



Algemene voorwaarden

**Hospitaal
Dagforfait Basis**

**Hospitaal
Dagforfait Plus**

INHOUD

1. Begrippenlijst	3
2. Toetredingsvoorwaarden	4
3. Aanvang, duur en einde van het contract	4
a. Aanvang en duur van het contract	4
b. Einde van het contract	4
4. Wachtijd	4
a. Algemene wachttijd	4
b. Vervallen van de wachttijd	4
c. Veranderen van verzekeringsformule	6
5. Waarborg	6
6. Tegemoetkoming bij schadegeval buiten België	7
7. Aanvraag tot tegemoetkoming - verjaringstermijn	7
8. Uitsluitingen	7
9. Premies	8
10. Algemene bepalingen	9

1. Begrippenlijst

Daghospitalisatie

Een ziekenhuisopname zonder overnachting waarvoor geen ligdagprijs wordt aangerekend, in het kader van een heelkundige ingreep waarvoor een maxiforfait, chirurgisch forfait of een forfait A, B, C of D wordt aangerekend.

Gelijkaardige hospitalisatieverzekering

Hospitalisatieverzekering ingericht door een andere verzekeraar –hetzij een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand, hetzij een privéverzekeraar– die voorziet in een kostendekkende dan wel forfaitaire vergoeding gelijkaardig aan die van een van de verzekeringsformules van Hospitaal-Plus. Een andere hospitalisatieverzekering is gelijkaardig wanneer premies, jaarplafonds en de tegemoetkoming in ereloon-supplementen of dagvergoeding gelijkaardig zijn aan die van de verzekeringsformules van Hospitaal-Plus.

Gerechtigde

Een natuurlijk persoon die door zijn/haar beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen heeft of kan krijgen en die in die hoedanigheid bij een van de Liberale Mutualiteiten is aangesloten.

Jaarpremie

De premie verschuldigd om gedurende een jaar de dekking van de hospitalisatieverzekeringen van Hospitaal-Plus te genieten. De jaarpremie bedraagt het twaalfvoud van de maandelijkse premies, vermeld in E. Premies. De jaarpremie is verschuldigd op de jaarlijkse vervalddag van het contract.

Medeverzekerde

Verzekerde die niet de titularis van het contract is.

Ongeval

Elke plotse gebeurtenis die een lichamelijk letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak (of een van de oorzaken) vreemd is aan het organisme van het slachtoffer. De letsels moeten worden vastgesteld door een geneesheer die gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het moment van het voorval.

Persoon ten laste

Een natuurlijk persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet als gerechtigde is aangesloten maar als persoon ten laste van een gerechtigde.

Startdatum van het contract

De datum waarop het contract in werking treedt. Op deze datum gaat de wachttijd in of zijn bij vervallen van de wachttijd de waarborgen van kracht, op voorwaarde dat de volledige startpremie is betaald tegen het einde van de eerste maand van het contract. De startdatum van het contract staat vermeld in de bijzondere voorwaarden en valt nooit vóór de eerste dag van de maand volgend op die waarin de verzekeraar het ingevulde en ondertekende verzekeringsvoorstel ontvangt.

Startpremie

De premie die overeenstemt met de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik dat het contract ingaat.

Vervalddag

De jaarlijkse vervalddag van de verzekeringsovereenkomst is de datum waarop het verzekeringscontract elk jaar vervalt. De jaarpremie voor het volgende verzekeringsjaar is verschuldigd, ten laatste op de jaarlijkse vervalddag. De eerste vervalddag valt een jaar na de startdatum van het contract. Voor een contract met startdatum 1 mei, zal de vervalddag van de verzekeringsovereen-

komst met Hospitaal-Plus elk jaar op 30 april vallen.

Verzekeraar

Verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand (VMOB) Hospitaal-Plus met als maatschappelijke zetel Livornostraat 25 in 1050 Brussel, ondernemingsnummer 0471.459.194 en erkend door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen onder het nummer 450/01 om verzekeringen aan te bieden in de takken 2 (ziekte) en 18 (hulpverlening).

Verzekerde

Persoon op wie het risico rust. Dit is de rechthebbende van het verzekeringscontract.

