HospiPlus

Polisvoorwaarden 2027

HospiPlus

HospiPlus 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.

Ambulante zorgen:
Medische zorgen verleend buiten een hospitalisatie.

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

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

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

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

Gerechtigde:
De natuurlijke persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prothese:
Kunstledematen en toestellen bedoeld om aangetaste lichaamsdelen of organen geheel of gedeeltelijk te vervangen.
Inwendige prothesen maken deel uit van de implantaten.

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

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

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

Remgeld:
De kosten die, volgens de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ten laste blijven van de verzekerde.

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

Vervaldag:
Dit is de dag waarop de premie moet betaald zijn voor een welbepaald verzekeringsjaar en is altijd 1 januari van dat desbetreffend verzekeringsjaar.

Verzekeraar:
De VMOB HospiPlus, met maatschappelijke zetel te Statieplein 12, 9300 Aalst, ondernemingsnummer BE0471.458.404., verzekeringsmaatschappij toegelaten door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen onder het nummer 250/01 om ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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, en deze verzekeringsovereenkomst wenst te onderschrijven, of ertoe wenst toe te treden, 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 van de tegemoetkoming ingevolge een bestaande aandoening gedurende minimum 5 jaar; de beperkingen worden uitdrukkelijk opgenomen in de Bijzondere Voorwaarden en kunnen na afloop van 5 jaar opnieuw geëvalueerd worden op basis van een nieuw en actueel medisch verslag.

§ 2. De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, doch nooit vóór de 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, en voor deze verzekeringsovereenkomst wordt aanvaard:

- moet een wachttijd doorlopen;
- s 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 verzekeraar is gehouden tot vergoeding van de kosten, zoals omschreven in de artikelen 11 en 12 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:

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 87,49	€ 7,61	€ 8,52	€ 8,75	€ 96,24
20 t.e.m. 25 jaar	€ 80,73	€ 7,02	€ 7,86	€ 8,07	€ 88,80
26 t.e.m. 34 jaar	€ 270,65	€ 23,54	€ 26,34	€ 27,07	€ 297,72
35 t.e.m. 49 jaar	€ 270,65	€ 23,54	€ 26,34	€ 27,07	€ 297,72
50 t.e.m. 64 jaar	€ 361,09	€ 31,41	€ 35,15	€ 36,11	€ 397,20
65 jaar en ouder	€ 672,11	€ 58,46	€ 65,42	€ 67,21	€ 739,32

*(*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	€ 87,49	€ 7,61	€ 8,52	€ 8,75	€ 96,24
20 t.e.m. 25 jaar	€ 80,73	€ 7,02	€ 7,86	€ 8,07	€ 88,80
26 t.e.m. 34 jaar	€ 270,65	€ 23,54	€ 26,34	€ 27,07	€ 297,72
35 t.e.m. 49 jaar	€ 270,65	€ 23,54	€ 26,34	€ 27,07	€ 297,72
50 t.e.m. 64 jaar	€ 361,09	€ 31,41	€ 35,15	€ 36,11	€ 397,20
65 jaar en ouder	€ 672,11	€ 58,46	€ 65,42	€ 67,21	€ 739,32

*(*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:

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
65 jaar en ouder**	€ 672,11	€ 58,46	€ 65,42	€ 67,21	€ 739,32

*(*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:

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
65 t.e.m. 69 jaar	€ 812,29	€ 70,65	€ 79,06	€ 81,23	€ 893,52
70 jaar en ouder	€ 1.015,64	€ 88,34	€ 98,85	€ 101,56	€ 1.117,20

*(*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, een jaarpremie van:

leeftijdscategorie per einde verzekeringsjaar	handelspremie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratiekosten	acquisitiekosten		
99 jaar en ouder	€ 863,45	€ 75,10	€ 84,04	€ 86,35	€ 949,80

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 een eenpersoonskamer 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. In afwijking op deze algemene wachttijd van 3 maanden bestaat er voor 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;
- alle acute, levensbedreigende infectieziekten die de verzekerde hebben getroffen na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst en die niet door eenvoudige en algemeen erkende vaccinaties kunnen vermeden worden (of optreden vóór de normale vaccinatietijd).

