AmbuPlan & AmbuPlus

Polisvoorwaarden 2027

HospiPlus

AmbuPlan & AmbuPlus zijn de facultatieve verzekeringen waarborg ernstige ziekte van:

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (203)

Verzekeringstussenpersoon van de VMOB HospiPlus erkenningsnummer 2006

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

Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen (235)

Verzekeringstussenpersoon van de VMOB HospiPlus erkenningsnummer 2007

Statieplein 12 te 9300 Aalst, tel. 053 76 99 99

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

ARTIKEL 1. DEFINITIES

Aanvullende verzekering:
De diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid b) en c), van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, alsook de diensten bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I), georganiseerd door een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds.

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 de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen 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 voornoemde wet.

De VMOB HospiPlus is onderworpen aan de bepalingen van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen, de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen en de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen.

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.

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 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. 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,
- in regel zijn met de bijdragen voor de aanvullende verzekering van een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds en niet ontheven zijn van de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van die verzekering, of in voorkomend geval, in regel zijn met de bijdragen voor de aanvullende verzekering sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2quater, derde lid, van 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,
- een behoefteanalysefiche, verzekeringsvoorstel en medische vragenlijst invullen en ondertekenen,
- in geval van keuze voor AmbuPlan, eveneens kiezen voor de verzekering HospiPlan,
- in geval van keuze voor AmbuPlus, eveneens kiezen voor de verzekering HospiPlus.

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

Wie terug in regel is met de bijdragen voor de aanvullende verzekering sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2quater, derde lid, van 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, moet alle verplichtingen, zoals bepaald in alinea 1 van onderhavig artikel, naleven.

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 4. AANVAARDING EN INWERKINGTREDING VAN DE VERZEKERING

§ 1. Mits alle verplichtingen van artikel 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 1ste 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 1ste premie.

§ 3. Wie terug in regel is met de bijdragen voor de aanvullende verzekering sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2quater, derde lid, van 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:

- moet een wachttijd doorlopen;
- is een premie verschuldigd in lijn met de bepalingen van artikel 8; én
- kan een beperking van tegemoetkoming kennen ingevolge bestaande aandoeningen.

ARTIKEL 5. DUUR VAN DE VERZEKERING

De verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

ARTIKEL 6. EINDE VAN DE VERZEKERING

De verzekeringsovereenkomst neemt een einde in de hierna opgesomde gevallen.

- Bij overlijden van de verzekeringnemer wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd op de datum van het overlijden van de verzekeringnemer. De overblijvende verzekerden die gedekt werden door deze overeenkomst kunnen genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 7 van deze Algemene Voorwaarden.

- Bij overlijden van de verzekerde wordt de verzekeringsovereenkomst in zijn/haar hoofde beëindigd op de datum van het overlijden van de verzekerde.

- Indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde niet langer aangesloten is bij de aanvullende verzekering van een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd vanaf de eerste dag van de maand na stopzetting van de aansluiting.

- Indien de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering in hoofde van de verzekeringnemer en zijn/haar verzekerden wordt opgeheven ingevolge de niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering gedurende 24 maanden, wordt de verzekeringsovereenkomst in hoofde van alle verzekerden beëindigd vanaf de eerste dag van de maand van de opheffing, ongeacht of de verzekeringnemer en zijn/haar verzekerden al dan niet in orde zijn met de betaling van de premie voor deze verzekeringsovereenkomst.

- Indien de verzekeringnemer, die sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2quater, derde lid, van hoger genoemd koninklijk besluit van 7 maart 1991, 6 maanden achterstal kent in de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering wordt de verzekeringsovereenkomst in hoofde van alle via deze overeenkomst verzekerde personen beëindigd op het einde van de zesde maand van wanbetaling. De periode van 6 maanden wordt opgeschort:
  - gedurende de periode tijdens dewelke de verzekeringnemer, van wie de mogelijkheid om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, is opgeheven en die begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, door de wet verhinderd is te betalen omdat hij/zij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt;
  - gedurende de periode tijdens dewelke de verzekeringnemer, van wie de mogelijkheid om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, is opgeheven en die begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, de hoedanigheid van gerechtigde heeft verloren en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering.

