



**Algemene
voorwaarden**

**Hospitaal-Plus
100**

**Hospitaal-Plus
200**

INHOUD

1. Begrippen en definities	3
2. Toetredingsvoorwaarden	5
3. Aanvang, duur en einde van het contract	7
a. Aanvang en duur van het contract	7
b. Schorsing en beëindiging van het contract	7
4. Wachtijd	8
a. Algemene wachttijd	8
b. Vervallen van de wachttijd	8
c. Veranderen van verzekeringsformule	9
5. Verzekeringswaarborg	9
a. Algemene bepalingen	9
b. Hospitaal-Plus 100	9
i. Basiswaarborg – ziekenhuisopname	9
ii. Voor- en nazorg	10
iii. Ambulante verzorging ernstige ziekte	10
iv. Bijkomende dekking	10
c. Hospitaal-Plus 200	10
i. Basiswaarborg – ziekenhuisopname	10
ii. Voor- en nazorg	10
iii. Ambulante verzorging ernstige ziekte	11
iv. Bijkomende dekking	11
6. Beperking van de waarborg: vooraf bestaande aandoening, ziekte of toestand	11
7. Vrijstelling	13
8. Grensbedragen	14
a. Algemene grensbedragen	14
b. Specifieke grensbedragen	14
9. Tegemoetkoming bij schadegeval buiten België	14
10. Aanvraag tot tegemoetkoming – verjaringstermijn – medische expertise	14
11. Uitsluitingen	15
12. Premies	17
13. Slotbepalingen	18

1. Begrippen en definities

Ambulante medische zorgen

De medische zorgen buiten een periode van ziekenhuisopname.

Chirurgische ingreep

Een chirurgische ingreep is een chirurgische procedure om een medisch probleem te verhelpen of een diagnose te kunnen stellen en is invasief, dit wil zeggen dat weefsels, implantaten of organen met instrumenten geopend, veranderd, geïmplanteerd of verwijderd worden, terwijl overtollig bloed wordt afgevoerd.

Conventietarief/standaardtarief

De honoraria voor consultaties, ingrepen en behandelingen zoals deze worden vastgelegd in een nationaal akkoord door de ziekenfondsen en de artsensyndicaten.

Daghospitalisatie

Een ziekenhuisopname zonder overnachting voor een heelkundige ingreep waarvoor geen ligdagprijs wordt aangerekend.

Ereloonsupplement

Bijkomend honorarium dat de zorgverstrekker aanrekent bovenop het conventietarief. Zorgverstrekkers mogen geen ereloonsupplementen aanrekenen aan patiënten die bij een meerdaagse ziekenhuisopname verblijven in een twee- of meerpersoonskamer. Niet-geconventioneerde zorgverstrekkers mogen ook ereloonsupplementen aanrekenen aan wie in een tweepersoonskamer verblijft bij daghospitalisatie.

Farmaceutische producten

Ieder product dat uitsluitend in een apotheek wordt afgeleverd, is voorgeschreven door een arts en als farmaceutische specialiteit of magistrale bereiding is geregistreerd door de Minister van Volksgezondheid. Producten zoals verbandmiddelen, hygiëne- en dieetproducten, verplegingsartikelen, reactieven, homeopathische middelen en

kousen vallen niet onder deze definitie.

Gelijaardige hospitalisatieverzekering

Hospitalisatieverzekering aangeboden door een andere verzekeraar, hetzij een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand (VMOB), hetzij een privéverzekeraar, die voorziet in een kostendekkende dan wel forfaitaire tegemoetkoming gelijaardig aan deze van één van de verzekeringsformules van Hospitaal-Plus. Een andere hospitalisatieverzekering is gelijaardig wanneer premies, jaarplafonds en de tegemoetkoming in ereloonsupplementen gelijaardig zijn aan die van de verzekeringsformules van Hospitaal-Plus. Hospitaal-Plus beoordeelt of er sprake is van een gelijaardige hospitalisatieverzekering.

