzekerde er vrijwillig aan deelnam;
- kosten ten gevolge van opzettelijke daden, inclusief zelfmoord of poging tot zelfmoord, of vrijwillige verminking van de verzekerde;
- kosten die het gevolg zijn van roekeloze handelingen, vechtpartijen of weddenschappen;
- kosten ten gevolge van radioactieve stralingen of uitwerking van radioactieve afvalstoffen; bestralingen ingevolge een medische behandeling worden wel vergoed door de verzekeraar;
- kosten die het gevolg zijn van dronkenschap, alcoholisme of alcoholintoxicatie van de verzekerde, of van het misbruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs;
- kosten die betrekking hebben op een louter esthetische behandeling of verzorging, plastische heelkunde, verjongingskuren, comfortbehandelingen of behandelingen die de contouren van het lichaam wijzigen;
- kosten ten gevolge van verzorging en behandelingen van kaakbeen- en tandaandoeningen, inclusief tandkronen, stiften, tandprothesen, tandimplantaten, kaakbeenenting, tandopvulling en orthodontie;
- kosten die betrekking hebben op drank, gebruik van telefoon en TV;
- kosten voor het funerarium;
- kosten ten gevolge van volgende behandelingen, evenals de gevolgen en de verwickelingen ervan: wegname van vetweefsels, abdominoplastie, vergroting - met of zonder implantaat- van de borsten, borstreconstructie, oorstandcorrectie, neusvormwijziging, haarimplantatie, lifting, verwijderen van rimpels, tatoeëring en plaatsing van een piercing, peeling, heelkundige of mechanische behandeling van obesitas waarvoor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen geen tussenkomst voorziet, behandeling van camouflage, verandering of wijziging van de uitwendige geslachtsorganen, anticonceptieve behandeling en abortus;
- kosten die voortvloeien uit de beoefening van eender welke sport als betaalde activiteit, inclusief trainingen, of uit de vrijetijdsbeoefening van volgende gevaarlijke sporten: luchtvaartsporten (zoals onder meer deltavliegen,

- 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;
- kosten die voortvloeien uit ongevallen die plaats hebben bij luchtvervoer, behalve indien de verzekerde passagier is en tijdens de vlucht geen enkele beroeps- of andere activiteit verricht in verband met het toestel of de vlucht;
 - kosten die betrekking hebben op orthopedische zolen, loopzolen, orthopedische schoenen en voetheffers, rolwagens en toebehoren, breukbanden, buikgordels of lumbostaten, brillen, contactlenzen, zichtcorrecties, verbanden, incontinentiemateriaal, beugels, oogprotheses, inwendige en uitwendige hoorapparaten en halssteunen;
 - kosten die betrekking hebben op producten voor hygiëne- en lichaamsverzorging, dieet- en voedingsproducten, babyproducten, thermometer;
 - kosten die verband houden met sanitair materiaal;
 - kosten die verband houden met een verblijf in een instelling die niet valt onder het begrip ziekenhuis;
 - kosten voor psychologische raadplegingen en therapieën, ergotherapeutische raadplegingen en dieetconsultaties waarvoor er geen tussenkomst is vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
 - kosten die zich voordeden of een aanvang namen vóór de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst of tijdens de wachttijd;
 - kosten die verband houden met een hospitalisatie in de diensten 35, 36, 38, 39, 42, 43, 44, 45 of de spoedgevallendienst van een ziekenhuis;
 - kosten die betrekking hebben op een alternatieve of niet-conventionele geneeskundige behandeling, zoals bijvoorbeeld acupunctuur, homeopathie, chiropraxie, osteopathie en fytotherapie.

Artikel 3.1.15. Territoriale geldigheid

De verzekeringsovereenkomst dekt enkel de hospitalisaties die in België plaatsvonden, de in België verstrekte ambulante zorgen voorafgaand of volgend op een hospitalisatie in België, alsook de geneesmiddelen die in België werden voorgeschreven en verstrekt.

In afwijking op voorgaande alinea, voorziet de verzekeraar een tegemoetkoming in geval van hospitalisatie in het buitenland, beperkt tot maximum 10 hospitalisatiedagen per verzekerde en per verzekeringsjaar, te rekenen vanaf de dag van opname, waarbij de tegemoetkoming beperkt wordt tot € 125 per dag.

Artikel 3.1.16. Schadeaangifte

§ 1. De verzekerde is verplicht tijdig, en zo snel als redelijkerwijze mogelijk, aangifte te doen van de hospitalisatie en dit uiterlijk 3 jaar na het einde van de maand waarin de hospitalisatie plaatsvond.

De aangifte gebeurt ofwel elektronisch via het derdebetalerssysteem HospiPluskaart (AssurCard), ofwel schriftelijk aan de hand van het door de verzekeraar ter beschikking gestelde schadeaangifteformulier.

§ 2. De aangifte via het elektronisch derdebetalerssysteem HospiPluskaart impliceert dat de verzekeraar de hospitalisatiefactuur van de verzekerde voorschiet zonder voorlegging van specifieke bewijsstukken.

Deze door de verzekeraar voorgeschoten factuur is echter niet altijd geheel ten haren laste, aangezien deze Algemene Voorwaarden voorzien dat bepaalde kosten niet gewaarborgd worden door de verzekeraar, zoals bijvoorbeeld de telefoonkosten en de vrijstelling.

Dergelijke niet-gewaarborgde kosten worden rechtstreeks van de verzekerde teruggevorderd en moeten binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de datum van opmaak van de terugvordering, betaald worden aan de verzekeraar. Bij gebrek aan terugbetaling binnen de gestelde termijn wordt:

- het bedrag van de niet-gewaarborgde kosten vermeerderd met een administratiekost van € 15, welke door de verzekerde ook betaald dient te worden, en
- het gebruik van de HospiPluskaart opgeschort en kan deze definitief ingetrokken worden voor de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst.

De verzekeraar zal de verzekerde die weigert te betalen in gebreke stellen via een aangetekend schrijven, en kan beslissen om:

- de debet- en creditfacturen in hoofde van de verzekerde te verrekenen; en/of
- het dossier over te maken aan haar raadsman voor verdere gerechtelijke invordering.

De verzekeraar behoudt zich het recht voor om de niet-gewaarborgde kosten te compenseren met de door haar verschuldigde tegemoetkoming in de kosten van de ambulante zorgen voorafgaand en volgend op een hospitalisatie.

§ 3. De aangifte via het door de verzekeraar ter beschikking gestelde schadeaangifteformulier gebeurt schriftelijk.

De tegemoetkoming wordt in dit geval terugbetaald na voorlegging van de originele facturen. De verzekeraar kan bijkomende bewijsstukken eisen indien hij dit nodig acht.

Artikel 3.1.17. Prestaties en 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. Wanneer de hospitalisatiekosten al betaald werden, wordt de tegemoetkoming uitbetaald aan de persoon die het bewijs van betaling levert.

Volgende tegemoetkomingen worden in mindering gebracht van de tegemoetkoming 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,
- de tegemoetkomingen die de verzekerde al heeft ontvangen in uitvoering van een andere commerciële individuele of collectieve verzekering.

Artikel 3.1.18. Minnelijke Medische Expertise

Een meningsverschil nopens een kwestie van medische aard kan, met het akkoord van de verzekeraar en de verzekerde, beslecht worden door een Minnelijke Medische Expertise. De verzekeraar en de verzekerde duiden elk een arts aan; bij gebrek aan akkoord tussen beide artsen wordt bij gemeen overleg tussen hen een derde arts aangesteld of, bij ontstentenis hiervan, door de Voorzitter van de Rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de verzekerde op verzoek van de meest gereede partij. De beslissing van deze derde arts is bindend.

De Minnelijke Medische Expertise verloopt rekening houdende met de bepalingen van de verzekeringsovereenkomst.

Elke partij betaalt de honoraria en kosten van zijn arts. De honoraria en kosten van de derde arts, alsook de kosten van diens aanwijzing en de bijkomende onderzoekskosten worden gelijk verdeeld.

Artikel 3.1.19. Onterechte betalingen en subrogatie

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

§ 2. Voor alle tussenkomsten die de verzekeraar betaald heeft, treedt hij tot beloop van het bedrag van die tussenkomsten in de rechten en rechtsvorderingen van de verzekerde tegen de aansprakelijke derden. Bijgevolg mag de verzekerde geen afstand van verhaal doen zonder voorafgaandelijk schriftelijk akkoord van de verzekeraar.

Indien door toedoen van de verzekerde de subrogatie geen gevolg kan hebben ten voordele van de verzekeraar, kan deze van hem de terugbetaling vorderen van de betaalde tussenkomsten in de mate van het geleden nadeel.

Rekening houdende met voorgaande bepalingen is de verzekerde ertoe gehouden de identiteit van de aansprakelijke derden onverwijld mee te delen aan de verzekeraar.

§ 3. In afwijking op § 2 van dit artikel is subrogatie niet mogelijk als de aansprakelijke derden eerste lijn of de echtgeno(o)t(e) van de verzekerde zijn, noch als zij de bij hem inwonende personen, zijn gasten of zijn huispersoneel zijn, tenzij er sprake is van kwaad opzet of hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een verzekeringsovereenkomst is gedekt.

Artikel 3.1.20. 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 3.1.21. Communicatie en briefwisseling

De verzekeraar kiest als woonplaats haar 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 3.1.22. 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 3.1.23. 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.

De klacht kan eveneens voorgelegd worden aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûssquare 35 te 1000 Brussel, www.ombudsman.as of via mail: info@ombudsman.as.

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

Artikel 3.1.24. 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 overzending 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.

Artikel 3.1.25. Overgang van een verzekering van de verzekeraar

Kandidaat-verzekerden die deze verzekeringsovereenkomst willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en overstappen van een andere verzekering van de verzekeraar, kunnen intekenen indien:

- zij al 1 jaar ononderbroken aangesloten waren bij hun oorspronkelijke verzekering,
- zij de premie van hun oorspronkelijke verzekering hebben betaald en deze op correcte wijze hebben beëindigd,
- zij alle in artikel 3.1.3. van deze overeenkomst bepaalde verplichtingen hebben nageleefd, en
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

In afwijking op voorgaande alinea is overstap van de kostendekkende verzekering HospiPlus naar deze verzekeringsovereenkomst maandelijks mogelijk, ongeacht de periode van aansluiting bij HospiPlus en zonder medische vragenlijst (in het kader van de verzekering HospiPlus geformuleerde beperkingen blijven ook bij overgang van toepassing). De verzekering HospiPlus wordt beschouwd als een gelijkaardige verzekering.

Bij overgang van de verzekering HospiPlus naar deze verzekeringsovereenkomst kan de maximale dekking per verzekeringsjaar nooit meer bedragen dan de dekkingen die worden voorzien in de Algemene Voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst HospiPlus.

In geval van overgang van een andere verzekering van de verzekeraar naar deze verzekeringsovereenkomst gaat de dekking pas in na afloop van de wachttijd, zoals bepaald in artikel 3.1.10. van deze Algemene Voorwaarden. Er is echter geen wachttijd in geval van overgang van de verzekering HospiContinu of de verzekering HospiPlus naar deze verzekeringsovereenkomst.

Afdeling 3.2. HospiPlus

Artikel 3.2.1. Definities

Ambulante zorgen:

Medische zorgen verleend buiten een hospitalisatie.

Bestaande aandoening:

Elke aandoening, ziekte of toestand van de verzekerde welke op het ogenblik van de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst al bestond, of waarvan de symptomen zich al hadden gemanifesteerd, waarna de aandoening, ziekte of toestand binnen een termijn van 24 maanden na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst werd gediagnosticeerd. De aandoening, ziekte of toestand werd op de medische vragenlijst, hetzij vermeld, hetzij - al dan niet opzettelijk - niet vermeld.

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.