Verzekeringnemer

De natuurlijke of rechtspersoon die het contract heeft ondertekend. De verzekeringnemer is titularis van het contract en verantwoordelijk voor het betalen van de premie voor alle verzekerden in het contract.

Verzekeringsjaar

Een verzekeringsjaar begint elk jaar op de dag waarop het verzekeringscontract gestart is en eindigt op de jaarlijkse vervalddag.

Wachttijd

De wachttijd is de periode die begint te lopen vanaf de startdatum van het contract, tijdens dewelke de verzekerde geen recht heeft op tegemoetkomingen door de verzekeraar.

Ziekenhuisopname/hospitalisatie

Een ziekenhuisopname is elk medisch noodzakelijk geacht verblijf in een openbaar of privéziekenhuis dat over wetenschappelijk beproefde diagnose- en therapeutische middelen beschikt, waarvoor in het kader van de

verplichte ziekteverzekering minstens één ligdagprijs wordt aangerekend. Hospitaal-Plus beschouwt een opname in o.m. een van de volgende instellingen niet als een ziekenhuisopname: een medisch-pedagogische instelling, een rust- en verzorgingstehuis (RVT), een instelling voor thermale kuren, een revalidatiecentrum, een sanatorium, een medisch-psychiatrisch centrum, een rusthuis voor bejaarden, een ziekenhuis of gedeelte van een ziekenhuis dat een bijzondere erkenning als RVT heeft, een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT).

2. Toetredingsvoorwaarden

Iedereen die lid is van een van de Liberale Mutualiteiten aangesloten bij de VMOB en er betaalt voor de aanvullende diensten (de verrichtingen), kan zich verzekeren bij Hospitaal-Plus. Het contract is geldig voor zowel de gerechtigde als al zijn/haar personen ten laste. Een toetredingsaanvraag doen kan enkel via het daartoe bestemde verzekeringsvoorstel.

Wie zich wil verzekeren bij de hospitalisatieverzekeringen met forfaitaire dagvergoeding van Hospitaal-Plus kan dit tot de laatste dag voor zijn 66e verjaardag. Dit geldt ook voor eventuele personen ten laste. Het leeftijdscriterium is niet van toepassing op wie tot onmiddellijk voorafgaand aan de toetredingsaanvraag bij Hospitaal-Plus verzekerd was bij een gelijkaardige hospitalisatieverzekering aangeboden door een ander ziekenfonds. Als bewijs van dit contract voegt de kandidaat-verzekerde een attest van verzekering, opgemaakt door de vorige verzekeraar, bij het ingevulde en ondertekende verzekeringsvoorstel. Dit attest moet voor alle verzekerden duidelijk aangeven wanneer de overeenkomst startte, wanneer hij is stopgezet en of alle bijdragen betaald zijn.

Kandidaat-verzekerden hoeven geen medische vragenlijst in te vullen.

3. Aanvang, duur en einde van het contract

a. Aanvang en duur van het contract

Het contract gaat in op de startdatum vermeld in de bijzondere voorwaarden, op voorwaarde dat de kandidaat-verzekerde(n) aan de toetredingsvoorwaarden voldoe(t)(n). De waarborg gaat in op de startdatum van het contract op voorwaarde dat de verzekeringnemer de startpremie heeft betaald. Deze premie moet betaald zijn voor het einde van de eerste maand van het contract. Is dit het geval, dan treedt de waarborg in werking op de startdatum van het contract.

Het contract bij VMOB Hospitaal-Plus kan nooit ingaan vóór aanvang van de aansluiting bij een van de Liberale Mutualiteiten die lid is van de VMOB.

Het spontaan betalen van een premie, zonder dat men daartoe is uitgenodigd, wordt niet als een contract beschouwd.

De overeenkomst met VMOB Hospitaal-Plus is van onbepaalde duur en duurt in principe levenslang.

b. Einde van het contract

Het contract loopt af wanneer de verzekerde geen lid meer is van een Liberale Mutualiteit aangesloten bij Hospitaal-Plus. Het contract bij Hospitaal-Plus eindigt dan op de laatste dag van de aansluiting bij het ziekenfonds. De verzekeraar betaalt desgevallend de betaalde premie voor de resterende maanden van het verzekeringsjaar terug. Deze terugbetaling gebeurt binnen een termijn van 30 dagen, overeenkomstig artikel 73 van de wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014.