Gerechtigde

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

Implantaat

Een implantaat is elk synthetisch of lichaamsvreemd materiaal, instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk artikel dat is gefabriceerd met het doel geheel of gedeeltelijk geïmplanteerd te worden of een deel van het epitheelweefsel te vervangen, met het oog op diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte, een handicap (of de compensatie ervan) en het onderzoek naar, vervanging of wijziging van de anatomie of een fysiologisch proces. Implantaten zijn bedoeld om minstens dertig dagen geïmplanteerd te blijven. Ze kunnen enkel verwijderd worden middels een medische behandeling of chirurgische ingreep.

Jaarpremie

De premie verschuldigd om gedurende één jaar de dekking van de hospitalisatieverzekeringen van Hospitaal-Plus te

genieten. De jaarpremie bedraagt het twaalfvoud van de maandelijkse premies, vermeld in deze algemene voorwaarden. De jaarpremie is verschuldigd op de jaarlijkse vervaldag van het contract.

Medeverzekerde

Verzekerde die niet de titularis van het contract is.

Medische vragenlijst

Vragenlijst die moet ingevuld worden door wie een kostendekkende hospitalisatieverzekering wil afsluiten waarbij de algemene voorwaarden voorzien in een beperking van de waarborg bij een schadegeval naar aanleiding van een vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand. Deze vragenlijst moet ingevuld worden voor elke verzekerde alvorens het contract in werking kan treden. Door het gebruik van deze vragenlijst heeft de verzekeraar tot doel het risico te bepalen bij nieuwe aansluitingsaanvragen, niet om kandidaat-verzekerden uit te sluiten. De medische vragenlijst laat de adviserend arts van Hospitaal-Plus toe om vast te stellen of de kandidaat-verzekerde een ziekte, aandoening of toestand heeft die een beperking van de waarborg tot gevolg heeft of kan hebben.

Ongeval

Elke plotse gebeurtenis die een lichamelijk letsel veroorzaakt en waarvan de oorza(a)k(en) vreemd is aan het organisme van het slachtoffer. De letsels moeten worden vastgesteld door een arts 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 ongeval.

Parafarmaceutische kosten

De kosten voor producten of voorwerpen die aangewend worden in de medische behandeling van een ziekte of aandoening en niet beantwoorden aan de definitie van geneesmiddel, bijvoorbeeld steunkousen en halskragen. Producten die niet als parafarmaceutisch worden beschouwd zijn homeopathische middelen en alle producten voor

persoonlijke verzorging, hygiëne en comfort.

Paramedische kosten

De kosten voor paramedische zorg, die gericht is op het verminderen van de functionele gevolgen van een ziekte of aandoening, bijvoorbeeld fysiotherapie, logopedie, diëtiëk, oefentherapie en ergotherapie.

Persoon ten laste

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

Rooming-in

Overnachten in de ziekenhuiskamer van iemand die gehospitaliseerd is.

Startdatum van het contract

De datum waarop het contract in werking treedt en desgevallend de wachttijd aanvangt, dan wel de waarborgen van het contract. Deze datum 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 in werking treedt.

Thuisbevalling

Bevalling zonder meerdaagse ziekenhuisopname of daghospitalisatie.

Vervaldag

De jaarlijkse vervaldag van het verzekeringscontract is de verjaardag van het contract. Uiterlijk op deze datum is de jaarpremie voor het volgende verzekeringsjaar verschuldigd.

Verzekeraar

Verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand (VMOB) Hospitaal-Plus met als maatschappelijke zetel Livornostraat 25 in 1050 Brussel, onderne-

mingsnummer 0471.459.194, erkend door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (CDZ) 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 en rechtgebende van het verzekeringscontract.

Verzekeringnemer

De natuurlijke persoon 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.

Verzekeringscontract

Contract gesloten tussen VMOB Hospitaal-Plus als verzekeraar en de verzekeringnemer. Het contract bestaat uit de algemene en bijzondere voorwaarden van de verzekering.

Verzekeringsjaar

Een verzekeringsjaar begint elk jaar op de dag waarop het verzekeringscontract gestart is, duurt twaalf maanden en eindigt op de jaarlijkse vervaldag.