Gelijkaardige verzekering:

Elke hospitalisatieverzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die voorziet in een kostendekkende vergoeding en waarvan de terugbetaling van de supplementen in een één- en twee- of meerpersoonskamer vergelijkbaar is met de verzekering HospiPlus.

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 voortvloeiën of kunnen voortvloeiën en die in die hoedanigheid bij een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds is ingeschreven.

Hospitalisatie:

Iedere noodzakelijke medische opname in één van de volgende diensten van een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd, alsook iedere daghospitalisatie:

- 19 dienst niet-intensieve neonatale verzorging,
- 20 dienst voor behandeling van de 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 vroeggeborenen en zwakke pasgeborenen,
- 29 eenheid voor behandeling van zware brandwonden,
- 30 dienst voor geriatrie,
- 34 dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst),
- 37 dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst),
- 41 psychiatrische dienst (T-dienst),
- 49 dienst voor intensieve zorgen,
- 61 cardiopulmonaire aandoeningen,
- 62 locomotorische aandoeningen,
- 63 neurologische aandoeningen,
- 64 chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn,
- 65 chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn,
- 66 psychogeriatrische aandoeningen,
- 69 chronische aandoeningen,
- Gipskamer.

Iedere hospitalisatie die zowel een verblijf op een twee- of meerpersoonskamer als op een eenpersoonskamer omvat, wordt volledig beschouwd als een hospitalisatie op een eenpersoonskamer.

Implantaat:

Elk synthetisch of lichaamsvreemd instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk ander artikel, dat door de fabrikant is bestemd om uitsluitend bij de mens en hoofdzakelijk voor de volgende doeleinden te worden aangewend:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte;
- diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van een verwonding of handicap;
- onderzoek, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces, waarbij de belangrijkste beoogde werking op het menselijk lichaam niet met farmacologische, chemische of immunologische middelen of door het metabolisme wordt bereikt, maar wel door dergelijke middelen kan worden ondersteund.

Het implantaat wordt op chirurgische of medische wijze in het menselijk lichaam of in een natuurlijke opening geheel of gedeeltelijk geïmplantéerd of het vervangt een deel van het epitheelweefsel.

Het implantaat is bestemd om na de ingreep gedurende tenminste 30 dagen geïmplantéerd te blijven. Het is enkel te verwijderen door een chirurgische ingreep of medische handeling.

Medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken:

Elke medische techniek die een bevruchting tot stand kan brengen, zoals kunstmatige inseminatie, in-vitrofertilisatie (IVF) en intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI).

Mutualistisch gezin:

De gerechtigde en zijn personen ten laste zoals deze gekend zijn bij de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen.

Ongeval:

Elke plotselinge gebeurtenis waarvan de oorzaak of één van de oorzaken vreemd is aan het organisme van de verzekerde en die zijn/haar fysieke integriteit aantast.

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.

Prothese:

Kunstledematen en toestellen bedoeld om aangetaste lichaamsdelen of organen geheel of gedeeltelijk te vervangen.

Inwendige prothesen maken deel uit van de implantaten.

Synthesemateriaal:

Elk synthetisch of lichaamsvreemd instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk ander artikel, dat is bestemd om uitsluitend bij de mens en hoofdzakelijk voor de volgende doeleinden te worden aangewend:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte, verwonding of handicap;
- onderzoek, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces, waarbij de belangrijkste beoogde werking op het menselijk lichaam niet met farmacologische of immunologische middelen of door het metabolisme wordt bereikt.

Het synthesemateriaal dringt gedurende de beoogde tijdsduur gedeeltelijk of volledig in het lichaam binnen door een chirurgische ingreep, via een natuurlijke lichaamsopening of door het lichaamsoppervlak heen.

Remgeld:

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.

Verpleegdag:

De kost die het ziekenhuis mag aanrekenen voor elke ziekenhuisopname 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 dat desbetreffend 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:

Dit omvat deze Algemene Voorwaarden en de Bijzondere Voorwaarden. De Bijzondere Voorwaarden primeren op de Algemene Voorwaarden.

Vrijstelling:

Het gedeelte van de kosten dat ten laste blijft van de verzekerde.

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:

- voor de kosten gemaakt in België: elke tegemoetkoming die wordt bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, arbeidsongevallen en beroepsziekten;
- voor de kosten gemaakt in het buitenland: elke terugbetaling waarin een met het desbetreffende land afgesloten overeenkomst op het gebied van de sociale zekerheid voorziet, of bij gebreke hieraan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in voornoemde Belgische wetgeving.

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 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, of als psychiatrisch ziekenhuis volgens artikel 3 van voornoemde wet.

Worden niet beschouwd als een ziekenhuis:

- revalidatiecentra;
- medisch-pedagogische instellingen (MPI's);
- instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen;
- gedeelten van ziekenhuizen die erkend zijn voor toepassing van rust- en kuuroorden;
- ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" verkregen hebben (koninklijk besluit nr. 59 van 22 juli 1982 tot wijziging van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging).

Ziekte:

Elke aantasting van de gezondheid van de verzekerde die een andere oorzaak heeft dan een ongeval, en die erkend is door een arts die gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte zich voordoet.

Zorgverblijf:

Het tijdelijk verblijf voor herstel of revalidatie na een hospitalisatie in een daartoe erkende en gespecialiseerde voorziening.

Zwangerschapsverwickelingen:

Hieronder worden volgende aandoeningen en behandelingen verstaan: gestosen, placenta-aandoeningen, miskraam, zwangerschapsinstandhoudende ingrepen, ectopische zwangerschap, baarmoedercurettagage ingevolge zwangerschap en embryotomie.

Artikel 3.2.2. Doel van de verzekering

Deze verzekering beoogt, binnen de grenzen van de verzekeringsovereenkomst, tegemoet te komen in de kosten van:

- hospitalisatie, en
- ambulante zorgen en geneesmiddelen voorafgaand en volgend op een hospitalisatie.

Artikel 3.2.3. 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 behoefteanalysefiche, verzekeringsvoorstel en medische vragenlijst 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.

Kandidaat-verzekerden die muteren en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst een gelijkaardige verzekering hadden, moeten geen medische vragenlijst invullen en ondertekenen.

De medische vragenlijst mag op het ogenblik van inwerkingtreding van, of toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst niet ouder zijn dan 90 dagen.

Artikel 3.2.4. Aanvaarding en inwerkingtreding van de verzekering

§ 1. Mits alle verplichtingen van artikel 3.2.3. werden nageleefd, aanvaardt de verzekeraar de vraag tot onderschrijving van, of toetreding tot, de verzekering:

- zonder beperking van de tegemoetkoming;
- met een beperking van de tegemoetkoming ingevolge een bestaande aandoening gedurende minimum 5 jaar; de beperkingen worden uitdrukkelijk opgenomen in de Bijzondere Voorwaarden en kunnen na afloop van 5 jaar opnieuw geëvalueerd worden op basis van een nieuw en actueel medisch verslag.

§ 2. De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, doch nooit vóór de 1^{ste} van de maand volgend op de ontvangst van de volledig ingevulde behoefteanalysefiche, het volledig ingevuld verzekeringsvoorstel en in voorkomend geval de medische vragenlijst. 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 1^{ste} premie.

Artikel 3.2.5. Duur van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

Artikel 3.2.6. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.2.7. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.2.7. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.2.7. van deze Algemene Voorwaarden.
- In geval van niet-betaling van de premie op de jaarlijkse vervalddag wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd volgens de bepalingen van artikel 3.2.8. 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.

De verzekeraar is gehouden tot vergoeding van de kosten, zoals omschreven in de artikelen 3.2.11. en 3.2.12. van deze Algemene Voorwaarden, voor elke hospitalisatie die een aanvang nam voor het einde van de verzekeringsovereenkomst.

Artikel 3.2.7. 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 3.2.6. 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 3.2.8. Premie

§ 1. De premie voor alle verzekerden samen, is verschuldigd door de verzekeringnemer op de jaarlijkse vervalddag, 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. Ingeval 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.

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

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.

Voor pasgeborenen en adoptiekinderen jonger dan 18 jaar die vanaf geboortedatum of adoptiedatum toetreden tot een bestaande verzekeringsovereenkomst is de premie slechts verschuldigd vanaf de 1^{ste} van de maand volgend op voornoemde data.

§ 2. Niet-betaling van de premie op de vervalddag 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. Op 1 januari 2017 bedraagt de jaarpremie voor de verzekerden die bij de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst:

- a) jonger zijn dan 50 jaar:
 - 0 tot en met 25 jaar € 57,72
 - 26 tot en met 49 jaar € 192,84

50 tot en met 64 jaar	€ 251,64
65 jaar en ouder	€ 416,88

- b) 50 jaar of ouder zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst een gelijkaardige verzekering hadden:

50 tot en met 64 jaar	€ 251,64
65 jaar en ouder	€ 416,88

- c) tussen 50 en 65 jaar zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst geen gelijkaardige verzekering hadden:

50 tot en met 64 jaar	€ 416,88
65 jaar en ouder	€ 416,88

- d) 65 jaar of ouder zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst geen gelijkaardige verzekering hadden:

65 tot en met 69 jaar	€ 503,40
70 jaar en ouder	€ 629,40

In afwijking op § 3, a, betalen verzekerden die 89 jaar of ouder worden in 2017 en al van vóór 1 april 2014 deze verzekeringsovereenkomst onderschreven of ertoe toetraden, een jaarpremie van € 535,20.

Artikel 3.2.9. Indexering en tariefwijziging

§ 1. De premies, de vrijstelling en de 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, zoals vermeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014.

§ 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 3.2.10. Wachtijd

§ 1. Het recht op tegemoetkoming gaat in na een wachtijd van 3 maanden. In afwijking op deze algemene wachtijd van 3 maanden bestaat er voor medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken een bijzondere wachtijd van 12 maanden.

§ 2. De algemene wachtijd van 3 maanden is niet van toepassing voor:

- pasgeborenen of adoptiekinderen jonger dan 18 jaar die toetreden tot een bestaande verzekeringsovereenkomst, op voorwaarde dat de verzekeringnemer al minimum 3 maanden gedekt is door deze overeenkomst;
- hospitalisaties die het gevolg zijn van een ongeval dat zich na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst heeft voorgedaan;
- alle acute, levensbedreigende infectieziekten die de verzekerde hebben getroffen na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst en die niet door eenvoudige en algemeen erkende vaccinaties kunnen vermeden worden (of optreden vóór de normale vaccinatietijd).

§ 3. 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 HospiPlus vergelijkbare dekking biedt, wordt de wachtijd verminderd 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.

Artikel 3.2.11. Waarborg hospitalisatie

§ 1. In geval van hospitalisatie ten gevolge van ziekte, ongeval, zwangerschapsverwickelingen en/of een (thuis)bevalling, komt de verzekeraar tegemoet in volgende kosten:

- de remgelden;
- de kamersupplementen, met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer;
- de farmaceutische producten;
- de erelonen en ereloon-supplementen, beperkt tot 200 % boven de door de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voorziene bedragen;
- de kosten voor endoscopisch- en viscerosynthesemateriaal, de vergoedbare en niet-vergoedbare implantaten en therapeutische prothesen, orthopedische apparaten, de parafarmaceutische producten en de diverse medische kosten voor zover deze geplaatst of gebruikt worden tijdens de hospitalisatie en in rechtstreeks verband staan met de chirurgische ingreep, beperkt tot € 6.000 per verzekeringsjaar;
- de medisch noodzakelijke tandextracties uitgevoerd onder algemene verdoving;

- de prestaties waarvoor de officiële nomenclatuur niet tussenkomt aan 100 %, beperkt tot € 1.000 per verzekeringsjaar;
- de verblijfkosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan 12 jaar, van de begeleider van een gehandicapt persoon, van een afhankelijk persoon wanneer de begeleider wordt gehospitaliseerd (rooming-in), met een maximum van € 30 per dag en beperkt tot 14 dagen per verzekeringsjaar;
- de verblijfkosten voor een zorgverblijf met een maximum van € 15 per dag en beperkt tot maximum 28 dagen per verzekeringsjaar;
- de kosten verbonden aan het donorschap, beperkt tot € 1.000 euro per verzekeringsjaar;
- de kosten van plastische reparatieve heelkunde in geval van wegname van bewezen (pre-)cancereuse letsels, herstel van een belangrijk huiddeficit, herstellende heelkunde na een mutilerend ongeval, na een mutilerende behandeling of bij belangrijke letsels vastgesteld bij pasgeborenen;
- de kosten voor thuisbevalling en poliklinische bevalling tot maximum € 1.000 per bevalling (de kosten die in verband staan met de zwangerschap en de 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, en de kosten van kraamzorg tot maximum € 400 euro en maximum € 5 per gepresteerd uur kraamzorg);
- de kosten van ongevallen die het gevolg zijn van het beoefenen van sporten en vrijetijdsactiviteiten die algemeen als weinig gevaarlijk worden beschouwd en die geen betaalde activiteit zijn;
- de kosten van aangepast liggend vervoer met een ziekenwagen, bij opname en ontslag uit het ziekenhuis, en bij verplaatsing van het ene ziekenhuis naar het andere om medische redenen, beperkt tot € 250 per verzekeringsjaar;
- de kosten van aangepast vervoer met een helikopter verantwoord om dringende medische redenen, beperkt tot € 1.000 per verzekeringsjaar.