Het contract wordt ook beëindigd wanneer de verzekerde overlijdt. De verzekeraar betaalt in dat geval de betaalde premie voor de resterende maanden van het verzekeringsjaar terug aan de

nabestaanden. Deze terugbetaling gebeurt binnen een termijn van 30 dagen, overeenkomstig artikel 73 van de wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014.

De verzekeraar kan de verzekeringsovereenkomst niet eenzijdig opzeggen, behalve in geval van wanbetaling. De verzekerde/verzekeringnemer kan het contract te allen tijde stopzetten. Dit doet hij/zij met een aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van een opzegbrief tegen ontvangstbewijs. De opzegtermijn bij opzeggen van het verzekeringscontract duurt een maand en gaat in op de dag die volgt op de afgifte van de aangetekende brief bij de post, de betekening van het deurwaardersexploot of de datum van het ontvangstbewijs van de opzegbrief.

De verzekeraar heeft, in naleving van artikelen 69 tot en met 72 van de wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014, het recht het contract op te zeggen bij laattijdige of niet-betaling van de premie (zie 9. Premies). In dat geval blijven niet-betaalde premies de verzekeraar verschuldigd, beperkt tot twee opeenvolgende jaarpremies.

4. Wachtijd

a. Algemene wachtijd

De algemene wachtijd voor nieuwe verzekerden bij VMOB Hospitaal-Plus bedraagt drie maanden. De wachtijd gaat in op de startdatum van het contract. Indien zich ziekenhuisopnames voordoen tijdens deze wachtijd, dan wordt de duurtijd van deze opnameperiodes aan de wachtijd toegevoegd. De verzekeraar is gedurende de wachtijd geen tegemoetkomingen verschuldigd.

b. Vervallen van de wachtijd

In volgende gevallen vervalt de wachtijd:

- bij ongevallen, op voorwaarde dat ze zich voordoen na de startdatum van het contract;
- bij volgende acute besmettelijke



ziekten: rode hond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difteritis, kinkhoest, bof, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, dysenterie, buik- en paratyfus, vlektyfus, cholera, pokken, malaria, terugkomende koorts, encefalitis, miltvuur en tetanus;

- bij personen die tot precies voor het contract bij Hospitaal-Plus een gelijkaardige hospitalisatieverzekering hadden. Er mag geen onderbreking zijn tussen de twee verzekeringen. De persoon moet minstens drie maanden verzekerd geweest zijn bij deze voorgaande verzekering en er de premies voor hebben betaald. Was deze periode korter, dan wordt het aantal volledige maanden van de looptijd van het contract in mindering gebracht op de wachttijd bij Hospitaal-Plus. Als bewijs voegt de kandidaat-verzekerde een attest van verzekering, opgemaakt door de vorige verzekeraar, bij zijn/haar ingevulde en ondertekende verzekeringsvoorstel. Dit attest moet voor alle verzekerden duidelijk aangeven wanneer de overeenkomst startte, wanneer hij is stopgezet en of alle bijdragen betaald zijn;
- voor een pasgeborene of adoptiekind jonger dan drie jaar dat toetreedt in de eerste negentig dagen na de geboorte of adoptie, op voorwaarde de ouder-titularis al minstens drie maanden verzekerd is bij Hospitaal-Plus of een gelijkaardige hospitalisatieverzekering. Was de looptijd van het contract bij deze voorgaande verzekering korter dan drie maanden, dan wordt het aantal volledige maanden in mindering gebracht op de wachttijd bij Hospitaal-Plus.

c. Veranderen van verzekeringsformule

Bij het overstappen van een verzekeringsformule met lagere dekking naar een met hogere dekking zijn de eerste drie maanden na de overstap de waarborgen van de formule waarbij men eerst verzekerd was van kracht.

Bij overstappen van Hospitaal Dagforfait Basis naar Hospitaal Dagforfait Plus bijvoorbeeld, is gedurende de eerste drie maanden na de overstap de waarborg van Hospitaal Dagforfait Basis geldig. Hetzelfde principe is van toepassing wanneer iemand overstapt van een forfaitaire formule (Hospitaal Dagforfait Basis, Hospitaal Dagforfait Plus) naar een kostendekkende (Hospitaal-Plus 100, Hospitaal-Plus 200, Hospitaal-Plus Franchise).