Voor- en nazorg

De ambulante medische zorgen in de periode die begint één maand voorafgaand aan de ziekenhuisopname en eindigt drie maanden erna en die rechtstreeks verband houden met deze opname.

Vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand (bv. zwangerschap)

Een ziekte, aandoening of toestand die al bestond vóór de startdatum van het contract bij één van de hospitalisatieverzekeringen van Hospitaal-Plus of waarvan redelijkerwijze kan worden aangenomen dat deze al bestond vóór de startdatum van het contract.

Vrijstelling (franchise)

Een gedeelte van de gewaarborgde kosten dat steeds ten laste blijft van

de verzekerde en waarvan de omvang in deze algemene voorwaarden is bepaald.

Wachttijd

De periode die begint te lopen vanaf de startdatum van het contract, tijdens dewelke de verzekerde geen recht heeft op tegemoetkomingen door de verzekeraar en waarvan de duur in deze algemene voorwaarden is bepaald.

Wettelijke tegemoetkoming/terugbetaling van de verplichte ziekteverzekering (kosten in België)

Elke uitkering in het kader van de Belgische wetgeving inzake de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (algemene regeling), arbeidsongevallen en beroepsziekten.

Wettelijke tegemoetkoming/terugbetaling van de verplichte ziekteverzekering (kosten in het buitenland)

Elke terugbetaling waarin een met het betreffende land afgesloten overeenkomst/verdrag inzake de sociale zekerheid van loontrekkenden voorziet of bij gebrek hieraan een fictief bedrag gelijk aan de terugbetaling bepaald in de Belgische wetgeving van toepassing op loontrekkenden.

Ziekenhuis

Een instelling die wettelijk erkend is (artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen) en die beschikt over wetenschappelijk beproefde diagnose- en therapeutische middelen. Hospitaal-Plus beschouwt een opname in o.m. één 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).

Ziekenhuisopname (hospitalisatie)

Een ziekenhuisopname is elk medisch noodzakelijk geacht verblijf in een ziekenhuis waarvoor in het kader van de verplichte ziekteverzekering minstens één ligdagprijs wordt aangerekend.

Ziekte of aandoening

Elke aantasting van de gezondheids-toestand die niet het gevolg is van een ongeval en die erkend is door een arts die gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte of aandoening wordt vastgesteld.

Ziekenvervoer

Dringend liggend ziekenvervoer is het vervoer van een zieke persoon in een ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of het vervoer tussen ziekenhuizen. Dringend liggend ziekenvervoer vindt plaats wanneer een dringende overdracht van de patiënt noodzakelijk is. In deze categorie bevindt zich ook het dringend vervoer per helikopter.

Onder specifiek ziekenvervoer wordt begrepen het vervoer dat niet als dringend wordt beschouwd. Het betreft het vervoer met eigen wagen, taxi, trein (2e klasse) voor verplaatsingen in het kader van ambulante behandeling van een ernstige ziekte in de zin van deze algemene voorwaarden.

Ingeval van discussie over de interpretatie van deze begrippen en definities in het kader van de uitvoering van het verzekeringscontract, zal Hospitaal-Plus een beslissing nemen, in uitvoering van deze algemene voorwaarden.

2. Toetredingsvoorwaarden

1.1

De natuurlijke persoon die zich wenst te verzekeren bij één van de hospitalisatieverzekeringen die worden aangeboden door VMOB Hospitaal-Plus,

moet cumulatief voldoen aan de volgende voorwaarden:

- als titularis of als persoon ten laste ingeschreven zijn voor de verplichte ziekteverzekering en/of de aanvullende diensten bij een Liberale Mutualiteit die deel uitmaakt van VMOB Hospitaal-Plus;
- in orde zijn met de betaling van de bijdrage voor de aanvullende diensten;
- een verzekeringscontract voor één van de hospitalisatieverzekeringen hebben afgesloten;
- de medische vragenlijst hebben ingevuld voor elke verzekerde en deze aan VMOB Hospitaal-Plus bezorgd hebben vóór het contract ingaat.