§ 2. De verzekeraar vergoedt de kosten verbonden aan medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken, per verzekerde en over de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst, tot € 1.000.

§ 3. De verzekeraar vergoedt de kosten verbonden aan borstreducties en obesitasbehandelingen, en de gevolgen ervan, per verzekerde en over de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst, samen tot € 2.000, mits de verzekerde de voorafgaandelijke toestemming van de adviserende geneesheer van zijn/haar ziekenfonds hiertoe heeft verkregen en tussenkomst geniet vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

§ 4. In geval van hospitalisatie omwille van 2 ingrepen waarvan 1 uitgesloten is overeenkomstig artikel 3.2.14. van deze Algemene Voorwaarden, vergoedt de verzekeraar de totale hospitalisatiekosten tot 50 %.

§ 5. Hospitalisaties ten gevolge van een bestaande aandoening worden door de verzekeraar vergoed:

- volgens de bepalingen van de §§ 1 tot en met 4 van dit artikel bij keuze voor een twee- of meerpersoonskamer;
- volgens de bepalingen van de §§ 1 tot en met 4 van dit artikel, met uitzondering van de kamer- en ereloonsupplementen waarvoor geen tegemoetkoming wordt toegekend, bij keuze voor een éénpersoonskamer.

§ 6. De verzekerde die tijdens de eerste 9 maanden na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst wordt gehospitaliseerd ten gevolge van een zwangerschap of een bevalling wordt vergoed volgens de bepalingen van § 5 van dit artikel, behoudens tegengeweis van vroeggeboorte via een medisch verslag.

Artikel 3.2.12. Waarborg pre- en posthospitalisatie

De verzekeraar voorziet een tegemoetkoming in de hierna omschreven kosten van ambulante zorgen en de kosten van geneesmiddelen voorgeschreven door de behandelende arts, gedurende de periode van 30 dagen voorafgaand en 90 dagen volgend op een hospitalisatie, op voorwaarde dat deze kosten rechtstreeks verband houden met de hospitalisatie.

Volgende kosten van ambulante zorgen worden vergoed: de kosten van ambulante zorgen die recht geven op tussenkomst in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en een officieel erkend nomenclatuurnummer hebben; de tegemoetkoming in de kosten van de ambulante zorgen betreft de erelonen en de ereloonsupplementen van erkende gezondheidszorgbeoefenaars.

De totale tegemoetkoming is, per verzekerde en per verzekeringsjaar, beperkt tot € 400.

Artikel 3.2.13. Vrijstelling en dekkingslimieten

§ 1. In geval van keuze voor hospitalisatie op een éénpersoonskamer waarvoor kamer- en ereloonsupplementen aangerekend worden, wordt de tegemoetkoming van de verzekeraar in de hospitalisatiekosten, per verzekerde en per verzekeringsjaar, verminderd met een vrijstelling van € 125,00.

Bij een ononderbroken hospitalisatie verspreid over twee verzekeringsjaren wordt voormelde vrijstelling van € 125,00 slechts éénmalig toegepast.

Iedere hospitalisatie die zowel een verblijf op een twee- of meerpersoonskamer als op een eenpersoonskamer omvat, wordt volledig beschouwd als een hospitalisatie op een eenpersoonskamer.

§ 2. De totale tegemoetkoming die de verzekeraar in het kader van de verzekeringsovereenkomst voor de waarborg hospitalisatie en de waarborg pre- en

posthospitalisatie uitkeert, is onbegrensd. De totale tegemoetkoming voor de waarborg pre- en posthospitalisatie is, per verzekerde en per verzekeringsjaar, beperkt tot € 400.

§ 3. De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot € 2.000, per verzekerde en per verzekeringsjaar, voor een hospitalisatie in één van volgende diensten:

- 34 dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst),
- 37 dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst),
- 41 psychiatrische dienst (T-dienst),
- 61 cardiopulmonaire aandoeningen,
- 62 locomotorische aandoeningen,
- 63 neurologische aandoeningen,
- 64 chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn,
- 65 chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn,
- 66 psychogeriatrische aandoeningen,
- 69 chronische aandoeningen.

Artikel 3.2.14. Uitsluitingen

De verzekeraar vergoedt geen:

- kosten ten gevolge van oorlogsfeiten en burgeroorlog;
- kosten die het gevolg zijn van burgerlijke onlusten of oproer, rellen of andere collectieve gewelddaden, mits de verzekerde er vrijwillig aan deelnam;
- kosten ten gevolge van opzettelijke daden, inclusief zelfmoord of poging tot zelfmoord, of vrijwillige verminking van de verzekerde;
- kosten die het gevolg zijn van roekeloze handelingen, vechtpartijen of weddenschappen;
- kosten ten gevolge van radioactieve stralingen of uitwerking van radioactieve afvalstoffen; bestralingen ingevolge een medische behandeling worden wel vergoed door de verzekeraar;
- kosten die het gevolg zijn van dronkenschap, alcoholisme of alcoholintoxicatie van de verzekerde, of van het misbruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs;
- kosten die betrekking hebben op een louter esthetische behandeling of verzorging, plastische heelkunde, verjongingskuren, comfortbehandelingen of behandelingen die de contouren van het lichaam wijzigen;
- kosten ten gevolge van verzorging en behandelingen van kaakbeen- en tandaandoeningen, inclusief tandkronen, stiften, tandprothesen, tandimplantaten, kaakbeenenting, tandopvulling en orthodontie;
- kosten die betrekking hebben op drank, gebruik van telefoon en TV;
- kosten voor het funerarium;
- kosten ten gevolge van volgende behandelingen, evenals de gevolgen en de verwickelingen ervan: wegname van vetweefsels, abdominoplastie, vergroting - met of zonder implantaat- van de borsten, borstreconstructie, oorstandcorrectie, neusvormwijziging, haarimplantatie, lifting, verwijderen van rimpels, tatoeëring

- en plaatsing van een piercing, peeling, heelkundige of mechanische behandeling van obesitas waarvoor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen geen tussenkomst voorziet, behandeling van camouflage, verandering of wijziging van de uitwendige geslachtsorganen, anticonceptieve behandeling en abortus;
- kosten die voortvloeien uit de beoefening van eender welke sport als betaalde activiteit, inclusief trainingen, of uit de vrijetijdsbeoefening van volgende gevaarlijke sporten: luchtvaartsporten (zoals onder meer deltavliegen, valscherspringen, 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;
 - kosten die voortvloeien uit ongevallen die plaats hebben bij luchtvervoer, behalve indien de verzekerde passagier is en tijdens de vlucht geen enkele beroeps- of andere activiteit verricht in verband met het toestel of de vlucht;
 - kosten die betrekking hebben op orthopedische zolen, loopzolen, orthopedische schoenen en voetheffers, rolwagens en toebehoren, breukbanden, buikgordels of lumbostaten, brillen, contactlenzen, zichtcorrecties, verbanden, incontinentiemateriaal, beugels, oogprothesen, inwendige en uitwendige hoorapparaten en halssteunen;
 - kosten die betrekking hebben op producten voor hygiëne- en lichaamsverzorging, dieet- en voedingsproducten, babyproducten, thermometer;
 - kosten die verband houden met sanitair materiaal;
 - kosten die verband houden met een verblijf in een instelling die niet valt onder het begrip ziekenhuis;
 - kosten voor psychologische raadplegingen en therapieën, ergotherapeutische raadplegingen en dieetconsultaties waarvoor er geen tussenkomst is vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
 - kosten die zich voordeden of een aanvang namen vóór de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst of tijdens de wachttijd;
 - kosten die verband houden met een hospitalisatie in de diensten 35, 36, 38, 39, 42, 43, 44, 45 of de spoedgevallendienst van een ziekenhuis;
 - kosten die betrekking hebben op een alternatieve of niet-conventionele geneeskundige behandeling, zoals bijvoorbeeld acupunctuur, homeopathie, chiropraxie, osteopathie en fytotherapie.

Artikel 3.2.15. Territoriale geldigheid

De verzekeringsovereenkomst dekt enkel de hospitalisaties die in België plaatsvonden, de in België verstrekte ambulante zorgen voorafgaand of volgend op een hospitalisatie in België, alsook de geneesmiddelen die in België werden voorgeschreven en verstrekt.

In afwijking op voorgaande alinea, voorziet de verzekeraar een tegemoetkoming in geval van hospitalisatie in het buitenland, beperkt tot maximum 10 hospitalisatiedagen per verzekerde en per verzekeringsjaar, te rekenen vanaf de dag van opname, waarbij de tegemoetkoming beperkt wordt tot € 250 per dag.

Artikel 3.2.16. Schadeaangifte

§ 1. De verzekerde is verplicht tijdig, en zo snel als redelijkerwijze mogelijk, aangifte te doen van de hospitalisatiekosten en de kosten van de ambulante zorgen voorafgaand en volgend op de hospitalisatie, en dit uiterlijk 3 jaar na het einde van de maand waarin de prestaties werden verstrekt.

De aangifte gebeurt ofwel elektronisch via het derdebetalerssysteem HospiPluskaart (AssurCard), ofwel schriftelijk aan de hand van het door de verzekeraar ter beschikking gestelde schadeaangifteformulier.

§ 2. De aangifte via het elektronisch derdebetalerssysteem HospiPluskaart geldt enkel voor hospitalisatiekosten en impliceert dat de verzekeraar de hospitalisatiefactuur van de verzekerde voorschiet zonder voorlegging van specifieke bewijsstukken.

Deze door de verzekeraar voorgeschoten factuur is echter niet altijd geheel ten haren laste, aangezien deze Algemene Voorwaarden voorzien dat bepaalde kosten niet gewaarborgd worden door de verzekeraar, zoals bijvoorbeeld de telefoonkosten en de vrijstelling.

Dergelijke niet-gewaarborgde kosten worden rechtstreeks van de verzekerde teruggevorderd en moeten binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de datum van opmaak van de terugvordering, betaald worden aan de verzekeraar. Bij gebrek aan terugbetaling binnen de gestelde termijn wordt:

- het bedrag van de niet-gewaarborgde kosten vermeerderd met een administratiekost van € 15, welke door de verzekerde ook betaald dient te worden, en
- het gebruik van de HospiPluskaart opgeschort en kan deze definitief ingetrokken worden voor de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst.

De verzekeraar zal de verzekerde die weigert te betalen in gebreke stellen via een aangetekend schrijven, en kan beslissen om:

- de debet- en creditfacturen in hoofde van de verzekerde te verrekenen; en/of
- het dossier over te maken aan haar raadsman voor verdere gerechtelijke invordering.