§ 3. Voor verzekerden die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of

de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst gedekt werden door een gelijkaardige verzekering of een commerciële hospitalisatieverzekering die een met HospiPlus vergelijkbare dekking biedt, wordt de 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 HOSPITALISATIE

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

- de remgelden;
- de kamersupplementen, met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer;
- de farmaceutische producten;
- de erelonen en ereloonsupplementen, beperkt tot 200 % boven de door de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voorziene bedragen;
- de kosten voor endoscopisch- en viscerosynthesemateriaal, de vergoedbare en niet-vergoedbare implantaten en therapeutische prothesen, orthopedische apparaten, de parafarmaceutische producten en de diverse medische kosten voor zover deze geplaatst of gebruikt worden tijdens de hospitalisatie en in rechtstreeks verband staan met de chirurgische ingreep, beperkt tot € 6.000 per verzekeringsjaar;
- de medisch noodzakelijke tandextracties uitgevoerd onder algemene verdoving;
- de prestaties waarvoor de officiële nomenclatuur niet tussenkomt aan 100 %, beperkt tot € 1.000 per verzekeringsjaar;
- de verblijfkosten (rooming-in) van een ouder in de kamer van een kind jonger dan 19 jaar, van de begeleider van een gehandicapt persoon, van een afhankelijk persoon wanneer de begeleider wordt gehospitaliseerd (rooming-in), met een maximum van € 50 per dag en beperkt tot 28 dagen per verzekeringsjaar;
- de verblijfkosten voor een zorgverblijf met een maximum van € 50 per dag en beperkt tot maximum 28 dagen per verzekeringsjaar;
- de kosten verbonden aan het donorschap, beperkt tot € 1.000 euro per verzekeringsjaar;
- de kosten van plastische reparatieve heelkunde in geval van wegname van bewezen (pre-) cancereuse letsels, herstel van een belangrijk huiddeficit, herstellende heelkunde na een mutilerend ongeval, na een mutilerende behandeling of bij belangrijke letsels vastgesteld bij pasgeborenen;
- de kosten voor thuisbevalling en poliklinische bevalling tot maximum € 1.000 per bevalling als volgt: medische kosten en geneesmiddelen vanaf 30 dagen vóór en 90 dagen na de geboorte; inclusief niet-Riziv kosten en de kosten van kraamzorg (€ 5/uur): beide tot maximum € 400;
- de kosten van ongevallen die het gevolg zijn van het beoefenen van sporten en vrijetijdsactiviteiten die algemeen als weinig gevaarlijk worden beschouwd en die geen betaalde activiteit zijn;
- de kosten van aangepast liggend vervoer met een ziekenwagen, bij opname en ontslag uit het ziekenhuis, en bij verplaatsing van het ene ziekenhuis naar het andere om medische redenen, beperkt tot € 300 per verzekeringsjaar;
- de kosten van aangepast vervoer met een helikopter verantwoord om dringende medische redenen, beperkt tot € 1.000 per verzekeringsjaar.

In afwijking op voorgaande alinea, wordt de tegemoetkoming van de verzekeraar in volgende kosten voor elke hospitalisatie die gestart is in 2026 of vroeger, als volgt beperkt:

- tegemoetkoming verblijfkosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan 19 jaar, van de begeleider van een gehandicapt persoon, van een afhankelijk persoon wanneer de begeleider wordt gehospitaliseerd (rooming-in): maximum € 40 per dag en beperkt tot 14 dagen per verzekeringsjaar;
- tegemoetkoming verblijfkosten voor een zorgverblijf: maximum € 30 per dag en beperkt tot maximum 28 dagen per verzekeringsjaar;
- tegemoetkoming kosten van aangepast liggend vervoer met een ziekenwagen, bij opname en ontslag uit het ziekenhuis, en bij verplaatsing van het ene ziekenhuis naar het andere om medische redenen: beperkt tot € 250 per verzekeringsjaar.

§ 2. De verzekeraar vergoedt de kosten verbonden aan medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken, per verzekerde en over de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst, tot € 2.000.

§ 3. De verzekeraar vergoedt de kosten verbonden aan volgende behandelingen en operaties, per verzekerde en over de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst, samen tot € 2.000:

- borstreducties en obesitasbehandelingen, alsook de gevolgen ervan, mits de verzekerde hiervoor de voorafgaandelijke toestemming van de adviserend arts van zijn/haar ziekenfonds heeft verkregen en voor deze behandelingen en/of operaties tussenkomst geniet vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- transgenderbehandelingen en -operaties, alsook de gevolgen ervan.

Voor de toepassing van deze paragraaf verstaat men onder de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst ook de aansluiting van de verzekerde bij de verzekering HospiContinu van de verzekeraar.

