HospiForfait

Polisvoorwaarden 2027

HospiPlus

HospiForfait 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.

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, alsook elke formule binnen de verzekering HospiForfait van de verzekeraar.

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 polypathologieën 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 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 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.

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

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. 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,
- 65 jaar of jonger zijn, en
- een behoefteanalysefiche 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.

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.

ARTIKEL 4. AANVAARDING EN INWERKINGTREDING VAN DE VERZEKERING

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

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

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

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

§ 2. 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; én
→ is een premie verschuldigd in lijn met de bepalingen van artikel 8.

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.
- 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 verzekeraar is gehouden tot uitbetaling van de forfaitaire tegemoetkoming, 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.

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:

HospiForfait € 12,25 / dag

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 7,32	€ 0,64	€ 0,71	€ 0,00	€ 7,32
20 t.e.m. 25 jaar	€ 7,32	€ 0,64	€ 0,71	€ 0,00	€ 7,32
26 t.e.m. 34 jaar	€ 33,24	€ 2,89	€ 3,24	€ 0,00	€ 33,24
35 t.e.m. 49 jaar	€ 33,24	€ 2,89	€ 3,24	€ 0,00	€ 33,24
50 t.e.m. 64 jaar	€ 42,96	€ 3,74	€ 4,18	€ 0,00	€ 42,96
65 jaar en ouder	€ 77,40	€ 6,73	€ 7,53	€ 0,00	€ 77,40

HospiForfait € 25 / dag

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 14,84	€ 1,29	€ 1,44	€ 1,48	€ 16,32
20 t.e.m. 25 jaar	€ 14,84	€ 1,29	€ 1,44	€ 1,48	€ 16,32
26 t.e.m. 34 jaar	€ 61,31	€ 5,33	€ 5,97	€ 6,13	€ 67,44
35 t.e.m. 49 jaar	€ 61,31	€ 5,33	€ 5,97	€ 6,13	€ 67,44
50 t.e.m. 64 jaar	€ 78,98	€ 6,87	€ 7,69	€ 7,90	€ 86,88
65 jaar en ouder	€ 141,82	€ 12,34	€ 13,80	€ 14,18	€ 156,00

HospiForfait € 50 / dag

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 30,22	€ 2,63	€ 2,94	€ 3,02	€ 33,24
20 t.e.m. 25 jaar	€ 30,22	€ 2,63	€ 2,94	€ 3,02	€ 33,24
26 t.e.m. 34 jaar	€ 123,60	€ 10,75	€ 12,03	€ 12,36	€ 135,96
35 t.e.m. 49 jaar	€ 123,60	€ 10,75	€ 12,03	€ 12,36	€ 135,96
50 t.e.m. 64 jaar	€ 158,73	€ 13,81	€ 15,45	€ 15,87	€ 174,60
65 jaar en ouder	€ 282,87	€ 24,60	€ 27,53	€ 28,29	€ 311,16

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:

HospiForfait € 12,25 / dag

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 7,32	€ 0,64	€ 0,71	€ 0,00	€ 7,32
20 t.e.m. 25 jaar	€ 7,32	€ 0,64	€ 0,71	€ 0,00	€ 7,32
26 t.e.m. 34 jaar	€ 33,24	€ 2,89	€ 3,24	€ 0,00	€ 33,24
35 t.e.m. 49 jaar	€ 33,24	€ 2,89	€ 3,24	€ 0,00	€ 33,24
50 t.e.m. 64 jaar	€ 42,96	€ 3,74	€ 4,18	€ 0,00	€ 42,96
65 jaar en ouder	€ 77,40	€ 6,73	€ 7,53	€ 0,00	€ 77,40

HospiForfait € 25 / dag

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 14,84	€ 1,29	€ 1,44	€ 1,48	€ 16,32
20 t.e.m. 25 jaar	€ 14,84	€ 1,29	€ 1,44	€ 1,48	€ 16,32
26 t.e.m. 34 jaar	€ 61,31	€ 5,33	€ 5,97	€ 6,13	€ 67,44
35 t.e.m. 49 jaar	€ 61,31	€ 5,33	€ 5,97	€ 6,13	€ 67,44
50 t.e.m. 64 jaar	€ 78,98	€ 6,87	€ 7,69	€ 7,90	€ 86,88
65 jaar en ouder	€ 141,82	€ 12,34	€ 13,80	€ 14,18	€ 156,00

HospiForfait € 50 / dag

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 30,22	€ 2,63	€ 2,94	€ 3,02	€ 33,24
20 t.e.m. 25 jaar	€ 30,22	€ 2,63	€ 2,94	€ 3,02	€ 33,24
26 t.e.m. 34 jaar	€ 123,60	€ 10,75	€ 12,03	€ 12,36	€ 135,96
35 t.e.m. 49 jaar	€ 123,60	€ 10,75	€ 12,03	€ 12,36	€ 135,96
50 t.e.m. 64 jaar	€ 158,73	€ 13,81	€ 15,45	€ 15,87	€ 174,60
65 jaar en ouder	€ 282,87	€ 24,60	€ 27,53	€ 28,29	€ 311,16

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:

HospiForfait € 12,25 / dag					
leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
65 jaar en ouder**	€ 77,40	€ 6,73	€ 7,53	€ 0,00	€ 77,40

HospiForfait € 25/ dag					
leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
65 jaar en ouder**	€ 141,82	€ 12,34	€ 13,80	€ 14,18	€ 156,00

HospiForfait € 50/ dag					
leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
65 jaar en ouder**	€ 282,87	€ 24,60	€ 27,53	€ 28,29	€ 311,16

*(*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.)*

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

§ 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 HospiForfait 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 11. WAARBORG

In geval van hospitalisatie ten gevolge van ziekte, ongeval, zwangerschapsverwikkelingen 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.

ARTIKEL 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 polypathologieën 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 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 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, incluis tandkronen, stiften, tandprothesen, tandimplantaten, kaakbeenenting, tandopvulling en orthodontie;
- volgende behandelingen, evenals de gevolgen en de verwikkelingen 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, anticonceptieve behandeling en abortus;
- de beoefening van eender welke sport als betaalde activiteit, incluis 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:

- plaatsvond op een dienst die niet wordt opgesomd onder de definitie van het begrip 'hospitalisatie';
- een aanvang nam vóór de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst of tijdens de wachttijd.

ARTIKEL 14. TERRITORIALE GELDIGHEID

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

ARTIKEL 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 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 FORMULE BINNEN DEZE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

Binnen deze verzekeringsovereenkomst is overgang van de ene naar de andere formule in beide richtingen (van hoog naar laag, of van laag naar hoog) mogelijk:

- zonder leeftijdsbeperking,
- zonder wachttijd,
- na invulling van een nieuwe behoefteanalysefiche en een nieuw verzekeringsvoorstel,
- 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 12. van deze Algemene Voorwaarden.

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.