De verzekerde die van de ene formule naar de andere overstapt, moet voldoen aan de toetredingsvoorwaarden voor die formule. Voor wie van een verzekeringsformule met een hogere dekking overstapt naar een formule met lagere dekking, vervalt de leeftijdsvoorwaarde.

5. Waarborg

De waarborgen van de verzekeringen met forfaitaire dagvergoeding van Hospitaal-Plus zijn door de algemene vergadering vastgelegd en kunnen enkel worden gewijzigd in overeenstemming met artikel 204 van de wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014.

Hospitaal Dagforfait Basis en Hospitaal Dagforfait Plus betalen verzekerden een respectieve dagvergoeding van 12,30 euro of 27,50 euro bij ziekenhuisopname of daghospitalisatie. Deze waarborg is niet beperkt door eventuele voorafbestaantheid van de ziekte, aandoening of toestand die aanleiding geeft tot de hospitalisatie. Hospitaal Dagforfait Basis en Hospitaal Dagforfait Plus betalen de dagvergoeding ook bij daghospitalisatie met miniforfait of gipskamer.

De vergoeding is verschuldigd vanaf de eerste opnamedag.

Hospitaal Dagforfait Basis en Hospitaal Dagforfait Plus betalen per ziekenhuisopname een dagvergoeding voor maximaal honderd opnamedagen in volgende ziekenhuisdiensten:

- 190 N(n) niet-intensieve neonatale verzorging,
- 200 B behandeling van TBC,
- 210 C diagnose en heelkundige behandeling,
- 220 D diagnose en medische behandeling,
- 230 E kindergeneeskunde,
- 240 H gewone ziekenhuisverpleging,
- 640 S4 dienst chronische aandoeningen met palliatieve zorgen,
- 250 L besmettelijke ziekten,
- 260 M kraamdienst,
- 270 NIC(N) vroeg- en zwakke pasgeborenen,
- 290 behandeling zware brandwonden,
- 490 I intensieve verzorgingseenheid.

Hospitaal Dagforfait Basis en Hospitaal Dagforfait Plus voorzien per verzekeringsjaar een dagvergoeding voor maximaal dertig opnamedagen in volgende ziekenhuisdiensten:

- 300 G geriatrie en revalidatie,
- 610 S1 cardiopulmonaire aandoeningen,
- 620 S2 locomotorische aandoeningen,
- 630 S3 neurologische aandoeningen,
- 650 S5 chronische polypathologie met verlengde medische zorg,
- 660 S6 psychogeriatrische aandoeningen,
- 690 S9 chronische aandoeningen,
- 340 K neuropsychiatrie voor kinderen,
- 370 A neuropsychiatrie (dag en nacht).



6. Tegemoetkoming bij schadegeval buiten België

De waarborgen van de hospitalisatieverzekeringen met forfaitaire dagvergoeding van Hospitaal-Plus zijn van toepassing in de hele wereld. De verzekerde verkrijgt de tegemoetkoming van Hospitaal-Plus na uitputting van de terugbetaling van de verplichte ziekteverzekering, MUTAS of een andere reisbijstands- of beroepsverzekering.

7. Aanvraag tot tegemoetkoming - verjaringstermijn

De verzekerde geeft zijn/haar ziekenhuisopname door aan de verzekeraar aan de hand van het daartoe bestemde aanvraagformulier en bezorgt tevens de originele ziekenhuisfactuur.

Indien de verzekerde de vergoedingen wil laten uitbetalen aan een derde, moet hij/zij dit schriftelijk aangeven.

De aanvraag tot tegemoetkoming moet gebeuren binnen een termijn van drie jaar, te rekenen vanaf de dag van het voorval dat het vorderingsrecht doet ontstaan. Kan de verzekerde evenwel bewijzen dat hij/zij pas later van het voorval kennis kreeg, dan begint de verjaringstermijn van drie jaar te lopen vanaf dat tijdstip. Deze termijn verstrijkt echter hoe dan ook vijf jaar na het voorval.

De verzekeraar kan een tegemoetkoming weigeren indien de verzekerde de bepalingen in dit hoofdstuk goedwillig niet nakomt.