De verzekeraar behoudt zich het recht voor om de niet-gewaarborgde kosten te compenseren met de door haar verschuldigde tegemoetkoming in de kosten van de ambulante zorgen voorafgaand en volgend op een hospitalisatie.

§ 3. De aangifte via het door de verzekeraar ter beschikking gestelde schadeaangifteformulier gebeurt schriftelijk en geldt zowel voor de hospitalisatiekosten als de kosten van de ambulante zorgen voorafgaand en volgend op de hospitalisatie.

De tegemoetkoming wordt in dit geval terugbetaald na voorlegging van de nodige bewijsstukken door de verzekerde welke uiterlijk 3 jaar na de opmaak ervan bij de verzekeraar worden ingediend. Na deze termijn worden de bewijsstukken niet meer in

aanmerking genomen en wordt voor de bewuste kosten geen enkele tegemoetkoming meer uitbetaald. Onder bewijsstukken wordt verstaan:

- de originele facturen en medische verslagen;
- de afrekening van de terugbetalingen van het ziekenfonds met de vermelding van de identiteit van de verzekerde, de betaalde som, het codenummer van de prestatie (zoals voorzien in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen) en de prestatiedatum;
- het 'Attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering', afgeleverd en naar behoren ingevuld door de apotheker, en mede ondertekend door de verzekerde.

De verzekeraar kan bijkomende bewijsstukken eisen indien hij dit nodig acht.

§ 4. De kosten van de ambulante zorgen voorafgaand en volgend op de hospitalisatie worden in principe in 1 keer uitbetaald en dit na het verstrijken van de periode van 90 dagen na de hospitalisatie.

Artikel 3.2.17. Prestaties en 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. Wanneer de hospitalisatiekosten al betaald werden, wordt de tegemoetkoming uitbetaald aan de persoon die het bewijs van betaling levert.

Volgende tegemoetkomingen worden in mindering gebracht van de tegemoetkoming 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,
- de tegemoetkomingen die de verzekerde al heeft ontvangen in uitvoering van een andere commerciële individuele of collectieve verzekering.

Artikel 3.2.18. Minnelijke Medische Expertise

Een meningsverschil nopens een kwestie van medische aard kan, met het akkoord van de verzekeraar en de verzekerde, beslecht worden door een Minnelijke Medische Expertise. De

verzekeraar en de verzekerde duiden elk een arts aan; bij gebrek aan akkoord tussen beide artsen wordt bij gemeen overleg tussen hen een derde arts aangesteld of, bij ontstentenis hiervan, door de Voorzitter van de Rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de verzekerde op verzoek van de meest gereede partij. De beslissing van deze derde arts is bindend.

De Minnelijke Medische Expertise verloopt rekening houdende met de bepalingen van de verzekeringsovereenkomst.

Elke partij betaalt de honoraria en kosten van zijn arts. De honoraria en kosten van de derde arts, alsook de kosten van diens aanwijzing en de bijkomende onderzoekskosten worden gelijk verdeeld.

Artikel 3.2.19. Onterechte betalingen en subrogatie

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

§ 2. Voor alle tussenkomsten die de verzekeraar betaald heeft, treedt hij tot beloop van het bedrag van die tussenkomsten in de rechten en rechtsvorderingen van de verzekerde tegen de aansprakelijke derden. Bijgevolg mag de verzekerde geen afstand van verhaal doen zonder voorafgaandelijk schriftelijk akkoord van de verzekeraar.

Indien door toedoen van de verzekerde de subrogatie geen gevolg kan hebben ten voordele van de verzekeraar, kan deze van hem de terugbetaling vorderen van de betaalde tussenkomsten in de mate van het geleden nadeel.

Rekening houdende met voorgaande bepalingen is de verzekerde ertoe gehouden de identiteit van de aansprakelijke derden onverwijld mee te delen aan de verzekeraar.

§ 3. In afwijking op § 2 van dit artikel is subrogatie niet mogelijk als de aansprakelijke derden eerste lijn of de echtgeno(o)t(e) van de verzekerde zijn, noch als zij de bij hem inwonende personen, zijn gasten of zijn huispersoneel zijn, tenzij er sprake is van kwaad opzet of hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een verzekeringsovereenkomst is gedekt.

Artikel 3.2.20. 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 3.2.21. Communicatie en briefwisseling

De verzekeraar kiest als woonplaats haar 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 3.2.22. 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 3.2.23. 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.

De klacht kan eveneens voorgelegd worden aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsquare 35 te 1000 Brussel, www.ombudsman.as of via mail: info@ombudsman.as.

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

Artikel 3.2.24. 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 overzending 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.

Artikel 3.2.25. Overgang van een verzekering van de verzekeraar

Kandidaat-verzekerden die deze verzekeringsovereenkomst willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en overstappen van een andere verzekering van de verzekeraar, kunnen intekenen indien:

- zij al 1 jaar ononderbroken aangesloten waren bij hun oorspronkelijke verzekering,
- zij de premie van hun oorspronkelijke verzekering hebben betaald en deze op correcte wijze hebben beëindigd,
- zij alle in artikel 3.2.3. van deze overeenkomst bepaalde verplichtingen hebben nageleefd, en
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

Bij overgang van de verzekering HospiPlan naar deze verzekeringsovereenkomst kan de maximale dekking per verzekeringsjaar nooit meer bedragen dan de dekkingen die worden voorzien door deze verzekeringsovereenkomst.

In geval van overgang van een andere verzekering van de verzekeraar naar deze verzekeringsovereenkomst gaat de dekking pas in na afloop van de wachttijd, zoals bepaald in artikel 3.2.10. van deze Algemene Voorwaarden. Er is echter geen wachttijd in geval van overgang van de verzekering HospiContinu naar deze verzekeringsovereenkomst.

In geval van overgang van de verzekering HospiPlan van de verzekeraar naar deze verzekeringsovereenkomst wordt de verzekerde gedurende de wachttijd gedekt volgens de modaliteiten van de oorspronkelijke verzekering HospiPlan.

Afdeling 3.3. AmbuPlan en AmbuPlus

Artikel 3.3.1. Definities

Ambulante zorgen:

Medische zorgen verleend buiten een hospitalisatie.

Bestaande aandoening:

Elke ernstige ziekte van de verzekerde welke op het ogenblik van de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst al bestond, of waarvan de symptomen zich al hadden gemanifesteerd, waarna de ernstige ziekte binnen een termijn van 24 maanden na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst werd gediagnosticeerd. De ernstige ziekte werd op de medische vragenlijst, hetzij vermeld, hetzij - al dan niet opzettelijk - niet vermeld.

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.

Ernstige ziekte:

Hieronder wordt één van volgende handicaperende, chronisch verlopende ziektes verstaan:

- alle kwaadaardige woekeringen, zoals een carcinoom, leukemie, een uitgebreid melanoom, ziekte van Hodgkin, ziekte van Kahler;
- ziektes die dementie veroorzaken;
- zware chronische aandoeningen van het zenuwstelsel, van het musculair stelsel en van het bindweefsel, zoals Multiple Sclerose, ziekte van Parkinson, ALS, lidmaatverlammingen, spierdystrofie, sclerodermie, sarcoïdose, hersenontstekingen;
- nierinsufficiëntie die dialyse vergt;
- vaatziektes die tot lidmaatamputatie leiden;
- transplantatie van grote organen;
- ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, chronisch handicaperende aandoeningen zoals insuline-afhankelijke diabetes;
- aids;
- mucoviscidose;
- hemofilie;
- niet-alcoholische cirrose.

Gelijkaardige verzekering:

Elke hospitalisatieverzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die voorziet in een vergoeding van de kosten van ambulante zorgen en geneesmiddelen ingevolge een ernstige ziekte en die vergelijkbaar is met de aanvullende waarborg AmbuPlan of AmbuPlus.

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.

Hospitalisatie:

Iedere noodzakelijke medische opname in een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd, alsook iedere daghospitalisatie:

Mutualistisch gezin:

De gerechtigde en zijn personen ten laste zoals deze gekend zijn bij de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen.

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.

Verpleegdag:

De kost die het ziekenhuis mag aanrekenen voor elke ziekenhuisopname 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 dat desbetreffend 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 vervalddag, bestaat het eerste verzekeringsjaar uit de periode tussen de datum van onderschrijving of toetreding, en de jaarlijkse vervalddag van de verzekeringsovereenkomst.

Verzekeringsovereenkomst:

Dit 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 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 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, of als psychiatrisch ziekenhuis volgens artikel 3 van voornoemde wet.

Worden niet beschouwd als een ziekenhuis:

- revalidatiecentra;
- medisch-pedagogische instellingen (MPI's);
- instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen;
- gedeelten van ziekenhuizen die erkend zijn voor toepassing van rust- en kuuroorden;
- ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" verkregen hebben (koninklijk besluit nr. 59 van 22 juli 1982 tot wijziging van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging).

Artikel 3.3.2. Doel van de verzekering

Deze verzekering beoogt, binnen de grenzen van de verzekeringsovereenkomst, tegemoet te komen in de kosten van ambulante zorgen en geneesmiddelen die rechtstreeks verband houden met een ernstige ziekte en die aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming.

Deze verzekering is een aanvullende waarborg op de kostendekkende verzekeringen HospiPlan of HospiPlus van de verzekeraar en kan nooit afzonderlijk worden afgesloten.

Artikel 3.3.3. 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 behoefteanalysefiche, verzekeringsvoorstel en medische vragenlijst invullen en ondertekenen,
- in geval van keuze voor de aanvullende waarborg AmbuPlan, eveneens de kostendekkende verzekering HospiPlan van de verzekeraar onderschreven hebben of ertoe zijn toegetreden,
- in geval van keuze voor de aanvullende waarborg AmbuPlus, eveneens de kostendekkende verzekering HospiPlus van de verzekeraar onderschreven hebben of ertoe zijn toegetreden.

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, mits zij ook toetreden tot de desbetreffende kostendekkende verzekering HospiPlan of HospiPlus van de verzekeringnemer.

Kandidaat-verzekerden die muteren en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst een gelijkaardige verzekering hadden, moeten geen medische vragenlijst invullen en ondertekenen.

De medische vragenlijst mag op het ogenblik van inwerkingtreding van, of toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst niet ouder zijn dan 90 dagen.

Artikel 3.3.4. Aanvaarding en inwerkingtreding van de verzekering

§ 1. Mits alle verplichtingen van artikel 3.3.3. werden nageleefd, aanvaardt de verzekeraar de vraag tot onderschrijving van, of toetreding tot, de verzekering met of zonder uitsluiting van een bestaande aandoening.

§ 2. De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, doch nooit vóór de 1^{ste} van de maand volgend op de ontvangst van de volledig ingevulde behoefteanalysefiche, het volledig ingevuld verzekeringsvoorstel en in voorkomend geval de medische vragenlijst. 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 1^{ste} premie.

Artikel 3.3.5. Duur van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

Artikel 3.3.6. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.3.7. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.3.7. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.3.7. 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 3.3.8. 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.
- De verzekeringsovereenkomst AmbuPlan wordt van rechtswege beëindigd op het ogenblik van stopzetting van de kostendekkende verzekering HospiPlan van de verzekeraar; hetzelfde geldt voor de verzekering AmbuPlus in geval van stopzetting van de verzekering HospiPlus.

De verzekeraar is enkel gehouden tot vergoeding van de kosten verbonden aan de ambulante zorgen en geneesmiddelen ingevolge een ernstige ziekte, zoals omschreven in artikel 3.3.11. van deze Algemene Voorwaarden, die effectief gerealiseerd waren op datum van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst.

Artikel 3.3.7. 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 3.3.6. 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 en hij/zij eveneens gedekt is (blijft) door de verzekering HospiPlan (in geval van AmbuPlan) of HospiPlus (in geval van AmbuPlus) van de verzekeraar.

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 3.3.8. Premie

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

De premie is betaalbaar bij aanbidding 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.