- Indien een verzekerde de hoedanigheid van persoon ten laste ten aanzien van de verzekeringnemer verliest, wordt de verzekeringsovereenkomst in hoofde van deze verzekerde beëindigd vanaf de eerste dag van de maand volgend op de kennisname door de verzekeraar van het verlies van hoedanigheid. De verzekerde kan genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 7 van deze Algemene Voorwaarden.

- Wanneer de verzekeringnemer de hoedanigheid van gerechtigde verliest, wordt de verzekeringsovereenkomst van de verzekeringnemer en eventuele andere verzekerden beëindigd vanaf de eerste dag van de maand volgend op de kennisname door de verzekeraar van het verlies van hoedanigheid. De verzekeringnemer en de verzekerden kunnen genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 7 van deze Algemene Voorwaarden.

- In geval van niet-betaling van de premie op de jaarlijkse vervaldag wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd volgens de bepalingen van artikel 8 van deze Algemene Voorwaarden.

- De verzekeringsovereenkomst kan maandelijks opgezegd worden door de verzekeringnemer via een aangetekend schrijven, een deurwaardersexploot of door afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs. De opzegtermijn bedraagt één maand en gaat in op de eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst van het verzoek tot stopzetting; de postdatum geldt als bewijs.

- De verzekeringnemer en de verzekeraar kunnen de verzekeringsovereenkomst zonder boete en zonder motivering schriftelijk, per gewone brief, binnen 14 kalenderdagen herroepen. De verzekeringnemer stuurt deze brief naar VMOB HospiPlus, Statieplein 12, 9300 Aalst. De termijn van 14 dagen loopt vanaf de dag waarop de verzekeraar aan de verzekeringnemer heeft meegedeeld dat de overeenkomst gesloten is of vanaf de dag waarop de verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst en de precontractuele informatiefiche heeft ontvangen, indien dit later zou zijn. De opzegging die uitgaat van de verzekeringnemer treedt in werking op het ogenblik van de kennisgeving; deze die uitgaat van de verzekeraar 8 dagen na de kennisgeving ervan.

- 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 11 van deze Algemene Voorwaarden, die effectief gerealiseerd waren op datum van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst.

ARTIKEL 7. WIJZIGINGEN IN HET MUTUALISTISCH GEZIN

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

Onder wijziging in het mutualistisch gezin wordt verstaan:
- het overlijden van de verzekeringnemer of een verzekerde,
- het verlies van hoedanigheid van persoon ten laste in hoofde van een verzekerde,
- het verlies van hoedanigheid van gerechtigde in hoofde van de verzekeringnemer,
- de toevoeging van een persoon ten laste aan het gezin.

Bij wijziging in het mutualistisch gezin heeft de verzekerde, die het voordeel van deze verzekeringsovereenkomst verliest overeenkomstig de bepalingen van artikel 6. van deze Algemene Voorwaarden, het recht om deze overeenkomst voort te zetten, op voorwaarde dat de verzekerde aangesloten is bij één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen 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 kennisneemt 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, tenzij de voortzetting het gevolg is van een overlijden. In dit laatste geval, treedt de verzekeringsovereenkomst in werking op de eerste van de maand waarin het verlies van het voordeel van de vorige verzekeringsovereenkomst plaatsvond en zal voor de eerste maand van dekking geen premie verschuldigd zijn.

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

ARTIKEL 8. PREMIE

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

De premie is betaalbaar bij de aanbieding van de prenotificatie (= betaling via domiciliëring) of het verzoek om betaling (= betaling via overschrijving) dat wordt 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 en het al dan niet aanwezig zijn van een gelijkaardige verzekering op dat ogenblik, én
- 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 4e en 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.

Voor pasgeborenen en adoptiekinderen jonger dan 18 jaar die vanaf geboortedatum of adoptiedatum toetreden tot een bestaande verzekeringsovereenkomst is er geen premie verschuldigd voor de maand waarin zij geboren of geadopteerd zijn.

§ 2. Niet-betaling van de premie op de vervaldag levert grond op tot opzegging van de verzekeringsovereenkomst mits de verzekeringnemer in gebreke is gesteld via een aangetekend schrijven.