8. Uitsluitingen

Schadegevallen/kosten die voortvloeien uit volgende gevallen zijn niet gedekt door de waarborgen van de hospitalisatieverzekeringen van Hospitaal-Plus:

- ongevallen of ziekten die niet door medisch onderzoek vastgesteld kunnen worden;

- ongeval of ziekte zonder medisch voorschrift;
- esthetische behandelingen en verjongingskuren, met uitzondering van plastische herstelheekunde als gevolg van ziekte of een gewaarborgd ongeval;
- ziekten of ongevallen in oorzakelijk verband met alcoholintoxicatie, gebruik van doping, narcotica of verdovende middelen zonder medisch voorschrift, tenzij de verzekerde kan aantonen dat hij/zij deze onbewust of onder dwang van een derde innam;
- ziekte of ongeval als gevolg van alcoholisme, verslaving of overdreven gebruik van geneesmiddelen;
- sterilisatie, anticonceptieve behandeling, kunstmatige inseminatie, IVF en thermale kuren;
- oorlogsfeiten, tenzij de verzekerde niet actief deelnam of handelde uit wettige zelfverdediging;
- betaalde sportactiviteit, sportbeoefening in de lucht of met motorrijtuigen en de beoefening van gevaarlijke sporten;

- een opzettelijke daad van de verzekerde, tenzij die bewijst dat hij/zij handelde om personen of goederen te redden;
- een misdaad, misdrijf, roekeloze daad, weddenschap of uitdaging;
- rechtstreekse of onrechtstreekse uitwerking van radioactieve stoffen of kunstmatige versnelling van atoomdeeltjes, met uitzondering van het gebruik van radioactieve stoffen om medische redenen;
- vrijwillige vermindering of poging tot zelfdoding;
- een ongeval waarbij de verzekerde deel uitmaakt van de bemanning van een luchtvaartuig of tijdens de vlucht beroeps- of andere activiteiten uitvoert die in verband staan met het toestel/de vlucht.

De hospitalisatieverzekeringen van Hospitaal-Plus vergoeden geen orthopedische zolen, orthopedische schoenen en voetheffers, rolwagens en toebehoren, breukbanden, buik gordels, lumbostaten, niet-geregistreerde verbandmiddelen, hygiëne- en dieet-producten, verplegingsartikelen, reactieven en homeopathische geneesmiddelen.

De hospitalisatieverzekeringen van Hospitaal-Plus komen niet tegemoet in de kosten voor kuren. Een uitzondering op deze regel kan, na voorafgaand schriftelijk akkoord van de VMOB, gemaakt worden voor therapeutische kuren verstrekt in een instelling die voldoet aan de hiervoor bepaalde voorwaarden.

9. Premies

Wie verzekerd is bij een van de hospitalisatieverzekeringen van Hospitaal-Plus, betaalt daarvoor een premie. Deze premie is per maand verschuldigd, maar kan in periodes van twaalf of drie maanden opgevraagd worden. De premie is één en ondeelbaar en moet betaald worden volgens de afgesproken periodiciteit.

De premie is een haalschuld. Wanneer de premie niet rechtstreeks aan de verzekeraar wordt betaald, is de premiebetaling aan een derde bevrijdend indien deze de betaling vordert en hij voor de inning van de premie klaarlijk als lasthebber van de verzekeraar optreedt.

De verzekeringnemer betaalt zijn premie op jaarbasis, ongeacht de betaalwijze (betaling via overschrijving/domiciliëring) die hij/zij heeft gekozen. De jaarpremie voor Hospitaal Dagforfait Basis en Hospitaal Dagforfait Plus is, ongeacht de betaalwijze, verschuldigd op de jaarlijkse vervalddag.

De startpremie is afhankelijk van de leeftijd van de verzekerde op de startdatum van het contract. Betaalt de verzekeringnemer de eerste premie niet uiterlijk op de laatste dag van de eerste maand van het contract, dan wordt de waarborg niet geactiveerd.

Leeftijdsgebonden verhogingen van de premie gaan in vanaf het verzekeringsjaar dat volgt op de verjaardag die aanleiding geeft tot de verhoging.

Eventuele taksen en belastingen die betrekking hebben op de geïnde premies, zijn uitsluitend ten laste van de verzekeringnemer. Deze worden samen met de premie geïnd.