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

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.

Voor pasgeborenen en adoptiekinderen jonger dan 18 jaar die vanaf geboortedatum of adoptiedatum toetreden tot een bestaande verzekeringsovereenkomst is de premie slechts verschuldigd vanaf de 1^{ste} van de maand volgend op voornoemde data.

§ 2. Niet-betaling van de premie op de vervalddag 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. Op 1 januari 2017 bedraagt de jaarpremie voor de verzekerden die bij de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst:

a) jonger zijn dan 50 jaar:

	AmbuPlan	AmbuPlus
0 tot en met 25 jaar	€ 1,44	€ 2,16
26 tot en met 49 jaar	€ 5,52	€ 7,92
50 tot en met 64 jaar	€ 6,84	€ 10,32
65 jaar en ouder	€ 10,68	€ 17,88

b) 50 jaar of ouder zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst een gelijkaardige verzekering hadden:

	AmbuPlan	AmbuPlus
50 tot en met 64 jaar	€ 6,84	€ 10,32
65 jaar en ouder	€ 10,68	€ 17,88

c) tussen 50 en 65 jaar zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst geen gelijkaardige verzekering hadden:

	AmbuPlan	AmbuPlus
50 tot en met 64 jaar	€ 10,68	€ 17,88
65 jaar en ouder	€ 10,68	€ 17,88

- d) 65 jaar of ouder zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst geen gelijkaardige verzekering hadden:

	AmbuPlan	AmbuPlus
65 tot en met 69 jaar	€ 24,00	€ 37,44
70 jaar en ouder	€ 36,12	€ 50,16

In afwijking op § 3, a, betalen verzekerden die 89 jaar of ouder worden in 2017 en al van vóór 1 april 2014 deze verzekeringsovereenkomst onderschreven of ertoe toetraden, voor AmbuPlan een jaarpremie van € 18,00, en voor AmbuPlus een jaarpremie van € 22,92.

Artikel 3.3.9. Indexering en tariefwijziging

§ 1. De premies en de vergoedingsgrenzen worden op de jaarlijkse vervalddag 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, zoals vermeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014.

§ 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 3.3.10. Wachtijd

§ 1. Het recht op tegemoetkoming gaat in na een wachtijd van 3 maanden.

§ 2. De algemene wachtijd van 3 maanden is niet van toepassing voor pasgeborenen of adoptiekinderen jonger dan 18 jaar die toetreden tot een bestaande verzekeringsovereenkomst, op voorwaarde dat de verzekeringnemer al minimum 3 maanden gedekt is door deze overeenkomst.

§ 3. 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 AmbuPlan of AmbuPlus vergelijkbare dekking biedt, wordt de wachtijd verminderd 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.

§ 4. De kosten verbonden aan de ambulante zorgen en geneesmiddelen ingevolge een ernstige ziekte, zoals omschreven in artikel 3.3.11. van deze Algemene Voorwaarden, worden niet vergoed tijdens de wachttijd.

Artikel 3.3.11. Waarborgen

De verzekeraar komt tegemoet in de hierna vermelde kosten van ambulante zorgen en geneesmiddelen die rechtstreeks verband houden met een ernstige ziekte en die aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming:

- de kosten van speciale behandelingen, analyses en onderzoeken welke genoodzaakt zijn door de ernstige ziekte;
- de kosten voor de huur van allerlei medisch en sanitair materiaal;
- de kosten voor farmaceutische producten, mits deze voorgeschreven werden door de behandelende arts;
- de kosten van medisch verantwoord vervoer door een ziekenwagen, taxi of eigen wagen (tussenkost voor privévervoer = € 0,2/km), beperkt tot € 250 per verzekeringsjaar;
- alle kosten waarmee vooraf schriftelijk werd ingestemd door de adviserende arts van de verzekeraar op basis van een medisch attest.

Artikel 3.3.12. Dekkingslimieten

§ 1. De totale tegemoetkoming die de verzekeraar in het kader van de aanvullende waarborg AmbuPlan uitkeert, is beperkt tot € 7.500 per verzekerde en per verzekeringsjaar.

§ 2. De totale tegemoetkoming die de verzekeraar in het kader van de aanvullende waarborg AmbuPlus uitkeert, is onbegrensd.

Artikel 3.3.13. Uitsluitingen

De verzekeraar vergoedt geen kosten van ambulante zorgen en geneesmiddelen die verband houden met een ernstige ziekte die te beschouwen is als een bestaande aandoening.

Artikel 3.3.14. Territoriale geldigheid

De verzekeringsovereenkomst dekt enkel de in België verstrekte ambulante zorgen voorafgaand of volgend op een hospitalisatie in België, en de geneesmiddelen die in België werden voorgeschreven en verstrekt.

Artikel 3.3.15. Schadeaangifte

§ 1. De verzekerde is verplicht tijdig, en zo snel als redelijkerwijze mogelijk, aangifte te doen van de kosten van de ambulante zorgen en geneesmiddelen, en dit uiterlijk 3 jaar na het einde van de maand waarin de kosten zich voordeden.

§ 2. De kosten worden terugbetaald na voorlegging van volgende bewijsstukken:

- originele facturen of betalingsbewijzen;
- de afrekening van de terugbetalingen van het ziekenfonds met de vermelding van de identiteit van de verzekerde, de betaalde som, het codenummer van de prestatie (zoals voorzien in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen) en de prestatiedatum;
- het 'Attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering', afgeleverd en naar behoren ingevuld door de apotheker, en mede ondertekend door de verzekerde.

De verzekeraar kan bijkomende bewijsstukken eisen indien hij dit nodig acht.

Artikel 3.3.16. Prestaties en terugbetalingsmodaliteiten

De tegemoetkomingen worden door de verzekeraar uitbetaald aan de verzekerde op het bankrekeningnummer dat op het verzekeringsvoorstel of bij de schadeaangifte 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.

Volgende tegemoetkomingen worden in mindering gebracht van de tegemoetkoming 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,
- de tegemoetkomingen die de verzekerde al heeft ontvangen in uitvoering van een andere commerciële individuele of collectieve verzekering.

Artikel 3.3.17. Minnelijke Medische Expertise

Een meningsverschil nopens een kwestie van medische aard kan, met het akkoord van de verzekeraar en de verzekerde, beslecht worden door een Minnelijke Medische Expertise. De verzekeraar en de verzekerde duiden elk een arts aan; bij gebrek aan akkoord tussen beide

artsen wordt bij gemeen overleg tussen hen een derde arts aangesteld of, bij ontstentenis hiervan, door de Voorzitter van de Rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de verzekerde op verzoek van de meest gerede partij. De beslissing van deze derde arts is bindend.

De Minnelijke Medische Expertise verloopt rekening houdende met de bepalingen van de verzekeringsovereenkomst.

Elke partij betaalt de honoraria en kosten van zijn arts. De honoraria en kosten van de derde arts, alsook de kosten van diens aanwijzing en de bijkomende onderzoekskosten worden gelijk verdeeld.

Artikel 3.3.18. Onterechte betalingen

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

Artikel 3.3.19. 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 3.3.20. Communicatie en briefwisseling

De verzekeraar kiest als woonplaats haar 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 3.3.21. 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 3.3.22. 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.

De klacht kan eveneens voorgelegd worden aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsquare 35 te 1000 Brussel, www.ombudsman.as of via mail: info@ombudsman.as.

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

Artikel 3.3.23. 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

Afdeling 3.4. MaxiPlan

Artikel 3.4.1. 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.

Gelijaardige verzekering:

Elke verzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die met de verzekering MaxiPlan vergelijkbare waarborgen biedt.

Het bewijs van dekking door een gelijaardige 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 tandvleesaandoeningen.

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 kaaksbeen 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 3.4.2. 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 het een geboorteforfeit toe.

Artikel 3.4.3. 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 3.4.4. Inwerkingtreding van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, doch nooit vóór de 1^{ste} 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 1^{ste} premie.

Artikel 3.4.5. Duur van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

Artikel 3.4.6. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.4.7. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.4.7. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.4.7. 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 3.4.8. 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 3.4.11. van deze Algemene Voorwaarden, die effectief verwezenlijkt waren vóór de datum van stopzetting van de verzekeringsovereenkomst.

Artikel 3.4.7. 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 3.4.6. 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 3.4.8. Premie

§ 1. De premie voor alle verzekerden samen, is verschuldigd door de verzekeringnemer op de jaarlijkse vervalddag, 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. Ingeval 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.

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

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 vervalddag 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. Op 1 januari 2017 bedraagt de jaarpremie voor de verzekerden die bij de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst:

- a) jonger zijn dan 50 jaar:
 - 0 tot en met 25 jaar € 90,00
 - 26 tot en met 49 jaar € 150,00

50 tot en met 64 jaar	€ 180,00
65 jaar en ouder	€ 210,00

- b) 50 jaar of ouder zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst een gelijkaardige verzekering hadden:

50 tot en met 64 jaar	€ 180,00
65 jaar en ouder	€ 210,00

- c) tussen 50 en 65 jaar zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst geen gelijkaardige verzekering hadden:

50 tot en met 64 jaar	€ 210,00
65 jaar en ouder	€ 210,00

- d) 65 jaar of ouder zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst geen gelijkaardige verzekering hadden:

65 tot en met 69 jaar	€ 270,00
70 jaar en ouder	€ 300,00

In afwijking op § 3, a), van dit artikel is de premie 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 1^{ste} van de maand volgend op de stopzetting.

In overeenstemming met § 1, van dit artikel wordt de premie bepaald in functie van de leeftijdscategorie waartoe de verzekerde behoort op 31 december van het verzekeringsjaar waarop de premie betrekking heeft.

Artikel 3.4.9. Indexering en tariefwijziging

§ 1. De premies en vergoedingsgrenzen worden op de jaarlijkse vervalddag 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, zoals vermeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014.

§ 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 3.4.10. Wachtijd

Het recht op tegemoetkoming gaat in na een wachtijd 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 wachtijd verminderd 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 wachtijd ontstaat geen enkel recht op tegemoetkoming, noch kan tegemoetkoming gevraagd worden.

Artikel 3.4.11. 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 door het RIZIV 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 schadeangifteformulier 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 schadeangifteformulier.

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, en
- € 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 schadeangifteformulier 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 schadeangifteformulier.

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, en

- 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, of
- 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, en
- het spiraaltje.

Andere anticonceptiemiddelen, zoals onder meer condooms, 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.

Geboorteforfait

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. 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 de bevallingsdatum bij de verzekeraar moet worden ingediend. Eventuele andere noodzakelijke bewijsstukken worden gespecificeerd in voornoemd schadeaangifteformulier.

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 3.4.12. Uitsluitingen

De verzekeraar keert de tegemoetkomingen, zoals omschreven in artikel 3.4.11. 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 deltavliegen, 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 3.4.13. 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 eerst volgende tegemoetkomingen in mindering gebracht te worden alvorens de tegemoetkomingen te kunnen berekenen 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 3.4.14. Territoriale geldigheid

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

Artikel 3.4.15. Onterechte betalingen

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

Artikel 3.4.16. 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 3.4.17. Communicatie en briefwisseling

De verzekeraar kiest als woonplaats haar 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 3.4.18. 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 3.4.19. 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.

De klacht kan eveneens voorgelegd worden aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûssquare 35 te 1000 Brussel, www.ombudsman.as of via mail: info@ombudsman.as.

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

Artikel 3.4.20. 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 overzending 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.

Afdeling 3.5. HospiForfait

Artikel 3.5.1. Definities

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.

Gelijkaardige verzekering:

Elke hospitalisatieverzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die voorziet in een forfaitaire vergoeding per verpleegdag vergelijkbaar met de verzekering HospiForfait.

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.