§ 4. De verzekeraar vergoedt de kosten verbonden aan kaakstandcorrecties, per verzekerde en over de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst, tot € 2.000, mits de verzekerde voor de behandeling tussenkomst geniet vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

§ 5. In geval van hospitalisatie omwille van 2 ingrepen waarvan 1 uitgesloten is overeenkomstig artikel 14 van deze Algemene Voorwaarden, vergoedt de verzekeraar de kosten die gemeenschappelijk zijn tussen de gewaarborgde en niet-gewaarborgde ingrepen aan 50 % (bv. kamerkosten, erelonen). De kosten die niet-gemeenschappelijk zijn, worden enkel terugbetaald als zij gewaarborgd zijn volgens de Algemene Voorwaarden.

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

- volgens de bepalingen van de §§ 1 tot en met 5 van dit artikel bij keuze voor een twee- of meerpersoonskamer;
- volgens de bepalingen van de §§ 1 tot en met 5 van dit artikel, met uitzondering van de kamer- en ereloonsupplementen waarvoor geen tegemoetkoming wordt toegekend, bij keuze voor een éénpersoonskamer.

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

ARTIKEL 12. WAARBORG PRE- EN POSTHOSPITALISATIE

§ 1. De verzekeraar voorziet een tegemoetkoming in de hierna omschreven kosten van ambulante zorgen en de kosten van geneesmiddelen voorgeschreven door de behandelende arts, gedurende de periode van 60 dagen voorafgaand en 180 dagen volgend op een hospitalisatie, op voorwaarde dat deze kosten rechtstreeks verband houden met de hospitalisatie.

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

§ 2. De totale tegemoetkoming in het kader van de waarborg pre- en posthospitalisatie is, per verzekerde en per verzekeringsjaar, beperkt tot € 750 indien de verzekerde kiest voor hospitalisatie op een éénpersoonskamer. Bij keuze voor hospitalisatie op een twee- of meerpersoonskamer heeft de verzekerde recht op een tegemoetkoming tot € 750 voor de kosten van de terugbetaalbare ambulante zorgen verstrekt door een erkende kinesitherapeut, en tot € 750 voor alle andere pre- en posthospitalisatiekosten.

Wanneer de pre- en posthospitalisatieperiode (van 60 dagen vóór en 180 dagen na) loopt over twee verzekeringsjaren, wordt deze periode voor de berekening van de maximale tegemoetkoming, zoals vermeld in onderhavig artikel, volledig toegewezen aan het verzekeringsjaar waarin de hospitalisatie is gestart.

Bij een ononderbroken hospitalisatie verspreid over twee verzekeringsjaren, wordt de pre- en posthospitalisatieperiode (van 60 dagen vóór en 180 dagen na) voor de berekening van de maximale tegemoetkoming, zoals vermeld in onderhavig artikel, volledig toegewezen aan het verzekeringsjaar waarin de hospitalisatie is gestart.

§ 3. Voor de hospitalisaties die gestart zijn in 2023 of vroeger, en dit ongeacht of zij al dan niet ononderbroken verder lopen in 2024, wordt de totale tegemoetkoming in het kader van de waarborg pre- en posthospitalisatie, per verzekerde en per verzekeringsjaar, beperkt tot € 400 indien de verzekerde kiest voor hospitalisatie op een éénpersoonskamer. Bij keuze voor hospitalisatie op een twee- of meerpersoonskamer heeft de verzekerde recht op een tegemoetkoming tot € 400 voor de kosten van de terugbetaalbare ambulante zorgen verstrekt door een erkende kinesitherapeut, en tot € 400 voor alle andere pre- en posthospitalisatiekosten.

§ 4. Voor de hospitalisaties die gestart zijn in 2026 of eerder, en dit ongeacht of zij al dan niet ononderbroken verder lopen in 2027, wordt de totale tegemoetkoming in het kader van de waarborg pre- en posthospitalisatie, per verzekerde en per verzekeringsjaar, beperkt tot € 500 indien de verzekerde kiest voor hospitalisatie op een éénpersoonskamer. Bij keuze voor hospitalisatie op een twee- of meerpersoonskamer heeft de verzekerde recht op een tegemoetkoming tot € 500 voor de kosten van de terugbetaalbare ambulante zorgen verstrekt door een erkende kinesitherapeut, en tot € 500 voor alle andere pre- en posthospitalisatiekosten.