1.2

De natuurlijke persoon die, in een ziekenfonds dat is aangesloten bij VMOB Hospitaal-Plus, een lid wordt waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering is opgeschort, kan zich verzekeren bij één van de verzekeringen van VMOB Hospitaal-Plus. Hij kan evenwel slechts genieten van de waarborg van deze verzekeringen indien hij de ervoor voorziene premies betaalt.

1.3

De persoon die, in een ziekenfonds dat is aangesloten bij VMOB Hospitaal-Plus, een lid wordt waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering is opgeheven, kan zich niet verzekeren bij één van de verzekeringen van VMOB Hospitaal-Plus en kan dus niet genieten van de waarborg van deze verzekeringen.

Hij kan zich slechts verzekeren bij VMOB Hospitaal-Plus en slechts van de waarborgen zoals bedoeld in deze algemene voorwaarden genieten indien hij in regel is met de bijdragen voor de aanvullende diensten sinds de aanvang van de periode van 24 maanden waarin hij deze bijdragen moet betalen zonder van de voordelen te kunnen genieten, om opnieuw lid te kunnen worden dat kan genieten van de voordelen van de

aanvullende verzekering.

Bij vertraging van 6 maanden in de betaling van deze bijdragen sinds de aanvang van de periode van 24 maanden, verliest deze persoon zijn hoedanigheid van verzekerde van VMOB Hospitaal-Plus.

Deze periode van 6 maanden wordt opgeschort:

- wanneer de persoon die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering zich in een toestand van collectieve schuldenregeling of van faillissement bevindt;
- gedurende de periode waarin de persoon de hoedanigheid van gerechtigde in de aanvullende verzekering heeft verloren en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering.

De medische vragenlijst moet niet ingevuld worden door de persoon ten laste die persoonlijk gerechtigde wordt, of omgekeerd, indien de aansluiting bij Hospitaal-Plus gedurende een periode van vijf jaar ononderbroken was.

2.

De natuurlijke persoon die zich wil verzekeren bij de hospitalisatieverzekering Hospitaal-Plus 100, kan dit doen zonder leeftijdsgrens.

De natuurlijke persoon die zich wil verzekeren bij de hospitalisatieverzekering Hospitaal-Plus 200, moet dit doen vóór de 66ste verjaardag. Deze leeftijdsgrens is ook van toepassing op de eventuele personen ten laste.

3.

In afwijking van paragraaf 2, geldt er geen leeftijdsbeperking om zich te verzekeren voor de personen die, door mutatie of gewone aansluiting, lid worden van een Liberale Mutualiteit en zich tegelijkertijd verzekeren bij één van de hospitalisatieverzekeringen van Hospitaal-Plus, op voorwaarde dat:



- de betrokken perso(n)en tot onmiddellijk voorafgaand aan het verzekeringscontract met Hospitaal-Plus verzekerd was/waren bij een gelijkaardige mutualistische hospitalisatieverzekering, aangeboden door een mutualistische entiteit (VMOB);
- de betrokken perso(n)en de eerste premies voor deze gelijkaardige mutualistische verzekering heeft/hebben betaald.

Als bewijs hiervan bezorgt 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 voorgaande overeenkomst startte, wanneer deze is stopgezet en of alle premies werden betaald.

4.

Een verzekerde die al verzekerd is bij Hospitaal-Plus 100 en de leeftijd van 66 jaar nog niet heeft bereikt, kan met een transfertformulier overstappen naar Hospitaal-Plus 200. Gedurende de eerste drie maanden volgend op de overstap, blijven de dekking van Hospitaal-Plus 100 volledig van toepassing.

Wanneer een verzekerde overstapt van Hospitaal-Plus 200 naar Hospitaal-Plus 100, geldt deze overstap eveneens voor alle eventueel medeverzekerde personen ten laste die aan de voorwaarden voldoen.

3. Aanvang, duur en einde van het contract

a) Aanvang en duur van het contract

1.

Het verzekeringscontract is van onbepaalde duur en voorziet in principe in een levenslange waarborg, voor zover aan de toetredingsvoorwaarden wordt voldaan.

Het contract gaat in op de startdatum vermeld in de bijzondere voorwaarden, op voorwaarde dat de kandidaat-verzekerde(n) voldoe(t)(n) aan de toetredingsvoorwaarden, zoals bepaald in deze algemene voorwaarden.