Hospitalisatie:

Iedere noodzakelijke medische opname in één van de volgende diensten van een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd, alsook iedere daghospitalisatie:

- 19 dienst niet-intensieve neonatale verzorging,
- 20 dienst voor behandeling van de 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 vroeggeborenen en zwakke pasgeborenen,
- 29 eenheid voor behandeling van zware brandwonden,
- 30 dienst voor geriatrie,
- 34 dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst),
- 37 dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst),
- 41 psychiatrische dienst (T-dienst),
- 49 dienst voor intensieve zorgen,
- 61 cardiopulmonaire 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.

Medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken:

Elke medische techniek die een bevruchting tot stand kan brengen, zoals kunstmatige inseminatie, in-vitrofertilisatie (IVF) en intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI).

Mutualistisch gezin:

De gerechtigde en zijn personen ten laste zoals deze gekend zijn bij de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen.

Ongeval:

Elke plotselinge gebeurtenis waarvan de oorzaak of één van de oorzaken vreemd is aan het organisme van de verzekerde en die zijn/haar fysieke integriteit aantast.

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.

Verpleegdag:

De kost die het ziekenhuis mag aanrekenen voor elke ziekenhuisopname 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 dat desbetreffend 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 vervalddag, bestaat het eerste verzekeringsjaar uit de periode tussen de datum van onderschrijving of toetreding, en de jaarlijkse vervalddag van de verzekeringsovereenkomst.

Verzekeringsovereenkomst:

Dit 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.

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 algemeen ziekenhuis volgens artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, of als psychiatrisch ziekenhuis volgens artikel 3 van voornoemde wet.

Worden niet beschouwd als een ziekenhuis:

- revalidatiecentra;
- medisch-pedagogische instellingen (MPI's);
- instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of

- kinderen;
- gedeelten van ziekenhuizen die erkend zijn voor toepassing van rust- en kuuroorden;
- ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een “bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis” verkregen hebben (koninklijk besluit nr. 59 van 22 juli 1982 tot wijziging van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging).

Ziekte:

Elke aantasting van de gezondheid van de verzekerde die een andere oorzaak heeft dan een ongeval, en die erkend is door een arts die gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte zich voordoet.

Zwangerschapsverwickelingen:

Hieronder worden volgende aandoeningen en behandelingen verstaan: gestosen, placenta-aandoeningen, miskraam, zwangerschapsinstandhoudende ingrepen, ectopische zwangerschap, baarmoedercuretage ingevolge zwangerschap en embryotomie.

Artikel 3.5.2. Doel van de verzekering

De verzekeraar beoogt tegemoet te komen aan de kosten in geval van hospitalisatie door middel van toekenning aan de verzekerde van een forfaitaire vergoeding per verpleegdag.

Artikel 3.5.3. 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,
- jonger zijn dan 65 jaar, en
- een behoeftanalysefiche en verzekeringsvoorstel invullen en ondertekenen.

De gerechtigden en personen ten laste die ouder zijn dan 65 jaar kunnen nog aanvaard worden als verzekerde op voorwaarde dat zij tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst een gelijkaardige verzekering hadden.

Indien de kandidaat-verzekerde een persoon ten laste is, mogen de 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 3.5.4. Aanvaarding en inwerkingtreding van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, doch nooit vóór de 1^{ste} 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 1^{ste} premie.

Artikel 3.5.5. Duur van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

Artikel 3.5.6. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.5.7. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.5.7. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.5.7. van deze Algemene Voorwaarden.
- In geval van niet-betaling van de premie op de jaarlijkse vervalddag wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd volgens de bepalingen van artikel 3.5.8. 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.

De verzekeraar is gehouden tot uitbetaling van de forfaitaire tegemoetkoming, zoals omschreven in artikel 3.5.11. van deze Algemene Voorwaarden, voor elke hospitalisatie die een aanvang nam voor het einde van de verzekeringsovereenkomst.

Artikel 3.5.7. 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 3.5.6. 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 3.5.8. Premie

§ 1. De premie voor alle verzekerden samen, is verschuldigd door de verzekeringnemer op de jaarlijkse vervalddag, 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. Ingeval 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.

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

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.

Voor pasgeborenen en adoptiekinderen jonger dan 18 jaar die vanaf geboortedatum of adoptiedatum toetreden tot een bestaande verzekeringsovereenkomst is de premie slechts verschuldigd vanaf de 1^{ste} van de maand volgend op voornoemde data.

§ 2. Niet-betaling van de premie op de vervalddag 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. Op 1 januari 2017 bedraagt de jaarpremie voor de verzekerden die bij de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst:

a) jonger zijn dan 50 jaar:

	HF € 50/dag	HF € 25/dag	HF € 12,25/dag
0 tot en met 25 jaar	€ 25,32	€ 12,60	€ 6,12
26 tot en met 49 jaar	€ 101,88	€ 50,88	€ 25,32
50 tot en met 64 jaar	€ 130,80	€ 65,28	€ 32,52
65 jaar en ouder	€ 232,20	€ 116,76	€ 58,32

b) 50 jaar of ouder zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst een gelijkaardige verzekering hadden:

	HF € 50/dag	HF € 25/dag	HF € 12,25/dag
50 tot en met 64 jaar	€ 130,80	€ 65,28	€ 32,52
65 jaar en ouder	€ 232,20	€ 116,76	€ 58,32

c) tussen 50 en 65 jaar zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst geen gelijkaardige verzekering hadden:

	HF € 50/dag	HF € 25/dag	HF € 12,25/dag
50 tot en met 64 jaar	€ 232,20	€ 116,76	€ 58,32
65 jaar en ouder	€ 232,20	€ 116,76	€ 58,32

Artikel 3.5.9. Indexering en tariefwijziging

§ 1. De premies en de vergoedingsgrenzen worden op de jaarlijkse vervalddag 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, zoals vermeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014.

§ 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 3.5.10. Wachtijd

§ 1. Het recht op tegemoetkoming gaat in na een wachtijd van 3 maanden. In afwijking op deze algemene wachtijd van 3 maanden bestaat er voor een hospitalisatie omwille van medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken een bijzondere wachtijd van 12 maanden.

§ 2. De algemene wachtijd van 3 maanden is niet van toepassing voor:

- pasgeborenen of adoptiekinderen jonger dan 18 jaar die toetreden tot een bestaande verzekeringsovereenkomst, op voorwaarde dat de verzekeringnemer al minimum 3 maanden gedekt is door deze overeenkomst;
- hospitalisaties die het gevolg zijn van een ongeval dat zich na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst heeft voorgedaan;
- hospitalisaties omwille van acute, levensbedreigende infectieziekten die de verzekerde hebben getroffen na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst en die niet door eenvoudige en algemeen erkende vaccinaties kunnen vermeden worden (of optreden vóór de normale vaccinatietijd).

§ 3. 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 HospiForfait vergelijkbare dekking biedt, wordt de wachtijd verminderd 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.

Artikel 3.5.11. Waarborg

In geval van hospitalisatie ten gevolge van ziekte, ongeval, zwangerschapsverwickelingen of een bevalling, voorziet de verzekeraar per verpleegdag, al naargelang de door de verzekerde gekozen formule, een forfaitaire tegemoetkoming van:

- formule 3: € 12,25
- formule 2: € 25
- formule 1: € 50.

De verzekerde die 65 jaar of ouder is, heeft per verzekeringsjaar pas recht op deze forfaitaire tegemoetkoming vanaf de 4^{de} verpleegdag.

Artikel 3.5.12. Dekkingslimieten

§ 1. De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot 90 verpleegdagen, per verzekerde en per verzekeringsjaar.

§ 2. De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot 30 verpleegdagen, per verzekerde en per verzekeringsjaar, voor een hospitalisatie in één van volgende diensten:

- 34 dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst),
- 37 dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst),
- 41 psychiatrische dienst (T-dienst),
- 61 cardiopulmonaire 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.

§ 3. De verpleegdagen van een hospitalisatie die over meerdere verzekeringsjaren loopt, worden, voor de berekening van de in de §§ 1 en 2 van dit artikel maximaal bepaalde aantal verpleegdagen, allen geteld bij het aantal verpleegdagen van het verzekeringsjaar waarin de hospitalisatie een aanvang nam.

Artikel 3.5.13. Uitsluitingen

De verzekeraar kent de forfaitaire tegemoetkoming niet toe in geval van hospitalisatie ten gevolge van of omwille van:

- oorlogsfeiten en burgeroorlog;
- burgerlijke onlusten of oproer, rellen of andere collectieve gewelddaden, mits de verzekerde er vrijwillig aan deelnam;
- opzettelijke daden, inclusief zelfmoord of poging tot zelfmoord, of vrijwillige verminking van de verzekerde;
- roekeloze handelingen, vechtpartijen of weddenschappen;
- radioactieve stralingen of uitwerking van radioactieve afvalstoffen; de verpleegdagen van een hospitalisatie omwille van bestralingen ingevolge een medische behandeling worden wel vergoed door de verzekeraar;
- dronkenschap, alcoholisme of alcoholintoxicatie van de verzekerde, of van het misbruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs;
- een louter esthetische behandeling of verzorging, plastische heelkunde, verjongingskuren, comfortbehandelingen of behandelingen die de contouren van het lichaam wijzigen;
- verzorging en behandelingen van kaakbeen- en tandaandoeningen, inclusief tandkronen, stiften, tandprothesen, tandimplantaten, kaakbeenenting, tandopvulling en orthodontie;
- volgende behandelingen, evenals de gevolgen en de verwickelingen ervan: wegname van vetweefsels, abdominoplastie, vergroting -met of zonder implantaat- van de borsten, borstreconstructie, oorstandcorrectie, neusvormwijziging, haarimplantatie, lifting, verwijderen van rimpels, tatoeëring en plaatsing van een piercing, peeling, heelkundige of mechanische behandeling

van obesitas waarvoor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen geen tussenkomst voorziet, behandeling van camouflage, verandering of wijziging van de uitwendige geslachtsorganen, anticonceptieve behandeling en abortus;

- de beoefening van eender welke sport als betaalde activiteit, inclusief trainingen, of uit de vrijetijdsbeoefening van volgende gevaarlijke sporten: luchtvaartsporten (zoals onder meer deltavliegen, 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;
- ongevallen die plaats hebben bij luchtvervoer, behalve indien de verzekerde passagier is en tijdens de vlucht geen enkele beroeps- of andere activiteit verricht in verband met het toestel of de vlucht;
- een verblijf in een instelling die niet valt onder het begrip ziekenhuis;
- een alternatieve of niet-conventionele geneeskundige behandeling, zoals bijvoorbeeld acupunctuur, homeopathie, chiropraxie, osteopathie en fytotherapie.

De verpleegdagen worden evenmin vergoed in geval de hospitalisatie:

- een aanvang nam vóór de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst of tijdens de wachttijd;
- plaatsvindt in de diensten 35, 36, 38, 39, 42, 43, 44, 45 of de spoedgevallendienst van een ziekenhuis.

Artikel 3.5.14. Territoriale geldigheid

De verzekeraar voorziet enkel een forfaitaire tegemoetkoming per verpleegdag in geval van hospitalisatie op Belgisch grondgebied.

Artikel 3.5.15. Schadeaangifte en tegemoetkomingsmodaliteiten

§ 1. De verzekerde is verplicht tijdig, en zo snel als redelijkerwijze mogelijk, aangifte te doen van de verpleegdagen ingevolge hospitalisatie en dit uiterlijk 3 jaar na het einde van de maand waarin de hospitalisatie plaatsvond.

De aangifte gebeurt schriftelijk aan de hand van het door de verzekeraar ter beschikking gestelde schadeaangifteformulier.

§ 2. De forfaitaire tegemoetkoming wordt door de verzekeraar uitbetaald na voorlegging van de originele hospitalisatiefactuur. De verzekeraar kan bijkomende bewijsstukken eisen indien hij dit nodig acht.

§ 3. 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.