ARTIKEL 13. VRIJSTELLING EN DEKKINGSLIMIETEN

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

In afwijking op voorgaande alinea, wordt er geen vrijstelling toegepast in geval van keuze voor een hospitalisatie op een éénpersoonskamer waarvoor kamer- en/of ereloonsupplementen aangerekend worden op de dienst materniteit (= dienst 26 – kraamdienst of kraamkliniek). Bij een ononderbroken hospitalisatie op verschillende diensten, waaronder de dienst 26, wordt er evenmin een vrijstelling toegepast in geval van keuze voor een hospitalisatie op een éénpersoonskamer waarvoor kamer- en/of ereloonsupplementen aangerekend worden.

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

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

§ 2. De totale tegemoetkoming die de verzekeraar in het kader van deze verzekeringsovereenkomst

uitkeert, is onbegrensd. De totale tegemoetkoming voor de waarborg pre- en posthospitalisatie is, per verzekerde en per verzekeringsjaar, beperkt tot € 750 indien de verzekerde kiest voor hospitalisatie op een éénpersoonskamer. Bij keuze voor hospitalisatie op een twee- of meerpersoonskamer heeft de verzekerde recht op een tegemoetkoming tot € 750 voor de kosten van de terugbetaalbare ambulante zorgen verstrekt door een erkende kinesitherapeut, en tot € 750 voor alle andere pre- en posthospitalisatiekosten.

Wanneer de pre- en posthospitalisatieperiode (van 60 dagen vóór en 180 dagen na) loopt over twee verzekeringsjaren, wordt deze periode voor de berekening van de maximale tegemoetkoming volledig toegewezen aan het verzekeringsjaar waarin de hospitalisatie is gestart.

Bij een ononderbroken hospitalisatie verspreid over twee verzekeringsjaren, wordt de pre- en posthospitalisatieperiode (van 60 dagen vóór en 180 dagen na) voor de berekening van de maximale tegemoetkoming volledig toegewezen aan het verzekeringsjaar waarin de hospitalisatie is gestart.

§ 3. De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot € 15.000, per verzekerde en per verzekeringsjaar, voor een hospitalisatie (inclusief de ambulante zorgen en geneesmiddelen voorafgaand en volgend op die hospitalisatie) in één van volgende diensten:

- 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.

Voor de hospitalisaties die gestart zijn in 2026 of vroeger, en dit ongeacht of zij al dan niet ononderbroken verder lopen in 2027, wordt de totale tegemoetkoming in het kader van de in deze paragraaf vermelde waarborg, per verzekerde en per verzekeringsjaar, beperkt tot € 2.500.

ARTIKEL 14. UITSLUITINGEN

De verzekeraar vergoedt geen:

- kosten ten gevolge van oorlogsfeiten en burgeroorlog;
- kosten die het gevolg zijn van burgerlijke onlusten of oproer, rellen of andere collectieve gewelddaden, mits de verzekerde er vrijwillig aan deelnam;
- kosten ten gevolge van opzettelijke daden of vrijwillige verminking van de verzekerde;
- kosten die het gevolg zijn van roekeloze handelingen, vechtpartijen of weddenschappen;
- kosten ten gevolge van radioactieve stralingen of uitwerking van radioactieve afvalstoffen; bestralingen ingevolge een medische behandeling worden wel vergoed door de verzekeraar;
- kosten die het gevolg zijn van dronkenschap, alcoholisme of alcoholintoxicatie van de verzekerde, of van het misbruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs;
- kosten die betrekking hebben op een louter esthetische behandeling of verzorging, plastische heelkunde, verjongingskuren, comfortbehandelingen of behandelingen die de contouren van het lichaam wijzigen;
- kosten ten gevolge van verzorging en behandelingen van kaakbeen- en tandaandoeningen,

