HospiContinu

Polisvoorwaarden 2027

HospiPlus

HospiContinu is de facultatieve hospitalisatieverzekering 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.

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 aan deze verzekering gelijkaardige waarborgen biedt.

Het bewijs van dekking door een gelijkaardige verzekering wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken Belgische mutualistische entiteit waarin minstens de begin- en einddatum van dekking wordt vermeld.

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

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 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.

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.

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

ARTIKEL 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, HospiPlan & AmbuPlan, HospiPlus of HospiPlus & AmbuPlus van de verzekeraar zonder bijkomende medische formaliteiten, nieuwe beperkingen of wachttijd.

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,
- jonger zijn dan 65 jaar,
- een behoefteanalysefiche, verzekeringsvoorstel en medische vragenlijst invullen en ondertekenen,
- gedekt worden door een groepshospitalisatieverzekering die via een werkgever in zijn/haar hoofde werd afgesloten.

In afwijking op voorgaande alinea en rekening houdende met de bepalingen van artikel 6, kunnen gerechtigden en personen ten laste die ouder zijn dan 65 jaar nog aanvaard worden als verzekeringnemer en/of 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 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:

- 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 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:

- 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 op de eerste dag van de maand na stopzetting van de aansluiting.

- ndien 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:
  - o 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;
  - o 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 eindigt van rechtswege op het einde van de maand waarin de verzekeringnemer 67 jaar wordt of in geval van verlies van dekking van de groepshospitalisatieverzekering afgesloten via een werkgever in hoofde van de verzekeringnemer. 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 11 van deze Algemene Voorwaarden, voor elke hospitalisatie die een aanvang nam voor het einde 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 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 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.

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

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:

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 16,92	€ 1,47	€ 1,65	€ 0,00	€ 16,92
20 t.e.m. 25 jaar	€ 16,92	€ 1,47	€ 1,65	€ 0,00	€ 16,92
26 t.e.m. 34 jaar	€ 37,44	€ 3,26	€ 3,64	€ 0,00	€ 37,44
35 t.e.m. 49 jaar	€ 37,44	€ 3,26	€ 3,64	€ 0,00	€ 37,44
50 jaar en ouder	€ 140,52	€ 12,22	€ 13,68	€ 0,00	€ 140,52

(*instap = datum inwerkingtreding of toetreding verzekeringsovereenkomst)

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:

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 16,92	€ 1,47	€ 1,65	€ 0,00	€ 16,92
20 t.e.m. 25 jaar	€ 16,92	€ 1,47	€ 1,65	€ 0,00	€ 16,92
26 t.e.m. 34 jaar	€ 37,44	€ 3,26	€ 3,64	€ 0,00	€ 37,44
35 t.e.m. 49 jaar	€ 37,44	€ 3,26	€ 3,64	€ 0,00	€ 37,44
50 jaar en ouder	€ 140,52	€ 12,22	€ 13,68	€ 0,00	€ 140,52

(*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 jaar of ouder zijn/waren:

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
50 jaar en ouder	€ 292,32	€ 25,43	€ 28,45	€ 0,00	€ 292,32

(*instap = datum inwerkingtreding of toetreding verzekeringsovereenkomst)

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 het indexcijfer der consumptieprijzen. 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

Het recht op tegemoetkoming start onmiddellijk vanaf de inwerkingtreding van, of de toetreding tot de verzekeringsovereenkomst.

ARTIKEL 11. WAARBORGEN

§ 1. In geval van hospitalisatie ten gevolge van ziekte, ongeval, zwangerschapsverwikkelingen of een bevalling, voorziet de verzekeraar in hoofde van de verzekerde een forfaitaire vergoeding van € 10 per verpleegdag of per daghospitalisatie.

§ 2. Als deze verzekering wordt stopgezet omdat de verzekeringnemer niet langer geniet van de voordelen van een groepshospitalisatieverzekering via de werkgever, kunnen alle verzekerden overstappen naar één van de kostendekkende verzekeringen HospiPlan of HospiPlus van de verzekeraar zonder bijkomende medische formaliteiten, nieuwe beperkingen of wachttijd.

ARTIKEL 12. DEKKINGSLIMIET

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

ARTIKEL 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 14. TERRITORIALE GELDIGHEID

De verzekeringsovereenkomst dekt enkel de hospitalisaties die in België plaatsvonden.

ARTIKEL 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 ingevuld schadeaangifteformulier.

§ 3. 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.

ARTIKEL 16. 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 17. 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 18. 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 19. 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 20. 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 21. 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 22. OMSCHAKELING VAN EEN VERZEKERING HOSPIPLAN (& AMBUPLAN) OF HOSPIPLUS (& AMBUPLUS) VAN DE VERZEKERAAR NAAR DEZE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

§ 1. Kandidaat-verzekerden die deze verzekeringsovereenkomst willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en zonder onderbreking willen omschakelen van de verzekering HospiPlan (& AmbuPlan) of 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 de in artikel 3. van deze overeenkomst bepaalde verplichtingen hebben nageleefd, met uitzondering van de medische vragenlijst (er hoeft geen medische vragenlijst ingevuld te worden) en
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

De in het kader van de verzekering HospiPlan (& AmbuPlan) of HospiPlus (& AmbuPlus) geformuleerde beperkingen en/of uitsluitingen blijven van toepassing voor deze verzekeringsovereenkomst.

§ 2. In geval van omschakeling zonder onderbreking van de verzekering HospiPlan (& AmbuPlan) of HospiPlus (& AmbuPlus) naar deze verzekeringsovereenkomst, wordt de jaarpremie voor deze verzekeringsovereenkomst, in afwijking op het bepaalde in artikel 8, bepaald op basis van volgende elementen:

- de leeftijd op datum inwerkingtreding van de oorspronkelijk verzekering HospiPlan (& AmbuPlan) of HospiPlus (& AmbuPlus), én
- het al dan niet aanwezig zijn van een gelijkaardige verzekering op het ogenblik van instap bij de oorspronkelijke verzekering HospiPlan (& AmbuPlan) of HospiPlus (& AmbuPlus).

ARTIKEL 23. 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.