Het contract treedt in werking ten vroegste op de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van het verzekeringsvoorstel en de volledige betaling van de startpremie. In geen geval kan het contract met VMOB Hospitaal-Plus aanvangen vóór de aanvang van de aansluiting bij een Liberale Mutualiteit die deel uitmaakt van VMOB Hospitaal-Plus. De startpremie wordt bepaald in functie van de leeftijd op het ogenblik van de inwerkingtreding van het contract.

2.

De verzekeringswaarborg gaat in op de startdatum van het contract, op voorwaarde dat de verzekeringnemer de volledige startpremie heeft betaald voor de aanvang van het contract.

Ingeval er een wachttijd moet worden doorlopen, dan valt de datum van inwerkingtreding samen met de eerste dag van de wachttijd.

3.

Het spontaan betalen van een premie zonder dat men daartoe een betalingsuitnodiging heeft ontvangen, wordt niet als een contract beschouwd.

b) Schorsing en beëindiging van het contract

1.

De verzekerde kan het contract te allen tijde beëindigen met een aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs. Hij moet daarbij een opzegtermijn respecteren van één maand te rekenen vanaf de dag volgend op de betekening of de datum van het ontvangstbewijs, of ingeval van een aangetekende brief, te rekenen vanaf de dag die volgt op zijn afgifte aan de postdiensten.

2.1

De persoon die, in een ziekenfonds dat is aangesloten bij VMOB Hospitaal-Plus, een lid wordt waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering is opgeschort, behoudt de hoedanigheid van verzekerde van de VMOB. Hij kan evenwel slechts genieten van de waarborg van de VMOB indien hij de ervoor voorziene premies betaalt.

2.2

De persoon die, in een ziekenfonds dat is aangesloten bij VMOB Hospitaal-Plus, een lid wordt waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering is opgeheven, verliest zijn hoedanigheid van verzekerde van de VMOB en kan dus niet genieten van de waarborg van de VMOB, zelfs indien hij in regel was met de betaling van de premies voor de VMOB.

Hij kan slechts opnieuw verzekerde worden van de VMOB en opnieuw genieten van de waarborgen zoals bedoeld in deze algemene voorwaarden indien hij in regel is met de bijdragen voor de aanvullende diensten sinds de aanvang van de periode van 24 maanden waarin hij deze bijdragen moet betalen zonder van de voordelen te kunnen genieten, om opnieuw lid te kunnen worden dat kan genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering.

Bij vertraging van 6 maanden in de betaling van deze bijdragen sinds de aanvang van de periode van 24 maanden, verliest deze persoon zijn hoedanigheid van verzekerde van de VMOB.

Deze periode van 6 maanden wordt opgeschort:

- wanneer de persoon die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering zich in een toestand van collectieve schuldenregeling of van faillissement bevindt;
- gedurende de periode waarin de persoon die de hoedanigheid van gerechtigde in de aanvullende ver-

zekering heeft verloren en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering.

3.

Het contract neemt van rechtswege een einde wanneer de verzekerde titularis overlijdt. De wettelijke erfgenamen van de verzekerde zijn gehouden VMOB Hospitaal-Plus hiervan op de hoogte te brengen via een uittreksel van de overlijdensakte. Desgevallend betaalt VMOB Hospitaal-Plus de betaalde premie voor de resterende maanden van het lopende verzekeringsjaar terug.

Ingeval van overlijden van de verzekerde titularis, kunnen eventuele personen ten laste zonder onderbreking hun verzekeringscontract zonder bijkomende voorwaarden verderzetten.

4.

VMOB Hospitaal-Plus kan het contract niet eenzijdig opzeggen, behalve ingeval van wanbetaling.

Niet-betaling van de verschuldigde premie op de vervaldag kan voor VMOB Hospitaal-Plus grond opleveren tot schorsing van de dekking of tot opzegging van het verzekeringscontract.