incluis tandkronen, stiften, tandprothesen, tandimplantaten, kaakbeenenting, tandopvulling en orthodontie, tenzij de kosten die verbonden zijn aan kaakstandcorrecties waarvoor een tussenkomst is voorzien vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- kosten die betrekking hebben op drank, gebruik van telefoon en TV;
- kosten voor het funerarium;
- kosten ten gevolge van volgende behandelingen, evenals de gevolgen en de 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;
- kosten die voortvloeien uit 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 schanssprongen, bobslee, skeleton, rodelen, skiën of snowboarden buiten de piste), gemotoriseerde sporten, alpinisme, steeplechase, benji, duiken met aqualong en speleologie;
- kosten die voortvloeien uit ongevallen die plaats hebben bij luchtvervoer, behalve indien de verzekerde passagier is en tijdens de vlucht geen enkele beroeps- of andere activiteit verricht in verband met het toestel of de vlucht;
- kosten die betrekking hebben op orthopedische zolen, loopzolen, orthopedische schoenen en voetheffers, rolwagens en toebehoren, breukbanden, buikgordels of lumbostaten, brillen, contactlenzen, zichtcorrecties, verbanden, incontinentiemateriaal, beugels, oogprotheses, inwendige en uitwendige hoorapparaten en halssteunen;
- kosten die betrekking hebben op producten voor hygiëne- en lichaamsverzorging of op babyproducten;
- kosten van een thermometer;
- kosten die verband houden met sanitair materiaal;
- kosten die verband houden met een verblijf in een instelling die niet valt onder het begrip ziekenhuis;
- kosten die verband houden met een medische opname op een dienst die niet wordt opgesomd onder het begrip hospitalisatie;
- kosten voor psychologische raadplegingen en therapieën, ergotherapeutische raadplegingen en dieetconsultaties waarvoor er geen tussenkomst is vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- kosten voor vaccinaties;
- kosten voor dieet- en voedingsproducten, zoals vitamines of andere voedingssupplementen;
- kosten die zich voordeden of een aanvang namen vóór de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst of tijdens de wachttijd;
- kosten die betrekking hebben op een alternatieve of niet-conventionele geneeskundige behandeling, zoals bijvoorbeeld acupunctuur, homeopathie, chiropraxie, osteopathie en fytotherapie.

ARTIKEL 15. TERRITORIALE GELDIGHEID

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

§ 2. In afwijking op paragraaf 1 van dit artikel, voorziet de verzekeraar een tegemoetkoming in

geval van hospitalisatie in het buitenland, beperkt tot maximum 10 hospitalisatiedagen per verzekerde en per verzekeringsjaar, te rekenen vanaf de dag van opname, waarbij de tegemoetkoming beperkt wordt tot € 300 per dag.

Voor een hospitalisatie in het buitenland die gestart is in 2026 of eerder, is de tegemoetkoming beperkt tot maximum 10 hospitalisatiedagen per verzekerde en per verzekeringsjaar, te rekenen vanaf de dag van opname, én tot € 250 per dag.

ARTIKEL 16. SCHADEAANGIFTE

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

De aangifte voor hospitalisatiekosten kan in principe op 2 manieren gebeuren, zijnde elektronisch via het derdebetalerssysteem HospiPluskaart (AssurCard), of schriftelijk aan de hand van het door de verzekeraar ter beschikking gestelde schadeaangifteformulier, tenzij:

- het ziekenhuis waarin de hospitalisatie plaatsvindt nog geen elektronische aangifte toelaat, en/of
- de verzekeraar geen elektronische aangifte toelaat voor de ingreep waarvoor de verzekerde gehospitaliseerd wordt.

De kosten van de ambulante zorgen voorafgaand en volgend op de hospitalisatie kunnen enkel aangegeven worden via het hiervoor genoemde schadeaangifteformulier.

§ 2. Als elektronische aangifte via de HospiPluskaart mogelijk is, betekent dit dat de verzekeraar de hospitalisatiefactuur van de verzekerde voorschiet zonder voorlegging van specifieke bewijsstukken.

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

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

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

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

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

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

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

De tegemoetkoming wordt in dit geval terugbetaald na voorlegging van de nodige bewijsstukken door de verzekerde welke uiterlijk 3 jaar na de opmaak ervan bij de verzekeraar worden ingediend. Na deze termijn worden de bewijsstukken niet meer in aanmerking genomen en wordt voor de bewuste kosten geen enkele tegemoetkoming meer uitbetaald. Onder bewijsstukken wordt verstaan:

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

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

§ 4. De kosten van de ambulante zorgen voorafgaand en volgend op de hospitalisatie worden in principe in 1 keer uitbetaald en dit na het verstrijken van de periode van 180 dagen na de hospitalisatie.

ARTIKEL 17 PRESTATIES EN TERUGBETALINGSMODALITEITEN

De tegemoetkomingen worden door de verzekeraar uitbetaald aan de verzekerde op het bankrekeningnummer dat gekend is 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. Wanneer de hospitalisatiekosten al betaald werden, wordt de tegemoetkoming uitbetaald aan de persoon die het bewijs van betaling levert.

