MaxiPlan

Polisvoorwaarden 2027

HospiPlus

MaxiPlan is de facultatieve verzekering medische kosten 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.

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

Geboorte:
Dit omvat zowel een pasgeborene, als een doodgeboren kind dat ter wereld kwam vanaf 26 weken zwangerschap.

Gelijkaardige verzekering:
Elke ambulante verzekering die met de verzekering MaxiPlan vergelijkbare waarborgen biedt en elke tandverzekering, ingericht door een Belgische mutualistische entiteit, alsook de verzekering TandPlus 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.

Hoorapparaat:
Elk uitwendig toestel voor slechthorenden om het gehoor te versterken dat recht geeft op een tegemoetkoming in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en op ambulante wijze wordt geplaatst.

Hospitalisatie:
Iedere noodzakelijke medische opname in een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd.

MAF:
Elk ziekenfonds houdt voor zijn leden jaarlijks een teller bij van hun remgelden waarbij per lid, afhankelijk van hun inkomen of sociale situatie, een plafond of maximumbedrag voor het remgeld wordt vastgelegd. Eens dit plafond wordt bereikt, dient het lid niet langer zelf in te staan voor de betaling van zijn/haar remgelden, maar worden deze terugbetaald door het ziekenfonds aan het betrokken lid. Dit systeem wordt de Maximumfactuur genoemd, afgekort de MAF, zoals bedoeld in Titel III, Hoofdstuk IIIbis, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

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

Orthodontische behandelingen:
De diagnose en behandeling van afwijkingen van groei van de kaken en de gebitsontwikkeling.

Parodontologie:
Tandheelkundige specialisatie die zich richt op de behandeling van tandvleesaandoeningen.

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

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

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

Voor de toepassing van deze verzekeringsovereenkomst wordt uitsluitend gekeken naar de remgelden zoals deze gekend zijn in de MAF voor een verzekeringsjaar. De remgelden die het plafond van de MAF overschrijden en derhalve worden terugbetaald door het ziekenfonds, vallen buiten het toepassingsgebied van deze verzekeringsovereenkomst.

Tandimplantaat:
Prothetisch element dat wordt aangebracht in het kaaksbeen met het oog op de fixatie van een vaste of uitneembare tandprothese, of met het oog op de plaatsing van een kroon.

Tandprothese:
Kunstmatige vaste of uitneembare vervanging van één of meer natuurlijke tanden.

Tandzorgen:
Ambulante zorgen die betrekking hebben op parodontologie, tandextracties en het plaatsen van tandbruggen, tandprothesen, tandimplantaten, kronen en stifttanden.

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

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

Verzekeraar:
De VMOB HospiPlus, met maatschappelijke zetel te Statieplein 12, 9300 Aalst, ondernemingsnummer BE0471.458.404., verzekeringsmaatschappij toegelaten door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen onder het nummer 250/01 om ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van 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 zichzelf en zijn mutualistisch gezin, 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 eigen verzekeringsovereenkomst onderschrijven wanneer hij/zij hier schriftelijk om vraagt.

Verzekeringsjaar:
De periode van 12 maanden, lopende van 1 januari tot en met 31 december, waarvoor de premie wordt betaald.

Indien de onderschrijving van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst niet overeenstemt met de jaarlijkse vervaldag, bestaat het eerste verzekeringsjaar uit de periode tussen de datum van onderschrijving of toetreding, en de jaarlijkse vervaldag van de verzekeringsovereenkomst.

Verzekeringsovereenkomst:
Deze omvat deze Algemene Voorwaarden en de Bijzondere Voorwaarden. De Bijzondere Voorwaarden primeren op de Algemene Voorwaarden.

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

Wettelijke tegemoetkoming:
Elke tegemoetkoming zoals die wordt bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, arbeidsongevallen en beroepsziekten.

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

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

ARTIKEL 2. DOEL VAN DE VERZEKERING

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

- tandzorgen;
- orthodontische behandelingen; en
- hoorapparaten.

Daarnaast voorziet deze verzekering eveneens een tegemoetkoming voor remgelden en kosten van anticonceptiemiddelen en kent het een geboorteforfait toe.

ARTIKEL 3. VERPLICHTINGEN BIJ ONDERSCHRIJVING VAN, OF TOETREDING TOT, DE VERZEKERING

De verzekeringsovereenkomst kan alleen onderschreven worden door een gerechtigde, die naast zichzelf ook alle personen ten laste binnen zijn mutualistisch gezin moet verzekeren.