Ingeval van niet-betaling van de premie, maant VMOB Hospitaal-Plus de verzekerde per aangetekende brief of per deurwaardersexploot aan om de verschuldigde premie te betalen binnen een termijn van minimum 15 dagen, te rekenen vanaf de dag die volgt op de datum van de poststempel van de aangetekende brief of van het deurwaardersexploot. Deze aanmaning vermeldt ook de premievervaldag, de gevolgen van niet-betaling van de premie binnen de vooropgestelde termijn van minimum 15 dagen en de aanvang van die termijn. Tot slot vermeldt deze aanmaning dat de schorsing van de dekking uitwerking zal hebben vanaf de dag volgend op het einde van de termijn van minimum 15 dagen voorzien voor de betaling.

Indien de premie, ondanks deze aanmaning, niet is betaald, dan zal een effectieve schorsing van de dekking uitwerking hebben na het verstrijken van de voornoemde termijn van minimum 15 dagen. Deze schorsingsperiode duurt eveneens minimum 15 dagen.

Wanneer de dekking is geschorst:

- kan de verzekerde geen enkele aanspraak maken op een tegemoetkoming van Hospitaal-Plus;
- wordt slechts een einde gemaakt aan de schorsing bij de betaling van de achterstallige premies binnen de voorziene termijn;
- kan VMOB Hospitaal-Plus, ingeval de premie ook na de schorsing niet is betaald, het verzekeringscontract opzeggen.

In het laatste geval heeft de opzegging uitwerking na het verstrijken van een termijn van minimum 15 dagen, te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing. De opzegging van het verzekeringscontract door VMOB Hospitaal-Plus wordt bevestigd per gewone brief.

De onbetaalde premies tot de datum van opzegging blijven aan Hospitaal-Plus verschuldigd, evenwel beperkt tot maximum twee opeenvolgende jaren.

4. Wachtijd

a) Algemene wachtijd

De algemene wachtijd voor nieuwe verzekerden bij de hospitalisatieverzekeringen van VMOB Hospitaal-Plus bedraagt drie maanden en gaat in op de startdatum van het contract. VMOB Hospitaal-Plus is gedurende deze wachtijd geen enkele tegemoetkoming verschuldigd.

Ingeval van hospitalisatie tijdens de wachtijd, wordt de wachtijd verlengd met de periode(s) van hospitalisatie.

b) Vervallen van de wachtijd

De wachtijd vervalt in volgende geval-

len:

- 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;

De wachtijd vervalt eveneens bij personen die tot aan de startdatum van het verzekeringscontract met VMOB Hospitaal-Plus een gelijkaardige hospitalisatieverzekering hadden, hetzij via een mutualistische entiteit (VMOB), hetzij via een privé-verzekeraar, op voorwaarde dat:

- er geen onderbreking is tussen de twee verzekeringen;
- de betrokken persoon minstens drie maanden verzekerd was bij de voorgaande verzekering en er de premies voor heeft betaald.

Ingeval de betrokken persoon bij de voorgaande hospitalisatieverzekering minder dan drie maanden was verzekerd, wordt de aansluitingsduur in mindering gebracht van de algemene wachtijd.

De algemene wachtijd vervalt tot slot voor een pasgeborene, op voorwaarde dat:

- de ouder bij wie het kind in de verplichte ziekte verzekering ten laste staat al drie maanden bij Hospitaal-Plus of een gelijkaardige voorgaande hospitalisatieverzekering is verzekerd;
- het verzekerden plaatsvindt binnen de twee maanden volgend op de geboorte;

Indien de ouder minder dan drie maanden verzekerd was bij de voorgaande hospitalisatieverzekering, dan wordt de verzekeringsduur in mindering gebracht van de algemene wachtijd.

c) Veranderen van verzekeringsformule

Bij de overstap van Hospitaal-Plus 100 naar Hospitaal-Plus 200 geldt er een overgangperiode van drie maanden. Tijdens deze overgangperiode blijven de waarborgen en contractuele tegemoetkomingen van Hospitaal-Plus 100 van toepassing.