Met uitzondering van de jaarlijkse indexering en na wederzijds akkoord tussen de verzekeraar en de verzekerde, kan die eerste de premies ingevolge artikel 204 van de wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014 niet meer wijzigen na het sluiten van de overeenkomst. Een wijziging van de premie kan bovendien enkel gebeuren in het belang van de verzekerde.

Op de eerste dag van elk verzekeringsjaar past de verzekeraar de premies aan aan de index van de consumptieprijzen van de maand juli onmiddellijk voorafgaand aan het jaar waarin de nieuwe premie wordt toegepast.

Hospitaal-Plus mag de premies voor haar verzekeringen op redelijke en proportionele wijze aanpassen:

- aan de wijzigingen in het beroep van de verzekerde wat de niet-verplichte ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering betreft;
- aan de wijzigingen in het inkomen van de verzekerde wat de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de invaliditeitsverzekering betreft;
- wanneer de verzekerde verandert van statuut in het stelsel van sociale zekerheid wat de verplichte ziekteverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekering betreft, voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking.
- wanneer een reële en significante stijging van de kostprijs van de geaarborgde prestaties of de evolutie van de gedekte risico's dit vereist;
- bij significante en uitzonderlijke omstandigheden.

Kinderen en ascendenten ten laste van een persoon verzekerd bij Hospitaal Dagforfait Basis of Hospitaal Dagforfait Plus zijn vrijgesteld van het betalen van premies. Wijzigt de premie door verandering in de gezinssituatie, dan is de gewijzigde premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgend op deze verandering.

Bij laattijdig of niet-betalen van de premie stelt de verzekeraar de verzekeringnemer in gebreke per deurwaardersexploot of aangetekende brief. De verzekeringnemer krijgt dan vijftien dagen om de openstaande premie alsnog te betalen. Deze termijn gaat in op de dag na de postdatum van het aange tekend schrijven of de dag volgend op het deurwaardersexploot.

Is de premie niet betaald binnen deze termijn, dan schorst de verzekeraar de waarborg. De schorsing gaat in op de dag die volgt op de bovenvermelde betalingstermijn van 15 dagen. De schorsingsperiode duurt minstens 15 dagen. Tijdens de schorsingsperiode is de verzekerde niet gedekt door de waarborgen van de door hem/haar aange-gane hospitalisatieverzekering bij Hos-pitaal-Plus. De schorsing eindigt nadat de verzekeringnemer de achterstallige premie(s) heeft betaald vóór het einde van de schorsingsperiode.

Heeft de verzekeringnemer ook nadat de schorsing is afgelopen de premie niet betaald, dan zal de verzekeraar overgaan tot het ontslag van de ver-

zekerde(n). De verzekeraar vermeldt dit voornemen tot opzegging van het contract in de bovenvermelde ingebrekestelling. Het contract eindigt des-gevallend op de datum vermeld in de ingebrekestelling.

De maandelijkse premies, geldig vanaf 1 januari 2019, zijn de volgende:

Leeftijd	Hospitaal Dagforfait Basis	Hospitaal Dagforfait plus
<30	€ 1,78	€ 5,13
30 - 59	€ 2,99	€ 7,03
60 jaar en ouder	€ 4,81	€ 13,74

10. Algemene bepalingen

De verzekerde is gebonden aan de bepaling in artikel 74 van de wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014 die stelt dat de verzekerde de termijn tot melding van een schadegeval respecteert zoals die is bepaald in de verzekeringsovereenkomst. De verzekerde is tevens gebonden aan de bepaling in artikel 75 van diezelfde wet, die stelt dat bij elke verzekering tot vergoeding van schade de verzekerde alle redelijke maatregelen moet nemen om de gevolgen van het schadegeval te voorkomen en te beperken. Het met bedrieglijk opzet niet naleven van deze bepalingen door de verzekerde geeft



de verzekeraar het recht zijn prestatie te verminderen of de dekking te weigeren indien hierdoor een nadeel ontstaat voor de verzekeraar.

De verzekerde aanvaardt dat de aangetekende brief of het deurwaardersexploot een voldoende aanmaning vormen met betrekking tot het schorsen en opzeggen van de waarborg door Hospitaal-Plus zoals beschreven in hoofdstuk 9 van deze algemene voorwaarden. Hij/zij aanvaardt tevens dat de verzenddatum van het aangetekend schrijven en de datum van het deurwaardersexploot definitief bewezen zijn.