Als uitzondering op voorgaande alinea, zijn de gerechtigde en/of zijn personen ten laste die genieten van een ambulante commerciële verzekering welke een met MaxiPlan vergelijkbare dekking biedt of van een commerciële tandverzekering, vrijgesteld van de verplichte aansluiting. Het bewijs van dekking wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken verzekeringsmaatschappij.

Voor overeenkomsten die in werking traden vóór 1 januari 2018 is de verplichte aansluiting van de gerechtigde niet van toepassing. Voor overeenkomsten die in werking traden vóór 1 januari 2019 is de verplichte aansluiting van het volledig mutualistisch gezin niet van toepassing.

Om als 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 en een verzekeringsvoorstel invullen en ondertekenen.

Pasgeborenen en adoptiekinderen jonger dan 18 jaar treden zonder verdere formaliteiten toe tot een bestaande verzekeringsovereenkomst.
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 4 van onderhavig artikel, naleven.

ARTIKEL 4. 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 niet langer aangesloten is bij de aanvullende verzekering van een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds wordt de verzekeringsovereenkomst in hoofde van alle via deze overeenkomst verzekerde personen beëindigd vanaf de eerste dag van de maand na stopzetting van de aansluiting.

- Indien de verzekerde, die geen verzekeringnemer is, niet langer aangesloten is bij de aanvullende verzekering van een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds wordt de verzekeringsovereenkomst in zijn/haar hoofde 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.

In geval van vrijwillige opzeg door de verzekeringnemer of in geval van stopzetting ingevolge niet-betaling van de premie wordt de overeenkomst voor alle verzekerden stopgezet en kunnen zij pas opnieuw deze verzekering onderschrijven na verloop van 3 jaar te rekenen vanaf de datum

van stopzetting van de overeenkomst.

De verzekeraar is gehouden tot vergoeding van de kosten, zoals omschreven in artikel 11. van deze Algemene Voorwaarden, die effectief verwezenlijkt waren vóór de datum van stopzetting 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 verzekeringnemer en/of 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 als gerechtigde aangesloten is bij één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen, dan wel als persoon ten laste wordt ingeschreven bij een titularis die deze verzekering al heeft onderschreven of wil onderschrijven.

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 én jongste kind geen premie meer betaald worden.

Wie de verzekeringsovereenkomst in de loop van een verzekeringsjaar onderschrijft of ertoe toetreedt, betaalt in het eerste verzekeringsjaar de premie pro rata de nog resterende maanden van het lopende verzekeringsjaar, te rekenen vanaf datum van onderschrijving of toetreding.

§ 2. Niet-betaling van de premie op de 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. 6 jaar	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
7 t.e.m. 19 jaar	€ 134,40	€ 11,69	€ 13,08	€ 0,00	€ 134,40
20 t.e.m. 25 jaar	€ 168,00	€ 14,61	€ 16,35	€ 0,00	€ 168,00
26 t.e.m. 34 jaar	€ 306,00	€ 26,62	€ 29,78	€ 0,00	€ 306,00
35 t.e.m. 49 jaar	€ 293,40	€ 25,52	€ 28,56	€ 0,00	€ 293,40
50 t.e.m. 64 jaar	€ 348,60	€ 30,32	€ 33,93	€ 0,00	€ 348,60
65 jaar en ouder	€ 526,20	€ 45,77	€ 51,22	€ 0,00	€ 526,20

*(*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. 6 jaar	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
7 t.e.m. 19 jaar	€ 134,40	€ 11,69	€ 13,08	€ 0,00	€ 134,40
20 t.e.m. 25 jaar	€ 168,00	€ 14,61	€ 16,35	€ 0,00	€ 168,00
26 t.e.m. 34 jaar	€ 306,00	€ 26,62	€ 29,78	€ 0,00	€ 306,00
35 t.e.m. 49 jaar	€ 293,40	€ 25,52	€ 28,56	€ 0,00	€ 293,40
50 t.e.m. 64 jaar	€ 348,60	€ 30,32	€ 33,93	€ 0,00	€ 348,60
65 jaar en ouder	€ 526,20	€ 45,77	€ 51,22	€ 0,00	€ 526,20

*(*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**	€ 526,20	€ 45,77	€ 51,22	€ 0,00	€ 526,20

*(*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	€ 672,60	€ 58,50	€ 65,46	€ 0,00	€ 672,60
70 jaar en ouder	€ 765,00	€ 66,54	€ 74,46	€ 0,00	€ 765,00

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

In afwijking op § 3, a) en b), van dit artikel is er een premie verschuldigd van **€ 134,40** voor een

verzekerde van 0 tot en met 6 jaar, als de gerechtigde niet gedekt wordt door de verzekeringsovereenkomst.