Bij de overstap van een forfaitaire formule (Hospitaal Dagforfait Basis of Hospitaal Dagforfait Plus) naar een kostendekkende (Hospitaal-Plus 100 of Hospitaal-Plus 200) blijven gedurende de eerste drie maanden na de overstap de terugbetalingsregels van de forfaitaire formule van toepassing.

Bij een overstap van Hospitaal-Plus Franchise naar Hospitaal-Plus 100 of naar Hospitaal-Plus 200 blijven gedurende de eerste drie maanden na deze overstap de terugbetalingsregels van Hospitaal-Plus Franchise van toepassing.

5. Verzekeringswaarborg

a) Algemene bepalingen

1.

Hospitaal-Plus vergoedt de hierna genoemde kosten op basis van het gefactureerde bedrag, verminderd met de tegemoetkomingen die de verzekerde heeft ontvangen van:

- de verplichte ziekteverzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals bedoeld in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en haar uitvoeringsbesluiten en zoals bedoeld in het KB van 30 juni 1964;
- de wetgevingen in verband met de arbeidsongevallen en beroepsziekten (wet van 10 april 1971 en wet van 3 juni 1970 en de bijbehorende uitvoeringsbesluiten);
- de Europese verordeningen 1408/71, 547/72 en 883/04 en de multilaterale of bilaterale sociale zekerheids-overeenkomsten gesloten tussen België en een ander land;

- desgevallend, de statutair vastgestelde vrijstelling of franchise.

Heeft de verzekerde, om welke reden dan ook, geen recht op bovenvermelde tegemoetkomingen, dan zal VMOB Hospitaal-Plus hem/haar op dezelfde manier vergoeden als iemand die wel recht heeft op deze tegemoetkomingen.

In ieder geval kan de som van de totale tegemoetkoming die de verzekerde ontvangt niet hoger liggen dan het bedrag dat effectief ten laste is gebleven van verzekerde.

2.

De tegemoetkoming is enkel verschuldigd bij opname in één van de 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.

In geval van opname in een beperkte ziekenhuisdienst, zoals omschreven in artikel 8.b, kan de verzekerde recht hebben op een tegemoetkoming van maximaal 800 EUR per verzekeringsjaar, de waarborg voor- en nazorg inbegrepen.

In geval van een daghospitalisatie, zoals omschreven in deze algemene voorwaarden, zal de verzekerde enkel recht hebben op een tegemoetkoming indien deze hospitalisatie kadert in een chirurgische/heelkundige ingreep.

b) Hospitaal-Plus 100

i. Basiswaarborg – ziekenhuisopname

Bij een ziekenhuisopname wegens ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling dekt Hospitaal-Plus 100 de kosten voor geneeskundige verzorging waarvoor een wettelijke tegemoetkoming wordt voorzien. De tegemoetkoming van Hospitaal-Plus 100 is beperkt tot 100% van het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming.

De volgende kosten zijn gedekt:

- verblijfkosten, met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een éénpersoonskamer;
- erelonen en ereloonsupplementen, beperkt tot 100% van de wettelijke RIZIV-terugbetaling van het gewone ereloon;
- de kosten van dringend liggend ziekenvervoer, verantwoord door dringende medische redenen, beperkt tot 255 EUR per verzekeringsjaar;
- kosten voor tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen met wettelijke tegemoetkoming, indien deze verstrekt zijn tijdens de ziekenhuisopname en rechtstreeks in verband staan met de chirurgische ingreep;
- heelkundige ingrepen uitgevoerd tijdens een chirurgische daghospitalisatie;
- farmaceutische producten met wettelijke tegemoetkoming;

De kosten waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien, worden niet vergoed.

ii. Medische kosten van voor- en nazorg

Hospitaal-Plus 100 vergoedt de medische kosten voor ambulante zorgen, verstrekt in de periode van één maand voor tot drie maanden na een ziekenhuisopname, op voorwaarde dat:

- deze kosten rechtstreeks verband houden met de opname, én
- de kosten voor de ziekenhuisopname door Hospitaal-Plus werden vergoed op basis van deze algemene voorwaarden.