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

§ 3. Op 1 januari 2027 geldt volgende jaarpremie:

a) voor verzekerden die bij de verzekeringsovereenkomst instappen* of ingestapt zijn met een gelijkaardige verzekering:

AMBUPLAN

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 1,64	€ 0,14	€ 0,16	€ 0,16	€ 1,80
20 t.e.m. 25 jaar	€ 1,97	€ 0,17	€ 0,19	€ 0,19	€ 2,16
26 t.e.m. 34 jaar	€ 7,99	€ 0,70	€ 0,78	€ 0,77	€ 8,76
35 t.e.m. 49 jaar	€ 7,99	€ 0,70	€ 0,78	€ 0,77	€ 8,76
50 t.e.m. 64 jaar	€ 10,73	€ 0,93	€ 1,04	€ 1,03	€ 11,76
65 jaar en ouder	€ 19,60	€ 1,70	€ 1,91	€ 1,88	€ 21,48

AMBUPLUS

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 3,28	€ 0,29	€ 0,32	€ 0,32	€ 3,60
20 t.e.m. 25 jaar	€ 3,07	€ 0,27	€ 0,30	€ 0,29	€ 3,36
26 t.e.m. 34 jaar	€ 11,93	€ 1,04	€ 1,16	€ 1,15	€ 13,08
35 t.e.m. 49 jaar	€ 11,93	€ 1,04	€ 1,16	€ 1,15	€ 13,08
50 t.e.m. 64 jaar	€ 16,53	€ 1,44	€ 1,61	€ 1,59	€ 18,12
65 jaar en ouder	€ 32,19	€ 2,80	€ 3,13	€ 3,09	€ 35,28

b) voor verzekerden die bij de verzekeringsovereenkomst instappen of ingestapt zijn zonder gelijkaardige verzekering, én op het ogenblik van instap* jonger zijn/waren dan 50 jaar:

AMBUPLAN

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 1,64	€ 0,14	€ 0,16	€ 0,16	€ 1,80
20 t.e.m. 25 jaar	€ 1,97	€ 0,17	€ 0,19	€ 0,19	€ 2,16
26 t.e.m. 34 jaar	€ 7,99	€ 0,70	€ 0,78	€ 0,77	€ 8,76
35 t.e.m. 49 jaar	€ 7,99	€ 0,70	€ 0,78	€ 0,77	€ 8,76
50 t.e.m. 64 jaar	€ 10,73	€ 0,93	€ 1,04	€ 1,03	€ 11,76
65 jaar en ouder	€ 19,60	€ 1,70	€ 1,91	€ 1,88	€ 21,48

AMBUPLUS

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	3,28	€ 0,29	€ 0,32	€ 0,32	€ 3,60
20 t.e.m. 25 jaar	€ 3,07	€ 0,27	€ 0,30	€ 0,29	€ 3,36
26 t.e.m. 34 jaar	€ 11,93	€ 1,04	€ 1,16	€ 1,15	€ 13,08
35 t.e.m. 49 jaar	€ 11,93	€ 1,04	€ 1,16	€ 1,15	€ 13,08
50 t.e.m. 64 jaar	€ 16,53	€ 1,44	€ 1,61	€ 1,59	€ 18,12
65 jaar en ouder	€ 32,19	€ 2,80	€ 3,13	€ 3,09	€ 35,28

*(*instap = datum inwerkingtreding of toetreding verzekeringsovereenkomst)*

c) voor verzekerden die bij de verzekeringsovereenkomst instappen of ingestapt zijn zonder gelijkaardige verzekering, én op het ogenblik van instap* 50 of tussen 50 en 65 jaar zijn/waren:

AMBUPLAN					
leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
65 jaar en ouder**	€ 19,60	€ 1,70	€ 1,91	€ 1,88	€ 21,48

AMBUPLUS					
leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
65 jaar en ouder**	€ 32,19	€ 2,80	€ 3,13	€ 3,09	€ 35,28

*(*instap = datum inwerkingtreding of toetreding verzekeringsovereenkomst)*

*(**Verzekerden die de verzekeringsovereenkomst onderschrijven, of ertoe toetreden, op 50 of tussen 50 en 65 jaar en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst geen gelijkaardige verzekering hadden, betalen een meer-premie die gelijk is aan het verschil tussen de premie die een verzekerde van 65 jaar of ouder moet betalen en de standaardpremie voor verzekerden van 50 of tussen 50 en 65 jaar, d.w.z. dat ze de premie voorzien voor de verzekerden van 65 jaar en ouder moeten betalen.)*

d) voor verzekerden die bij de verzekeringsovereenkomst instappen of ingestapt zijn zonder gelijkaardige verzekering, én op het ogenblik van instap* 65 jaar of ouder zijn/waren:

AMBUPLAN					
leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
65 t.e.m. 69 jaar	€ 45,00	€ 3,91	€ 4,38	€ 4,32	€ 49,32
70 jaar en ouder	€ 68,32	€ 5,94	€ 6,65	€ 6,56	€ 74,88

AMBUPLUS					
leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
65 t.e.m. 69 jaar	€ 68,54	€ 5,96	€ 6,67	€ 6,58	€ 75,12
70 jaar en ouder	€ 92,41	€ 8,04	€ 8,99	€ 8,87	€ 101,28

*(*instap = datum inwerkingtreding of toetreding verzekeringsovereenkomst)*

In afwijking op § 3, a, b en c betalen verzekerden die 99 jaar of ouder worden in 2027 en al van vóór 1 april 2014 deze verzekeringsovereenkomst onderschreven of ertoe toetraden, voor AmbuPlan en voor AmbuPlus een jaarpremie van:

AMBUPLAN					
leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
99 jaar en ouder	€ 33,83	€ 2,94	€ 3,29	€ 3,25	€ 37,08

AMBUPLUS					
99 jaar en ouder	€ 41,72	€ 3,63	€ 4,06	€ 4,00	€ 45,72

In overeenstemming met § 1 van dit artikel wordt de premie bij instap bepaald door de leeftijd op datum van inwerkingtreding of toetreding verzekeringsovereenkomst en het al dan niet aanwezig zijn van een gelijkaardige verzekering op dat ogenblik, én door de leeftijdscategorie waartoe de verzekerde behoort op 31 december van het verzekeringsjaar waarop de premie betrekking heeft.

ARTIKEL 9. INDEXERING EN TARIEFWIJZIGING

§ 1. De premies mogen op de jaarlijkse vervaldag van de verzekeringsovereenkomst aangepast worden aan de specifieke leeftijdsgebonden medische index voor ambulante zorg welke geldt voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten, zoals vermeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014, of aan het indexcijfer der consumptieprijzen indien deze index hoger ligt. De aanpassing aan de consumptieprijsindex gebeurt op 1 januari van het jaar N op basis van de evolutie van de index tijdens de periode vanaf de maand december van het jaar N-3 tot de maand december van het jaar N-2.

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

ARTIKEL 10. WACHTTIJD

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

§ 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 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.

§ 4. De kosten verbonden aan de ambulante zorgen en geneesmiddelen ingevolge een ernstige ziekte, zoals omschreven in artikel 11 van deze Algemene Voorwaarden, worden niet vergoed tijdens de wachttijd.

ARTIKEL 11. WAARBORGEN

De verzekeraar komt tegemoet in de hierna vermelde kosten van ambulante zorgen en geneesmiddelen die rechtstreeks verband houden met de behandeling van een ernstige ziekte of een ziekenhuisopname voor een ernstige ziekte:

- de kosten van speciale behandelingen, analyses en onderzoeken welke genoodzaakt zijn door de ernstige ziekte, mits deze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming;
- de kosten voor de huur van allerhande medisch en sanitair materiaal;
- de kosten voor farmaceutische producten, mits deze voorgeschreven werden door de behandelende arts en aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming;
- de kosten van medisch verantwoord vervoer door een ziekenwagen, taxi of eigen wagen (tussenkomst 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 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 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 14. TERRITORIALE GELDIGHEID

De verzekeringsovereenkomst dekt enkel de in België verstrekte ambulante zorgen en de geneesmiddelen die in België werden voorgeschreven en verstrekt.

ARTIKEL 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.

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

ARTIKEL 16. PRESTATIES EN TERUGBETALINGSMODALITEITEN

De tegemoetkomingen worden door de verzekeraar uitbetaald aan de verzekerde op het bankrekeningnummer dat gekend is bij het bij de verzekeraar betrokken aangesloten ziekenfonds voor de terugbetaling van gezondheidszorgen.

De verzekeraar kan in geen geval aansprakelijk gesteld worden voor een onjuiste betaling die het gevolg is van foutieve, onvolledige of niet-geactualiseerde rekeninggegevens waarover het betrokken ziekenfonds beschikt.

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 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 18. ONTERECHTE BETALINGEN

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

ARTIKEL 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 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 21. TOEPASSELIJK RECHT EN BEVOEGDE RECHTBANKEN

De geschillen betreffende de interpretatie en de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst vallen onder de uitsluitende bevoegdheid van de rechtbanken van het gerechtelijk arrondissement Oost-Vlaanderen.