Artikel 3.5.16. Minnelijke Medische Expertise

Een meningsverschil nopens een kwestie van medische aard kan, met het akkoord van de verzekeraar en de verzekerde, beslecht worden door een Minnelijke Medische Expertise. De verzekeraar en de verzekerde duiden elk een arts aan; bij gebrek aan akkoord tussen beide artsen wordt bij gemeen overleg tussen hen een derde arts aangesteld of, bij ontstentenis hiervan, door de Voorzitter van de Rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de verzekerde op verzoek van de meest gereede partij. De beslissing van deze derde arts is bindend.

De Minnelijke Medische Expertise verloopt rekening houdende met de bepalingen van de verzekeringsovereenkomst.

Elke partij betaalt de honoraria en kosten van zijn arts. De honoraria en kosten van de derde arts, alsook de kosten van diens aanwijzing en de bijkomende onderzoekskosten worden gelijk verdeeld.

Artikel 3.5.17. Onterechte betalingen en subrogatie

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

§ 2. Voor alle tussenkomsten die de verzekeraar betaald heeft, treedt hij tot beloop van het bedrag van die tussenkomsten in de rechten en rechtsoverdrachten van de verzekerde tegen de aansprakelijke derden. Bijgevolg mag de verzekerde geen afstand van verhaal doen zonder voorafgaandelijk schriftelijk akkoord van de verzekeraar.

Indien door toedoen van de verzekerde de subrogatie geen gevolg kan hebben ten voordele van de verzekeraar, kan deze van hem de terugbetaling vorderen van de betaalde tussenkomsten in de mate van het geleden nadeel.

Rekening houdende met voorgaande bepalingen is de verzekerde ertoe gehouden de identiteit van de aansprakelijke derden onverwijld mee te delen aan de verzekeraar.

§ 3. In afwijking op § 2 van dit artikel is subrogatie niet mogelijk als de aansprakelijke derden eerste lijn of de echtgeno(o)t(e) van de verzekerde zijn, noch als zij de bij hem inwonende personen, zijn gasten of zijn huispersoneel zijn, tenzij er sprake is van kwaad opzet of hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een verzekeringsovereenkomst is gedekt.

Artikel 3.5.18. 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 3.5.19. Communicatie en briefwisseling

De verzekeraar kiest als woonplaats haar 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 3.5.20. 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 3.5.21. 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.

De klacht kan eveneens voorgelegd worden aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûssquare 35 te 1000 Brussel, www.ombudsman.as of via mail: info@ombudsman.as.

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

Artikel 3.5.22. 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.

Artikel 3.5.23. Overgang van verzekering en overgang van formule

§ 1. Kandidaat-verzekerden die deze verzekeringsovereenkomst willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en overstappen van een andere verzekering van de verzekeraar, kunnen intekenen indien:

- zij de premie van hun oorspronkelijke verzekering hebben betaald en deze op correcte wijze hebben beëindigd,
- zij alle in artikel 3.5.3. van deze overeenkomst bepaalde verplichtingen hebben nageleefd, en
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

§ 2. Binnen deze verzekeringsovereenkomst is overgang van een hogere formule naar een lagere formule mogelijk:

- zonder leeftijdsbeperking,
- zonder wachttijd,
- na invulling van een nieuwe behoefteanalysefiche,
- op voorwaarde dat de premie voor de oorspronkelijke formule werd betaald, en
- mits er geen sprake is van hospitalisatie op het ogenblik van overgang.

Het maximaal aantal vergoede verpleegdagen per verzekeringsjaar kan nooit hoger zijn dan het bepaalde in artikel 3.5.12. van deze Algemene Voorwaarden.

§ 3. Binnen deze verzekeringsovereenkomst is overgang van een lagere formule naar een hogere formule mogelijk indien de verzekerde:

- jonger is dan 65 jaar,
- al 1 jaar ononderbroken aangesloten was bij de oorspronkelijke formule,
- de premie van de oorspronkelijke formule heeft betaald,
- een nieuwe behoefteanalysefiche heeft ingevuld, en
- er geen sprake is van hospitalisatie op het ogenblik van overgang.

In geval van deze overgang van formule wordt de verzekerde gedurende de wachttijd gedekt volgens de modaliteiten van de oorspronkelijke formule.

Het maximaal aantal vergoede verpleegdagen per verzekeringsjaar kan nooit hoger zijn dan het bepaalde in artikel 3.5.12. van deze Algemene Voorwaarden.

Afdeling 3.6. HospiContinu

Artikel 3.6.1. Definities

Bestaande aandoening:

Elke aandoening, ziekte of toestand van de verzekerde welke op het ogenblik van de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst al bestond, of waarvan de symptomen zich al hadden gemanifesteerd, waarna de aandoening, ziekte of toestand binnen een termijn van 24 maanden na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst werd gediagnosticeerd. De aandoening, ziekte of toestand werd op de medische vragenlijst, hetzij vermeld, hetzij - al dan niet opzettelijk - niet vermeld.

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.

Gelijaardige verzekering:

Elke hospitalisatieverzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die aan deze verzekering gelijaardige waarborgen biedt.

Het bewijs van dekking door een gelijaardige 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.

Hospitalisatie:

Iedere noodzakelijke medische opname in een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd, alsook iedere daghospitalisatie.

Medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken:

Elke medische techniek die een bevruchting tot stand kan brengen, zoals kunstmatige inseminatie, in-vitrofertilisatie (IVF) en intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI).

Mutualistisch gezin:

De gerechtigde en zijn personen ten laste zoals deze gekend zijn bij de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen.

Ongeval:

Elke plotselinge gebeurtenis waarvan de oorzaak of één van de oorzaken vreemd is aan het organisme van de verzekerde en die zijn/haar fysieke integriteit aantast.

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.

Verpleegdag:

De kost die het ziekenhuis mag aanrekenen voor elke ziekenhuisopname 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 dat desbetreffend 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 vervalddag, bestaat het eerste verzekeringsjaar uit de periode tussen de datum van onderschrijving of toetreding, en de jaarlijkse vervalddag van de verzekeringsovereenkomst.

Verzekeringsovereenkomst:

Dit 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.

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 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, of als psychiatrisch ziekenhuis volgens artikel 3 van voornoemde wet.

Worden niet beschouwd als een ziekenhuis:

- revalidatiecentra;
- medisch-pedagogische instellingen (MPI's);
- instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen;
- gedeelten van ziekenhuizen die erkend zijn voor toepassing van rust- en kuuroorden;
- ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" verkregen hebben (koninklijk besluit nr. 59 van 22 juli 1982 tot wijziging van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging).

Ziekte:

Elke aantasting van de gezondheid van de verzekerde die een andere oorzaak heeft dan een ongeval, en die erkend is door een arts die gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte zich voordoet.

Zwangerschapsverwickelingen:

Hieronder worden volgende aandoeningen en behandelingen verstaan: gestosen, placenta-aandoeningen, miskraam, zwangerschapsinstandhoudende ingrepen, ectopische zwangerschap, baarmoedercuretage ingevolge zwangerschap en embryotomie.

Artikel 3.6.2. Doel van de verzekering

Deze verzekering beoogt, binnen de grenzen van de verzekeringsovereenkomst, tegemoet te komen in de kosten van hospitalisatie en garandeert in geval van verlies van de voordelen van een groepshospitalisatieverzekering via de werkgever, aan de verzekerde een overstap naar de kostendekkende verzekeringen HospiPlan of HospiPlus van de verzekeraar zonder bijkomende medische formaliteiten, nieuwe beperkingen of wachttijd.

Artikel 3.6.3. 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,
- voor wat de verzekeringnemer betreft, jonger zijn dan 65 jaar,
- een behoeftanalysefiche, verzekeringsvoorstel en medische vragenlijst invullen en ondertekenen,
- gedekt worden door een groepshospitalisatieverzekering die via een werkgever in zijn/haar hoofde werd afgesloten.

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.

Kandidaat-verzekerden die muteren en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst een gelijkaardige verzekering hadden, moeten geen medische vragenlijst invullen en ondertekenen.

De medische vragenlijst mag op het ogenblik van inwerkingtreding van, of toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst niet ouder zijn dan 90 dagen.

Artikel 3.6.4. Aanvaarding en inwerkingtreding van de verzekering

§ 1. Mits alle verplichtingen van artikel 3.6.3. werden nageleefd, aanvaardt de verzekeraar de vraag tot onderschrijving van, of toetreding tot, de verzekering:

- zonder beperking van de tegemoetkoming;
- met een beperking ingevolge een bestaande aandoening gedurende minimum 5 jaar; de beperkingen worden uitdrukkelijk opgenomen in de Bijzondere Voorwaarden en

kunnen na afloop van 5 jaar opnieuw geëvalueerd worden op basis van een nieuw en actueel medisch verslag.

§ 2. De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, doch nooit vóór de 1^{ste} van de maand volgend op de ontvangst van de volledig ingevulde behoefteanalysefiche, het volledig ingevuld verzekeringsvoorstel en in voorkomend geval de medische vragenlijst. 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 1^{ste} premie.

Artikel 3.6.5. Duur van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

Artikel 3.6.6. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.6.7. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.6.7. 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 voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 3.6.7. van deze Algemene Voorwaarden.
- In geval van niet-betaling van de premie op de jaarlijkse vervalddag wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd volgens de bepalingen van artikel 3.6.8. 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.
- De verzekeringsovereenkomst eindigt van rechtswege op het einde van de maand waarin de verzekerde 65 jaar wordt of in geval van verlies van dekking van de groepshospitalisatieverzekering afgesloten via een werkgever in hoofde van de verzekerde. De verzekeringnemer en/of de verzekerde kan op dat ogenblik overgaan naar de kostendekkende verzekering HospiPlan of HospiPlus van de verzekeraar.

De verzekeraar is gehouden tot vergoeding van de kosten, zoals omschreven in artikel 3.6.11. van deze Algemene Voorwaarden, voor elke hospitalisatie die een aanvang nam voor het einde van de verzekeringsovereenkomst.

Artikel 3.6.7. 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 3.6.6. 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 en gedekt is door een groepshospitalisatieverzekering via een werkgever. De verzekerde kan ook kiezen om deze verzekeringsovereenkomst niet verder te zetten, doch wel over te stappen naar de kostendekkende verzekering HospiPlan of HospiPlus van de verzekeraar.

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 3.6.8. Premie

§ 1. De premie voor alle verzekerden samen, is verschuldigd door de verzekeringnemer op de jaarlijkse vervalddag, 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. Ingeval 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.

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

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.

Voor pasgeborenen en adoptiekinderen jonger dan 18 jaar die vanaf geboortedatum of adoptiedatum toetreden tot een bestaande verzekeringsovereenkomst is de premie slechts verschuldigd vanaf de 1^{ste} van de maand volgend op voornoemde data.

§ 2. Niet-betaling van de premie op de vervalddag 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. Op 1 januari 2017 bedraagt de jaarpremie voor de verzekerden die bij de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst:

- | | |
|-----------------------------|----------|
| a) jonger zijn dan 50 jaar: | |
| 0 tot en met 25 jaar | € 13,32 |
| 26 tot en met 49 jaar | € 28,80 |
| 50 jaar en ouder | € 106,80 |
| b) 50 jaar of ouder zijn: | € 220,92 |

Artikel 3.6.9. Indexering en tariefwijziging

§ 1. De premies en de vergoedingsgrenzen worden op de jaarlijkse vervalldag 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, 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 3.6.10. Wachtijd

§ 1. Het recht op tegemoetkoming gaat in na een wachttijd van 3 maanden. In afwijking op deze algemene wachttijd van 3 maanden bestaat er voor een hospitalisatie omwille van medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken een bijzondere wachttijd van 12 maanden.

§ 2. De algemene wachttijd van 3 maanden is niet van toepassing voor:

- pasgeborenen of adoptiekinderen jonger dan 18 jaar die toetreden tot een bestaande verzekeringsovereenkomst, op voorwaarde dat de verzekeringnemer al minimum 3 maanden gedekt is door deze overeenkomst;
- hospitalisaties die het gevolg zijn van een ongeval dat zich na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst heeft voorgedaan;
- hospitalisaties omwille van acute, levensbedreigende infectieziekten die de verzekerde hebben getroffen na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot,

de verzekeringsovereenkomst en die niet door eenvoudige en algemeen erkende vaccinaties kunnen vermeden worden (of optreden vóór de normale vaccinatietijd).