Verzekerden die bij intekening op deze verzekeringsovereenkomst hun gelijkaardige verzekering niet stopzetten, doch beide verzekeringen combineren, worden voor de toepassing van § 3 van dit artikel beschouwd als zijnde verzekerden die geen gelijkaardige verzekering hebben.

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

ARTIKEL 9. INDEXERING EN TARIEFWIJZIGING

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

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

ARTIKEL 10. WACHTTIJD

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

- 3 maanden voor de waarborgen remgelden en anticonceptie,
- 12 maanden voor de waarborgen tandzorgen, orthodontische behandelingen, hoorapparaten en geboorteforfait.

§ 2. Voor verzekerden die overstappen naar deze verzekering en die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst gedekt werden door een gelijkaardige verzekering, door een ambulante commerciële verzekering die een met MaxiPlan vergelijkbare dekking biedt of door een commerciële tandverzekering, 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.

In uitzondering op voorgaande alinea, geldt er geen vermindering van wachttijd voor verzekerden die deze verzekeringsovereenkomst willen combineren met een gelijkaardige verzekering, een ambulante commerciële verzekering die een met MaxiPlan vergelijkbare dekking biedt of een commerciële tandverzekering.

Tijdens de wachttijd ontstaat geen enkel recht op tegemoetkoming, noch kan tegemoetkoming gevraagd worden.

ARTIKEL 11. WAARBORGEN EN AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING

Remgelden

De verzekeraar dekt 50 % van de wettelijke remgelden en dit tot maximum € 1.000 per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Deze tegemoetkoming wordt uitbetaald in de loop van de maand januari volgend op een verzekeringsjaar. De remgelden worden uitgekeerd op basis van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen ingediende medische kosten in het kader van de terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor de verzekerden die tijdens een lopend verzekeringsjaar een verzekeringsovereenkomst onderschrijven, ertoe toetreden of beëindigen, ongeacht de reden van stopzetting, worden enkel die remgelden uitgekeerd die betrekking hebben op de periode van dekking.

Tandzorgen

De verzekeraar dekt 50 % van de kosten die voortvloeien uit tandzorgen uitgevoerd door een in België door het RIZIV erkende tandarts en dit tot maximum € 500 per verzekerde en per verzekeringsjaar, op voorwaarde dat de verzekerde voor deze tandzorgen geen recht heeft op een terugbetaling via de verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen en uitkeringen.

Voor de bepaling van het maximumbedrag van € 500 per verzekerde en per verzekeringsjaar wordt gekeken naar de prestatiedatum van de tandzorgen.

De tegemoetkoming geldt enkel voor tandzorgen die uitgevoerd worden na afloop van de wachttijd.

De tegemoetkoming wordt uitgekeerd op basis van een volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier dat hiertoe speciaal door de verzekeraar werd opgemaakt of op basis van het volledig ingevuld en ondertekend erkend DENTOMUT-formulier, mits het formulier binnen de 3 jaar na datum van de tandzorgen bij de verzekeraar wordt ingediend. Indien nodig, kunnen andere, bijkomende elementen opgevraagd worden door de verzekeraar.

Orthodontische behandelingen

Ongeacht of de verzekerde al dan niet recht heeft op een tegemoetkoming in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, voorziet de verzekeraar in een tegemoetkoming voor orthodontische behandelingen uitgevoerd door een in België erkende orthodontist tot maximum € 500 per behandelingsplan en per verzekerde.

Deze tegemoetkoming wordt als volgt uitgekeerd:

- € 250 bij de plaatsing van het apparaat, en
- € 250 na 12 raadplegingen (verzekerde heeft tegemoetkoming in de verplichte verzekering) of 12 maanden (verzekerde heeft geen tegemoetkoming in de verplichte verzekering).

De tegemoetkoming geldt enkel voor behandelingsplannen die aangevat worden na afloop van de wachttijd waarbij de plaatsing van het apparaat geldt als startdatum van het behandelingsplan.

Verzekerden die geen wachttijd moeten doorlopen en al een behandelingsplan hadden aangevat vóór de inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst hebben recht op de tegemoetkoming van € 250 na 12 raadplegingen of 12 maanden.