De Belgische wet is van toepassing op deze overeenkomst.

ARTIKEL 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 e-mail: klachten@hospiplus.be.

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

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

ARTIKEL 23. GEGEVENSBESCHERMING

De verzekeraar is verantwoordelijk voor de verwerking van persoonsgegevens van (potentiële) verzekeringsnemers en/of verzekerden, en heeft de doeleinden van de verwerking alsook de rechten die aan de verwerking gekoppeld zijn, vastgelegd in haar privacyverklaring.

De privacyverklaring is raadpleegbaar via www.hospiplus.be of kan schriftelijk opgevraagd worden aan de verzekeraar via info@hospiplus.be.

De verzekeringnemer en/of de verzekerde die zijn/haar rechten in verband met de verwerking van zijn/haar persoonsgegevens wenst uit te oefenen, kan de functionaris voor gegevensbescherming van de verzekeraar contacteren door een schriftelijke, gedateerde en ondertekende aanvraag te richten aan VMOB HospiPlus, Statieplein 12, 9300 Aalst. Bij de aanvraag voegt de verzekeringnemer en/of de verzekerde een kopie van de voor- en achterkant van zijn/haar identiteitskaart toe.

De verzekeringnemer en/of de verzekerde worden uiterlijk 1 maand na ontvangst van het verzoek tot uitoefening van zijn/haar rechten, door de verzekeraar, en in het bijzonder door de functionaris voor gegevensbescherming, geïnformeerd over de genomen stappen en maatregelen.

Andere vragen, opmerkingen of klachten in verband met de verwerking van de persoonsgegevens worden eveneens gericht aan de functionaris voor gegevensbescherming van HospiPlus:

- postadres: VMOB HospiPlus, Statieplein 12, 9300 Aalst;
- e-mailadres: privacy@hospiplus.be.

De verzekeringnemer en/of verzekerde die niet tevreden is met de behandeling van zijn/haar verzoek of klacht door de verzekeraar, kan hierover schriftelijk een klacht neerleggen bij de gegevensbeschermingsautoriteit (post: Drukpersstraat 35, 1000 Brussel of per e-mail: contact@apd-gba.be).

ARTIKEL 24. OMSCHAKELING VAN EEN VERZEKERING HOSPIPLAN, HOSPIPLUS (& AMBUPLUS) OF HOSPICONTINU VAN DE VERZEKERAAR NAAR HOSPIPLAN & AMBUPLAN

§ 1. Kandidaat-verzekerden die HospiPlan & AmbuPlan willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en zonder onderbreking willen omschakelen van de verzekering HospiPlan 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 van deze overeenkomst bepaalde verplichtingen hebben nageleefd (inclusief invulling medische vragenlijst voor de aanvullende waarborg AmbuPlan),
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

In geval van omschakeling zonder onderbreking van de verzekering HospiPlan naar HospiPlan & AmbuPlan geldt het volgende:

- de maximale dekking per verzekeringsjaar kan nooit meer bedragen dan de dekkingen die worden voorzien door de oorspronkelijke verzekering HospiPlan;
- de wachttijd, zoals bepaald in artikel 10, is van toepassing voor de aanvullende waarborg AmbuPlan; de wachttijd voor HospiPlan wordt verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door de oorspronkelijke verzekering HospiPlan;
- gedurende de wachttijd voor de aanvullende waarborg AmbuPlan wordt de verzekerde gedekt volgens de modaliteiten van de oorspronkelijke verzekering HospiPlan, tenzij er sprake is van een wachttijd voor HospiPlan;
- de zwangerschap op het ogenblik van omschakeling wordt gezien als een bestaande toestand die volledig verzekerd wordt volgens de polisvoorwaarden van de oorspronkelijke verzekering HospiPlan (zowel tijdens als na de wachttijd);
- de beperkingen die al geformuleerd werden in het kader van de oorspronkelijke verzekering HospiPlan, blijven van toepassing; voor de aanvullende waarborg AmbuPlan kunnen bijkomende uitsluitingen geformuleerd worden;
- de jaarpremie voor HospiPlan & AmbuPlan wordt, in afwijking op het bepaalde in artikel

8, bepaald op basis van volgende elementen:
  - de leeftijd op datum inwerkingtreding van de oorspronkelijke verzekering HospiPlan, én
  - het al dan niet aanwezig zijn van een gelijkaardige verzekering op het ogenblik van instap bij de oorspronkelijke verzekering HospiPlan.