§ 3. 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 HospiContinu vergelijkbare dekking biedt, wordt de wachttijd verminderd 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.

Artikel 3.6.11. Waarborgen

§ 1. In geval van hospitalisatie ten gevolge van ziekte, ongeval, zwangerschapsverwikkelingen of een bevalling, voorziet de verzekeraar voor elke verzekerde een terugbetaling van de kosten, beperkt tot:

- maximum € 10 per verpleegdag of per daghospitalisatie, én
- tot het bedrag van het saldo dat ten laste blijft van de verzekerde na de tegemoetkoming van de groepshospitalisatieverzekering via de werkgever.

§ 2. Deze verzekeringsovereenkomst waarborgt dat de verzekerde ten allen tijde – maar ten laatste op 65 jaar- en zonder bijkomende medische formaliteiten, zonder bijkomende beperkingen ingevolge bestaande aandoeningen en zonder wachttijd kan instappen in de kostendekkende verzekeringen HospiPlan en HospiPlus van de verzekeraar.

Artikel 3.6.12. Dekkingslimiet

De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot 180 verpleegdagen of daghospitalisaties, per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Artikel 3.6.13. Uitsluitingen

De verzekeraar kent geen vergoeding toe voor een hospitalisatie die niet wordt gedekt door de groepshospitalisatieverzekering afgesloten via de werkgever in hoofde van de verzekerde of die een aanvang nam tijdens de wachttijd.

Artikel 3.6.14. Territoriale geldigheid

De verzekeringsovereenkomst dekt enkel de hospitalisaties die in België plaatsvonden.

Artikel 3.6.15. Schadeaangifte en terugbetalingsmodaliteiten

§ 1. De verzekerde is verplicht tijdig, en zo snel als redelijkerwijze mogelijk, aangifte te doen van de hospitalisatie en dit uiterlijk 3 jaar na het einde van de maand waarin de hospitalisatie plaatsvond.

§ 2. De tegemoetkoming wordt door de verzekeraar uitbetaald na voorlegging van het origineel of de kopie van de afrekening van de groepsverzekeraar. Onder afrekening wordt het document verstaan dat door de groepshospitalisatieverzekering via de werkgever gebruikt wordt in het kader van de financiële vereffening van de hospitalisatiefactuur.

§ 3. De tegemoetkoming wordt berekend op basis van de in § 2 van dit artikel bedoelde afrekening van de tussenkomst van de groepsverzekeraar.

§ 4. De tegemoetkomingen worden door de verzekeraar uitbetaald aan de verzekerde op het bankrekeningnummer dat door de verzekeringnemer op het verzekeringsvoorstel werd opgegeven of bij de aangifte 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.

Artikel 3.6.16. Minnelijke Medische Expertise

Een meningsverschil nopens een kwestie van medische aard kan, met het akkoord van de verzekeraar en de verzekerde, beslecht worden door een Minnelijke Medische Expertise. De verzekeraar en de verzekerde duiden elk een arts aan; bij gebrek aan akkoord tussen beide artsen wordt bij gemeen overleg tussen hen een derde arts aangesteld of, bij ontstentenis hiervan, door de Voorzitter van de Rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de verzekerde op verzoek van de meest gereede partij. De beslissing van deze derde arts is bindend.

De Minnelijke Medische Expertise verloopt rekening houdende met de bepalingen van de verzekeringsovereenkomst.

Elke partij betaalt de honoraria en kosten van zijn arts. De honoraria en kosten van de derde arts, alsook de kosten van diens aanwijzing en de bijkomende onderzoekskosten worden gelijk verdeeld.

Artikel 3.6.17. Onterechte betalingen en subrogatie

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

§ 2. Voor alle tussenkomsten die de verzekeraar betaald heeft, treedt hij tot beloop van het bedrag van die tussenkomsten in de rechten en rechtsvorderingen van de verzekerde tegen de aansprakelijke derden. Bijgevolg mag de verzekerde geen afstand van verhaal doen zonder voorafgaandelijk schriftelijk akkoord van de verzekeraar.

Indien door toedoen van de verzekerde de subrogatie geen gevolg kan hebben ten voordele van de verzekeraar, kan deze van hem de terugbetaling vorderen van de betaalde tussenkomsten in de mate van het geleden nadeel.

Rekening houdende met voorgaande bepalingen is de verzekerde ertoe gehouden de identiteit van de aansprakelijke derden onverwijld mee te delen aan de verzekeraar.

§ 3. In afwijking op § 2 van dit artikel is subrogatie niet mogelijk als de aansprakelijke derden eerste lijn of de echtgeno(o)t(e) van de verzekerde zijn, noch als zij de bij hem inwonende personen, zijn gasten of zijn huispersoneel zijn, tenzij er sprake is van kwaad opzet of hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een verzekeringsovereenkomst is gedekt.

Artikel 3.6.18. 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 3.6.19. Communicatie en briefwisseling

De verzekeraar kiest als woonplaats haar 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 3.6.20. 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 3.6.21. 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.

De klacht kan eveneens voorgelegd worden aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsquare 35 te 1000 Brussel, www.ombudsman.as of via mail: info@ombudsman.as.

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

Artikel 3.6.22. 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.

HOOFDSTUK 4. BOEKJAAR, INVENTARIS EN JAARREKENING

Het boekjaar loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Na afsluiting van het boekjaar op 31 december maakt de Raad van Bestuur de inventaris en de jaarrekening op overeenkomstig de wet van 17 juli 1975 met betrekking tot de boekhouding van de ondernemingen. Deze gegevens worden verwerkt in het jaarverslag dat de Raad van Bestuur over het afgesloten boekjaar opmaakt voor de Algemene Vergadering.

Het jaarverslag, de inventaris en de jaarrekening (balans, resultatenrekening, toelichting) worden minstens 15 dagen vóór de Algemene Vergadering die de jaarrekening van de VMOB goedkeurt, voorgelegd aan de commissaris-revisor(en) die vóór de zitting van de Algemene Vergadering vaststellingen en observaties formuleert.

Deze stukken worden overgemaakt aan de Algemene Vergadering ter goedkeuring en dit uiterlijk 8 dagen vóór de zitting.

Na goedkeuring van het jaarverslag en de jaarrekening van het afgelopen boekjaar door de Algemene Vergadering verleent deze laatste, via een afzonderlijke stemming, kwijting aan de Raad van Bestuur en de commissaris-revisor(en).

HOOFDSTUK 5. WISSELKOERSEN EN FISCAAL STATUUT VAN DE PREMIES

Artikel 5.1. Wisselkoersen

Indien de VMOB in het kader van de door haar aangeboden verzekeringen van een verzekerde facturen ontvangt in een vreemde valuta worden deze omgerekend in euro tegen de gemiddelde maandkoers die door de Europese Centrale Bank is opgegeven voor de maand waarin de desbetreffende factuur werd uitgegeven.

Artikel 5.2. Fiscaal statuut van de premies

De premies die in hoofdstuk 3 van onderhavige statuten werden vastgelegd, zijn vrijgesteld van de jaarlijkse taks op de verzekeringsverrichtingen van 9,25 % zoals voorzien in artikel 175, § 1, van het Wetboek diverse rechten en taksen, met uitzondering van de premies voor de aanvullende verzekeringen AmbuPlan en AmbuPlus van de VMOB, zoals voorzien in afdeling 3.3. van deze statuten.

Op grond van artikel 2 van het koninklijk besluit van 19 april 1993 betreffende de bijdrage op de premies terzake van een aanvullende verzekering voor hospitalisatie is de VMOB een Riziv-bijdrage van 10 % verschuldigd op de premies, met uitzondering van de premies voor haar forfaitaire verzekering HospiForfait - formule 3 en haar verzekering HospiContinu.

De premies vermeld in onderhavige statuten zijn inclusief taksen, belastingen en wettelijke bijdragen.

HOOFDSTUK 6. ONTBINDING EN VEREFFENING

Artikel 6.1. Ontbinding

De VMOB kan ontbonden worden door een beslissing van de Algemene Vergadering die hiervoor speciaal wordt bijeengeroepen.

De beslissing tot ontbinding is slechts geldig indien de helft van de afgevaardigden aanwezig en vertegenwoordigd is en de beslissing met een meerderheid van twee derde van de uitgebrachte stemmen wordt genomen. Indien het aanwezigheidsquorum niet wordt bereikt, kan een tweede vergadering worden bijeengeroepen die geldig over dezelfde agenda beraadslaagt, ongeacht het aantal aanwezige en vertegenwoordigde afgevaardigden.

De uitnodiging voor de speciaal bijeengeroepen Algemene Vergadering bevat volgende elementen:

- de redenen voor de ontbinding;
- de meest recente financiële situatie van de VMOB, vastgesteld op een datum die niet meer dan drie maanden teruggaat;
- het verslag van de commissaris-revisor(en) waarin wordt weergegeven of de financiële situatie zoals voorgesteld, volledig en getrouw is opgesteld;
- de vormen en voorwaarden van de vereffening;
- het voorstel betreffende de bestemming van de eventuele overblijvende activa.

Artikel 6.2. Vereffening en procedure van vereffening

De Algemene Vergadering die beslist over de ontbinding van de VMOB wijst één of meerdere commissaris-revisoren aan als vereffenaars. Zij worden gekozen uit een lijst van erkende bedrijfsrevisoren die wordt bijgehouden door de Nationale Bank van België. Wanneer er meerdere vereffenaars worden aangeduid, vormen zij een college.

Tijdens die Algemene Vergadering worden eveneens de concrete taken, opdrachten en verplichtingen van de aangeduide vereffenaar(s) vastgelegd, alsook de procedure van vereffening die door deze laatste(n) moet worden gevolgd.

De beslissing van de Algemene Vergadering tot ontbinding van de VMOB wordt door de vereffenaar(s) binnen de 30 kalenderdagen naar het Belgisch Staatsblad overgezonden voor bekendmaking bij uittreksel, met vermelding van de identiteit van de vereffenaar(s).

De kosten van de vereffening zijn ten laste van de ontbonden VMOB.

Voor de verrichtingen die verbonden zijn aan de vereffening, en dit tot de sluiting ervan, blijven de organen van de VMOB verder bestaan zoals samengesteld ingevolge de laatste verkiezingen.

Artikel 6.3. Bestemming van de activa

De Algemene Vergadering die beslist over de ontbinding van de VMOB geeft aan de eventuele overblijvende activa een bestemming die overeenstemt met de statutaire doelstellingen van de VMOB.

HOOFDSTUK 7. INWERKINGTREDING EN STATUTAIRE WIJZIGINGEN

Onderhavige versie van de statuten geldt met ingang van 1 januari 2017. Zij kan gewijzigd worden op voorstel van de Raad van Bestuur of één of meerdere van de aangesloten ziekenfondsen.

De statutaire wijzigingen die worden voorgesteld door de ziekenfondsen, worden ingediend bij het Directiecomité van de VMOB die deze na bespreking voorlegt aan de Raad van Bestuur.

Alle statutaire wijzigingen worden ter goedkeuring voorgelegd aan de Algemene Vergadering die hiervoor wordt bijeengeroepen volgens de bepalingen van onderhavige statuten. Een statutenwijziging kan enkel worden goedgekeurd indien de helft van de afgevaardigden aanwezig en vertegenwoordigd is en de beslissing met een meerderheid van twee derde van de uitgebrachte stemmen wordt genomen. Indien het aanwezigheidsquorum niet wordt bereikt, kan een tweede vergadering worden bijeengeroepen die geldig over dezelfde agenda beraadslaagt, ongeacht het aantal aanwezige en vertegenwoordigde afgevaardigden.