De verzekerde verbindt zich ertoe alle brieven -al dan niet aangetekend- en andere correspondentie van Hospitaal-Plus te aanvaarden. Elke inbreuk op deze verplichting valt onder de verantwoordelijkheid van de verzekerde. Wanneer de verzekerde de aangeboden correspondentie weigert, zal deze als ontvangen worden beschouwd.

Verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht:

- verklaringen en mededelingen schriftelijk in te dienen bij de maatschappelijke zetel van VMOB Hospitaal-Plus of een van de Liberale Mutualiteiten die aangesloten zijn bij de VMOB;
- de verzekeraar zo snel mogelijk op de hoogte te brengen wanneer de voorwaarden voor het behoud van het verzekeringscontract niet meer vervuld zijn;
- de verzekeraar zo snel mogelijk in te lichten over het bestaan van een overeenkomst die een gelijkaardig of identiek risico gedeeltelijk of volledig dekt;
- de verzekeraar of zijn afdelingen alle gevraagde inlichtingen te bezorgen.

Wanneer de verzekeringnemer en/of verzekerde deze verplichtingen niet naleeft en deze tekortkoming na een schadegeval een nadeel blijkt op te leveren voor de verzekeraar, kan deze

zijn prestaties dienovereenkomstig verminderen.

Wanneer de schade vermoedelijk verhoogd zal worden door het gemeenrecht of een andere wetgeving, dan kan de verzekeraar een tegemoetkoming toekennen in afwachting van de effectieve betaling van de schadevergoeding. De verzekeraar treedt in dit geval in alle rechten die de verzekerde kan doen gelden ten aanzien van de schuldenaar van de schadevergoeding. De verzekerde kan zonder toestemming vooraf geen schikkingen treffen met de schuldenaar van de schadevergoeding.

De verzekeringnemer en de verzekerde verklaren door het ondertekenen van het verzekeringsvoorstel dat zij de verzekeraar hun uitdrukkelijke toestemming geven hun persoonlijke en medische gegevens te verzamelen en te verwerken. De verzekeraar mag deze gegevens gebruiken voor het sluiten, beheren en uitvoeren van het verzekeringscontract, conform de doelstellingen van dat contract.

De verzekeraar verklaart dat de medische en persoonsgegevens enkel verzameld, verwerkt en gebruikt worden voor de realisatie van die doelstellingen en dat de verzamelde gegevens en informatie passend, relevant en niet overdreven zijn, zoals het hoort in het licht van die doelstellingen. Elk gebruik van deze gegevens zal gebeuren in naleving van de Belgische privacywetgeving.

VMOB Hospitaal-Plus staat onder het toezicht van de Controledienst voor de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen (CDZ), die haar de toelating heeft verleend verzekeringen aan te bieden in de zin van tak 2, bijlage 1 van het Koninklijk Besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen en tak 18, bijlage 1 van het Koninklijk Besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen. De

CDZ kende Hospitaal-Plus hiervoor het toelatingsnummer 450/01 toe.

De VMOB is onderworpen aan volgende wetten en hun uitvoeringsbesluiten:

- wet van 26/08/1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen;
- wet van 26/04/2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering;
- wet van 04/04/2014 betreffende de verzekeringen;
- de circulaires van de Nationale Bank van België (NBB), de FSMA en de richtlijnen van de Controledienst (CDZ).

Elke klacht met betrekking tot de verzekeringen van VMOB Hospitaal-Plus kan gericht worden aan:

- VMOB Hospitaal-Plus, Livornostraat 25, 1050 Brussel,
- Ombudsman van de verzekeringen België vzw, de Meeûssquare 35, 1000 Brussel, www.ombudsman.as

Deze algemene voorwaarden beschrijven de statutaire bepalingen van de verzekeringen van VMOB Hospitaal-Plus zoals die zijn op 1 januari 2019. Bij twijfel of betwisting gelden enkel de statuten van VMOB Hospitaal-Plus. Deze statuten kunnen na afspraak ingekeken worden in de maatschappelijke zetel van VMOB Hospitaal-Plus, Livornostraat 25, 1050 Brussel.