§ 2. Kandidaat-verzekerden die HospiPlan & AmbuPlan willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en zonder onderbreking willen omschakelen van de verzekering HospiPlus 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 van deze overeenkomst bepaalde verplichtingen hebben nageleefd (inclusief invulling medische vragenlijst voor de aanvullende waarborg AmbuPlan),
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

In geval van omschakeling zonder onderbreking van de verzekering HospiPlus naar HospiPlan & AmbuPlan geldt het volgende:
- de maximale dekking per verzekeringsjaar kan nooit meer bedragen dan de dekkingen die worden voorzien door de oorspronkelijke verzekering HospiPlus;
- de wachttijd, zoals bepaald in artikel 10, is van toepassing voor de aanvullende waarborg AmbuPlan; de wachttijd voor HospiPlus wordt verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door de oorspronkelijke verzekering HospiPlus;
- gedurende de wachttijd voor de aanvullende waarborg AmbuPlan wordt de verzekerde gedekt volgens de modaliteiten van de oorspronkelijke verzekering HospiPlus, tenzij er sprake is van een wachttijd voor HospiPlus;
- de zwangerschap op het ogenblik van omschakeling wordt gezien als een bestaande toestand die volledig verzekerd wordt volgens de polisvoorwaarden van de oorspronkelijke verzekering HospiPlus (zowel tijdens als na de wachttijd);
- de beperkingen die al geformuleerd werden in het kader van de oorspronkelijke verzekering HospiPlus, blijven van toepassing; voor de aanvullende waarborg AmbuPlan kunnen bijkomende uitsluitingen geformuleerd worden;
- de jaarpremie voor HospiPlan & AmbuPlan wordt, in afwijking op het bepaalde in artikel 8, bepaald op basis van volgende elementen:
  - de leeftijd op datum inwerkingtreding van de oorspronkelijke verzekering HospiPlus, én
  - het al dan niet aanwezig zijn van een gelijkaardige verzekering op het ogenblik van instap bij de oorspronkelijke verzekering HospiPlus.

§ 3. Kandidaat-verzekerden die HospiPlan & AmbuPlan willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en zonder onderbreking willen omschakelen van de verzekering HospiContinu 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 van deze overeenkomst bepaalde verplichtingen hebben nageleefd, met uitzondering van de medische vragenlijst (er hoeft geen medische vragenlijst ingevuld te worden),
- zij niet gehospitaliseerd zijn,
- zij een attest van beëindiging van de groepshospitalisatieverzekering via hun werkgever kunnen voorleggen.

In geval van omschakeling zonder onderbreking van de verzekering HospiContinu naar HospiPlan & AmbuPlan geldt het volgende:
- er is geen wachttijd voor HospiPlan & AmbuPlan;
- de al in het kader van de verzekering HospiContinu geformuleerde beperkingen blijven van toepassing voor de verzekering HospiPlan & AmbuPlan;
- de jaarpremie voor HospiPlan & AmbuPlan wordt, in afwijking op het bepaalde in artikel 8, bepaald op basis van volgende elementen:
  - de leeftijd op datum inwerkingtreding van de oorspronkelijke verzekering HospiContinu, én
  - het al dan niet aanwezig zijn van een gelijkaardige verzekering op het ogenblik van instap bij de oorspronkelijke verzekering HospiContinu.

§ 4. Kandidaat-verzekerden die HospiPlan & AmbuPlan willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en zonder onderbreking willen omschakelen van de verzekering HospiPlus & AmbuPlus 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 van deze overeenkomst bepaalde verplichtingen hebben nageleefd, met uitzondering van de medische vragenlijst (er hoeft geen medische vragenlijst ingevuld te worden),
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

In geval van omschakeling zonder onderbreking van de verzekering HospiPlus & AmbuPlus naar HospiPlan & AmbuPlan geldt het volgende:
- de maximale dekking per verzekeringsjaar kan nooit meer bedragen dan de dekkingen die worden voorzien door de oorspronkelijke verzekering HospiPlus & AmbuPlus;
- de wachttijd voor HospiPlan & AmbuPlan wordt verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door de oorspronkelijke verzekering HospiPlus & AmbuPlus;
- de beperkingen en/of uitsluitingen die al geformuleerd werden in het kader van de oorspronkelijke verzekering HospiPlus & AmbuPlus, blijven van toepassing;
- de jaarpremie voor HospiPlan & AmbuPlan wordt, in afwijking op het bepaalde in artikel 8, bepaald op basis van volgende elementen:
  - de leeftijd op datum inwerkingtreding van de oorspronkelijke verzekering HospiPlus & AmbuPlus, én
  - het al dan niet aanwezig zijn van een gelijkaardige verzekering op het ogenblik van instap bij de oorspronkelijke verzekering HospiPlus & AmbuPlus.