De tegemoetkoming wordt uitgekeerd op basis van een volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier dat hiertoe speciaal door de verzekeraar werd opgemaakt en binnen de 3 jaar na datum van de orthodontische behandelingen bij de verzekeraar moet worden ingediend. Eventuele andere noodzakelijke bewijsstukken worden gespecifieerd in voornoemd schadeaangifteformulier.

Hoorapparaten
De verzekeraar voorziet in een tegemoetkoming tot maximum € 1.200 per verzekerde en per verzekeringsjaar, voor de plaatsing van een hoorapparaat door een in België erkend audioloog, waarvoor de verzekerde recht op tegemoetkoming heeft in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Deze tegemoetkoming wordt als volgt uitbetaald:
- maximum € 600 bij de plaatsing van een monofonisch hoorapparaat voor één oor, en
- maximum € 1.200 bij de plaatsing van een stereofonisch hoorapparaat voor beide oren.

Voor de bepaling van het maximumbedrag van € 1.200 per verzekerde en per verzekeringsjaar wordt gekeken naar de datum van plaatsing van de hoorapparaten.

De tegemoetkoming wordt uitgekeerd op basis van een volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier dat hiertoe speciaal door de verzekeraar werd opgemaakt en binnen de 3 jaar na datum van plaatsing van het hoorapparaat bij de verzekeraar moet worden ingediend. Eventuele andere noodzakelijke bewijsstukken worden gespecifieerd in voornoemd schadeaangifteformulier.

Anticonceptiemiddelen
De verzekeraar komt tegemoet in de kosten van anticonceptiemiddelen waarvoor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in hoofde van de verzekerde geen vergoeding voorziet, op voorwaarde dat deze voorgeschreven werden door een arts en:
- afgeleverd werden door een apotheker gevestigd op Belgisch grondgebied, of
- geplaatst werden door een arts.

De tegemoetkoming wordt beperkt tot maximum € 50 per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Volgende middelen komen hiervoor in aanmerking:
- de anticonceptiepil (uitgezonderd de abortuspil),
- de vaginale ring,
- de prikpil,
- de anticonceptiepleister,
- het implantaat, en
- het spiraaltje.

Andere anticonceptiemiddelen, zoals onder meer condooms, komen niet in aanmerking voor tegemoetkoming.

Voor de bepaling van het maximumbedrag van € 50 per verzekerde en per verzekeringsjaar wordt gekeken naar de datum van aankoop of plaatsing van de anticonceptiemiddelen.

De tegemoetkoming wordt uitgekeerd op basis van een volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier dat hiertoe speciaal door de verzekeraar werd opgemaakt en binnen de 3 jaar na aankoop of plaatsing van het anticonceptiemiddel bij de verzekeraar moet worden ingediend. Eventuele andere noodzakelijke bewijsstukken worden gespecifieerd in voornoemd schadeaangifteformulier.

Geboorteforfait
De verzekeraar voorziet in een forfaitaire tegemoetkoming van € 150 in de kosten van een bevalling van:
- de verzekerde zelf,
- de partner van de verzekerde.

Indien de verzekerde en zijn/haar partner beide gedekt worden door de verzekeringsovereenkomst, bedraagt de forfaitaire tegemoetkoming € 300.

Deze forfaitaire tegemoetkoming wordt toegekend per kind dat bij de bevalling geboren wordt.

Voor de toekenning van de tegemoetkoming is de datum van de bevalling bepalend. De tegemoetkoming wordt uitgekeerd op basis van een volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier dat hiertoe speciaal door de verzekeraar werd opgemaakt en binnen de 3 jaar na de bevallingsdatum bij de verzekeraar moet worden ingediend. Eventuele andere noodzakelijke bewijsstukken worden gespecifieerd in voornoemd schadeaangifteformulier.

De tegemoetkoming wordt enkel uitgekeerd indien de bevalling plaatsvond na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst van de verzekeringnemer en na afloop van de wachttijd.