Volgende tegemoetkomingen worden in mindering gebracht van de tegemoetkoming waarop de verzekerde volgens deze verzekeringsovereenkomst recht heeft:

- de wettelijke tegemoetkoming,
- de tegemoetkomingen die de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen aanbieden overeenkomstig artikel 3, eerste lid b) of c), van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen,
- de tegemoetkomingen die de verzekerde al heeft ontvangen in uitvoering van een andere commerciële individuele of collectieve verzekering.

ARTIKEL 18. MINNELIJKE MEDISCHE EXPERTISE

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

van de woonplaats van de verzekerde op verzoek van de meest 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 19. ONTERECHTE BETALINGEN EN SUBROGATIE

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

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

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

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

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

ARTIKEL 20. SANCTIES

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

ARTIKEL 21. COMMUNICATIE EN BRIEFWISSELING

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

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

Iedere aangetekende brief die door de verzekeraar wordt verzonden, is geldig als ingebrekestelling. Het ontvangstbewijs van de post vormt het bewijs van de verzending. De dossiers of de

documenten van de verzekeraar bewijzen de inhoud van het schrijven voor zover deze door de verzekeringnemer niet wordt voorgelegd.

ARTIKEL 22. 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 23. KLACHTENREGELING

Indien de verzekeringnemer of de verzekerde een klacht heeft over de verzekeringsovereenkomst of de uitvoering ervan, kan hij/zij die per brief overmaken aan de verzekeraar of via 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 24. 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 25. OMSCHAKELING VAN EEN VERZEKERING HOSPIPLAN (& AMBUPLAN), HOSPIPLUS & AMBUPLUS OF HOSPICONTINU VAN DE VERZEKERAAR NAAR DEZE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

§ 1. Kandidaat-verzekerden die deze verzekeringsovereenkomst willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en zonder onderbreking willen

overstappen van de verzekering HospiPlan of 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, en
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

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

- de maximale dekking per verzekeringsjaar kan nooit meer bedragen dan de dekkingen die worden voorzien door deze verzekeringsovereenkomst;
- gedurende de wachttijd wordt de verzekerde gedekt volgens de modaliteiten van de oorspronkelijke verzekering HospiPlan of 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 of HospiPlan & AmbuPlan (zowel tijdens als na de wachttijd);
- de beperkingen en/of uitsluitingen die geformuleerd werden in het kader van de oorspronkelijke verzekering HospiPlan of HospiPlan & AmbuPlan, blijven van toepassing.

In geval van omschakeling zonder onderbreking van de verzekering HospiPlan of HospiPlan & AmbuPlan naar deze verzekeringsovereenkomst, wordt de jaarpremie voor deze verzekeringsovereenkomst vastgelegd op basis van de bepalingen in artikel 8.

§ 2. Kandidaat-verzekerden die deze verzekeringsovereenkomst willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en zonder onderbreking willen overstappen van HospiPlus & AmbuPlus of 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), en
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

In aanvulling op voorgaande alinea, moeten kandidaat-verzekerden die zonder onderbreking willen omschakelen van de verzekering HospiContinu naar deze verzekeringsovereenkomst ook een attest van beëindiging van de groepshospitalisatieverzekering via de werkgever kunnen voorleggen.

In geval van omschakeling zonder onderbreking van de verzekering HospiPlus & AmbuPlus of HospiContinu naar deze verzekeringsovereenkomst, blijven de beperkingen en/of uitsluitingen die geformuleerd werden in het kader van de oorspronkelijke verzekering HospiPlus & AmbuPlus of HospiContinu, van toepassing.

In geval van omschakeling zonder onderbreking van de verzekering HospiContinu naar deze verzekeringsovereenkomst, is er geen wachttijd voor deze verzekeringsovereenkomst. In geval van omschakeling zonder onderbreking van de verzekering HospiPlus & AmbuPlus naar deze verzekeringsovereenkomst, wordt de wachttijd voor deze verzekeringsovereenkomst verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door de oorspronkelijke verzekering HospiPlus & AmbuPlus.

In geval van omschakeling zonder onderbreking van de verzekering HospiPlus & AmbuPlus of HospiContinu 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 oorspronkelijke verzekering HospiPlus & AmbuPlus of HospiContinu, én
- het al dan niet aanwezig zijn van een gelijkaardige verzekering op het ogenblik van instap bij de oorspronkelijke verzekering HospiPlus & AmbuPlus of HospiContinu.

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.