ARTIKEL 25. OMSCHAKELING VAN EEN VERZEKERING HOSPIPLAN (& AMBUPAN), HOSPIPLUS OF HOSPICONTINU VAN DE VERZEKERAAR NAAR HOSPIPLUS & AMBUPLUS

§ 1. Kandidaat-verzekerden die HospiPlus & AmbuPlus willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en zonder onderbreking willen overstappen van de verzekering HospiPlan 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 van deze overeenkomst bepaalde verplichtingen hebben nageleefd (inclusief invulling medische vragenlijst voor zowel het luik HospiPlus als de aanvullende waarborg AmbuPlus), en
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

In geval van omschakeling zonder onderbreking van de verzekering HospiPlan naar HospiPlus & AmbuPlus geldt het volgende:
- de maximale dekking per verzekeringsjaar kan nooit meer bedragen dan de dekkingen die voorzien worden door de verzekering HospiPlus & AmbuPlus;
- er is sprake van een wachttijd voor zowel het luik HospiPlus als de aanvullende waarborg AmbuPlus; gedurende de wachttijd wordt de verzekerde gedekt volgens de modaliteiten van de oorspronkelijke verzekering HospiPlan;
- de zwangerschap op het ogenblik van omschakeling wordt gezien als een bestaande toestand die volledig verzekerd wordt volgens de polisvoorwaarden van de oorspronkelijke verzekering HospiPlan (zowel tijdens als na de wachttijd);
- de beperkingen die geformuleerd werden in het kader van de oorspronkelijke verzekering HospiPlan, blijven van toepassing; er kunnen bijkomende beperkingen geformuleerd worden voor HospiPlus en/of uitsluitingen voor de aanvullende waarborg AmbuPlus;
- de jaarpremie voor HospiPlus & AmbuPlus wordt vastgelegd op basis van de bepalingen in artikel 8.

§ 2. Kandidaat-verzekerden die HospiPlus & AmbuPlus willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en zonder onderbreking willen omschakelen van de verzekering HospiPlus 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 van deze overeenkomst bepaalde verplichtingen hebben nageleefd (inclusief invulling medische vragenlijst voor de aanvullende waarborg AmbuPlus),
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

In geval van omschakeling zonder onderbreking van de verzekering HospiPlus naar HospiPlus & AmbuPlus geldt het volgende:
- de maximale dekking per verzekeringsjaar kan nooit meer bedragen dan de dekkingen die worden voorzien door de oorspronkelijke verzekering HospiPlus;
- de wachttijd, zoals bepaald in artikel 10, is van toepassing voor de aanvullende waarborg AmbuPlus; de wachttijd voor HospiPlus wordt verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door de oorspronkelijke verzekering HospiPlus;
- gedurende de wachttijd voor de aanvullende waarborg AmbuPlus wordt de verzekerde gedekt volgens de modaliteiten van de oorspronkelijke verzekering HospiPlus, tenzij er sprake is van een wachttijd voor HospiPlus;
- de zwangerschap op het ogenblik van omschakeling wordt gezien als een bestaande toestand die volledig verzekerd wordt volgens de polisvoorwaarden van de oorspronkelijke verzekering HospiPlus (zowel tijdens als na de wachttijd);

- de beperkingen die al geformuleerd werden in het kader van de oorspronkelijke verzekering HospiPlus, blijven van toepassing; voor de aanvullende waarborg AmbuPlus kunnen bijkomende uitsluitingen geformuleerd worden;
- de jaarpremie voor HospiPlus & AmbuPlus wordt, in afwijking op het bepaalde in artikel 8, bepaald op basis van volgende elementen:
  - de leeftijd op datum inwerkingtreding van de oorspronkelijke verzekering HospiPlus, én
  - het al dan niet aanwezig zijn van een gelijkaardige verzekering op het ogenblik van instap bij de oorspronkelijke verzekering HospiPlus.