ARTIKEL 12. UITSLUITINGEN

De verzekeraar keert de tegemoetkomingen, zoals omschreven in artikel 11. van deze Algemene Voorwaarden, niet uit wanneer de gevraagde tegemoetkoming:
- het gevolg is van een louter esthetische verzorging of behandeling;
- betrekking heeft op batterijen of andere toebehoren van hoorapparaten;
- het gevolg is van een opzettelijke daad of vrijwillige verminking van de verzekerde;
- het gevolg is van roekeloze handelingen, incluis weddenschappen, of vechtpartijen;
- het gevolg is van een oorlogsfeit;
- het gevolg is van burgerlijke onlusten of oproer, rellen of andere collectieve gewelddaden, mits de verzekerde er vrijwillig aan deelnam;
- het gevolg is van dronkenschap, alcoholisme of alcoholintoxicatie van de verzekerde, of van het misbruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs;
- betrekking heeft op kosten die zich voordeden vóór de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst of tijdens de wachttijd;
- voortvloeit uit de beoefening van eender welke sport als betaalde activiteit, incluis trainingen, of uit de vrijetijdsbeoefening van volgende gevaarlijke sporten: luchtvaartsporten (zoals onder meer deltavliegen, valschermspringen, zweefvliegen), wintersporten (zoals onder meer schanssprингen, bobslee, skeleton, rodelen, skiën of snowboarden buiten de piste), gemotoriseerde sporten, alpinisme, steeplechase, benji, duiken met aqualong en speleologie.

ARTIKEL 13. TERUGBETALINGSMODALITEITEN

De tegemoetkomingen worden door de verzekeraar uitbetaald aan de verzekerde op het bankrekeningnummer dat gekend is bij het bij de verzekeraar betrokken aangesloten ziekenfonds voor de terugbetaling van gezondheidszorgen. De verzekeraar kan in geen geval aansprakelijk gesteld worden voor een onjuiste betaling die het gevolg is van foutieve, onvolledige of niet-geactualiseerde rekeninggegevens waarover het betrokken ziekenfonds beschikt.

In geval van overlijden van de verzekerde zal de door de verzekeraar verschuldigde tegemoetkoming gestort worden op rekening van de notaris, aangeduid voor de vereffening van de erfenis. De tegemoetkoming kan ook onmiddellijk uitgekeerd worden op rekening van één van de wettelijke erfgenamen mits voorlegging van de akte van erfopvolging en een gelegaliseerde volmacht van alle wettelijke erfgenamen.

Met uitzondering van de tegemoetkomingen voor hoorapparaten, mogen de tegemoetkomingen waarop de verzekerde volgens deze verzekeringsovereenkomst recht heeft, gecumuleerd worden met de tegemoetkomingen die worden uitgekeerd in het kader van de andere verzekeringen van de verzekeraar en met 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, daar waar de tegemoetkomingen die de verzekerde al heeft ontvangen in uitvoering van een andere gelijkaardige mutualistische of commerciële verzekering in mindering worden gebracht.

Voor de waarborg hoorapparaten dient eerst de wettelijke tegemoetkoming in mindering gebracht te worden alvorens de tegemoetkoming te kunnen berekenen waarop de verzekerde volgens deze verzekeringsovereenkomst recht heeft.

ARTIKEL 14. TERRITORIALE GELDIGHEID

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

ARTIKEL 15. ONTERECHTE BETALINGEN

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

ARTIKEL 16. SANCTIES

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

ARTIKEL 17. COMMUNICATIE EN BRIEFWISSELING

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

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

Iedere aangetekende brief die door de verzekeraar wordt verzonden, is geldig als ingebrekestelling. Het ontvangstbewijs van de post vormt het bewijs van de verzending. De dossiers of de documenten van de verzekeraar bewijzen de inhoud van het schrijven voor zover deze door de verzekeringnemer niet wordt voorgelegd.

ARTIKEL 18. 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 19. KLACHTENREGELING

Indien de verzekeringnemer of de verzekerde een klacht heeft over de verzekeringsovereenkomst of de uitvoering ervan, kan hij/zij die per brief overmaken aan de verzekeraar of via 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 20. GEGEVENSBESCHERMING

De verzekeraar is verantwoordelijk voor de verwerking van persoonsgegevens van (potentiële) verzekeringnemers 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 21. OMSCHAKELING VAN DE VERZEKERING TANDPLUS VAN DE VERZEKERAAR NAAR DEZE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

Kandidaat-verzekerden die deze verzekeringsovereenkomst willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en overstappen van de verzekering TandPlus van de verzekeraar, worden gezien als verzekerden met een gelijkaardige verzekering. Hierop bestaan weliswaar 2 uitzonderingen, met name als:

- er sprake is van een onderbreking tussen beide aansluitingen, en/of
- de verzekering TandPlus in hoofde van de kandidaat-verzekerde werd stopgezet omwille van wanbetaling van de premie.

In die gevallen worden de kandidaat-verzekerden geacht geen gelijkaardige verzekering te hebben en zullen zij de wachttijd moeten doorlopen, evenals, afhankelijk van de leeftijd bij onderschrijving van of toetreding tot deze verzekeringsovereenkomst, een hogere premie moeten betalen.

ARTIKEL 22. 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.