§ 3. Kandidaat-verzekerden die HospiPlus & AmbuPlus willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en zonder onderbreking willen omschakelen van de verzekering HospiContinu 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 van deze overeenkomst bepaalde verplichtingen hebben nageleefd, met uitzondering van de medische vragenlijst (er hoeft geen medische vragenlijst ingevuld te worden),
- zij niet gehospitaliseerd zijn,
- zij een attest van beëindiging van de groepshospitalisatieverzekering via hun werkgever kunnen voorleggen.

In geval van omschakeling zonder onderbreking van de verzekering HospiContinu naar HospiPlus & AmbuPlus geldt het volgende:

- er is geen wachttijd voor HospiPlus & AmbuPlus;
- de al in het kader van de verzekering HospiContinu geformuleerde beperkingen blijven van toepassing voor de verzekering HospiPlus & AmbuPlus;
- de jaarpremie voor HospiPlus & AmbuPlus wordt, in afwijking op het bepaalde in artikel 8, bepaald op basis van volgende elementen:
  - de leeftijd op datum inwerkingtreding van de oorspronkelijke verzekering HospiContinu, én
  - het al dan niet aanwezig zijn van een gelijkaardige verzekering op het ogenblik van instap bij de oorspronkelijke verzekering HospiContinu.

§ 4. Kandidaat-verzekerden die HospiPlus & AmbuPlus willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en zonder onderbreking willen overstappen van de verzekering HospiPlan & AmbuPlan 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 van deze overeenkomst bepaalde verplichtingen hebben nageleefd (inclusief invulling medische vragenlijst voor zowel het luik HospiPlus als de aanvullende waarborg AmbuPlus), en
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

In geval van omschakeling zonder onderbreking van de verzekering HospiPlan & AmbuPlan naar HospiPlus & AmbuPlus geldt het volgende:

- de maximale dekking per verzekeringsjaar kan nooit meer bedragen dan de dekkingen die voorzien worden door de verzekering HospiPlus & AmbuPlus;
- er is sprake van een wachttijd voor zowel het luik HospiPlus als de aanvullende waarborg AmbuPlus; gedurende de wachttijd wordt de verzekerde gedekt volgens de modaliteiten van de oorspronkelijke verzekering HospiPlan & AmbuPlan;
- de zwangerschap op het ogenblik van omschakeling wordt gezien als een bestaande toestand die volledig verzekerd wordt volgens de polisvoorwaarden van de oorspronkelijke verzekering HospiPlan & AmbuPlan (zowel tijdens als na de wachttijd);
- de beperkingen en/of uitsluitingen die geformuleerd werden in het kader van de oorspronkelijke verzekering HospiPlan & AmbuPlan, blijven van toepassing; er kunnen bijkomende beperkingen geformuleerd worden voor HospiPlus en/of uitsluitingen voor de aanvullende waarborg AmbuPlus;
- de jaarpremie voor HospiPlus & AmbuPlus wordt vastgelegd op basis van de bepalingen in artikel 8.

ARTIKEL 26. AANSPRAKELIJKHEIDSVORDERINGEN

§ 1. Voor zover wettelijk toegestaan, wordt via dit artikel uitdrukkelijk afgeweken van het regime inzake de buitencontractuele aansprakelijkheid van hulppersonen, zoals voorzien in Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek. Deze afwijking geldt niet in de gevallen waarin dwingend recht een uitsluiting of beperking van aansprakelijkheid verbiedt, waaronder bv. de aansprakelijkheid wegens opzettelijke fout.

§ 2. De verzekeringnemer, verzekerden en iedere andere persoon die rechten ontleent aan of uitoefent in verband met deze verzekeringsovereenkomst, verbinden zich ertoe iedere aanspraak wegens schade die rechtstreeks of onrechtstreeks verband houdt met deze verzekeringsovereenkomst of de uitvoering ervan uitsluitend tegen de verzekeraar in te stellen. Zij doen, voor zover wettelijk toegestaan, onherroepelijk afstand van iedere buitencontractuele vordering tegen de (gewezen) bestuurders, (gewezen) directieleden, (gewezen) werknemers en overige hulppersonen van de verzekeraar.

Dit beding geldt als een derdenbeding ten behoeve van de in dit artikel bedoelde personen, die zich hierop rechtstreeks kunnen beroepen.