De tegemoetkoming van de medische kosten voor ambulante zorgen (voor- en nazorg) is per verzekeringsjaar beperkt tot 575 EUR. Medische zorgen en farmaceutische producten waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming is, worden niet terugbetaald. De tegemoetkoming bedraagt per prestatie nooit meer dan 100% van het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming.

iii. Ambulante verzorging van een ernstige ziekte

1.

Deze waarborg vergoedt de kosten voor ambulante verzorging van een ernstige ziekte, binnen de bepalingen van deze algemene voorwaarden, ook in jaren waarin zich geen ziekenhuisopname voordoet, op voorwaarde dat er voor de medische zorgen een wettelijke RIZIV-tussenkost is voorzien en de verzorgingskosten rechtstreeks verband houden met onderstaande ziektes. Medische zorgen en farmaceutische producten waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming is, worden niet vergoed. De tegemoetkoming bedraagt per prestatie nooit meer dan 100% van de wettelijke tegemoetkoming.

Hospitaal-Plus 100 vergoedt de kosten voor medische verzorging zonder ziekenhuisopname van volgende ziekten: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, ziekte van Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van

Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, mucoviscidose en colitis ulcerosa (RCUH).

2.

Daarenboven komt Hospitaal-Plus 100 ingeval van ambulante verzorging van een ernstige ziekte tegemoet in:

- de kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken met tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering, genoodzaakt door de ernstige ziekte;
- de kosten voor het huren van allerlei materiaal;
- de kosten van farmaceutische producten waarvoor een wettelijke RIZIV-tussenkost is voorzien;
- de kosten van specifiek ziekenvervoer tot maximum 127,5 EUR per verzekeringsjaar op voorlegging van vervoerbewijzen (taxi, trein tweede klasse, ziekenvervoer met de wagen: vergoed aan 0,15 EUR per kilometer);
- andere kosten na voorafgaande schriftelijke instemming van VMOB Hospitaal-Plus.

iv. Bijkomende dekking

Bovenop de basiswaarborg, de waarborg voor- en nazorg en de waarborg ambulante verzorging van een ernstige ziekte, vergoedt Hospitaal-Plus 100 ook het volgende:

- implantaten en geneesmiddelen waarvoor geen tussenkost is door de verplichte ziekteverzekering, op voorwaarde dat de implantaten en geneesmiddelen tijdens de opname zijn verstrekt. De tussenkost wordt berekend aan 75% van de factuurprijs met een gezamenlijk plafond van 1.500 EUR per opname;
- een thuisbevalling wordt forfaitair vergoed aan 250 EUR;
- na de bevalling wordt een tegemoetkoming in de kraamzorg vergoed aan 20 EUR per dag gedurende een maximumperiode van zeven dagen, te rekenen vanaf de dag na

het vertrek uit het ziekenhuis, of in het geval van een thuisbevalling, vanaf de dag na de bevalling;

- de verblijfskosten voor rooming-in van een ouder bij een kind jonger dan 18 jaar aan maximum 20 EUR per dag.

c) Hospitaal-Plus 200

i. Basiswaarborg – ziekenhuisopname

Bij ziekenhuisopname wegens ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling dekt Hospitaal-Plus 200 de kosten voor geneeskundige verzorging waarvoor een wettelijke tegemoetkoming wordt voorzien. De tegemoetkoming van Hospitaal-Plus 200 is beperkt tot 200% van het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming.

Volgende kosten zijn gedekt:

- verblijfskosten, met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een éénpersoonskamer;
- erelonen en ereloonsupplementen, beperkt tot 200% van de wettelijke RIZIV-terugbetaling van het gewone ereloon;
- de kosten van dringend liggend ziekenvervoer, verantwoord door dringende medische redenen, beperkt tot 255 EUR per verzekeringsjaar;
- kosten voor tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen met wettelijke tegemoetkoming, indien deze verstrekt zijn tijdens de ziekenhuisopname en rechtstreeks in verband staan met de chirurgische ingreep;
- heelkundige ingrepen uitgevoerd tijdens een chirurgische daghospitalisatie;
- farmaceutische producten met wettelijke tegemoetkoming.

De kosten waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien, worden niet vergoed.

ii. Voor- en nazorg

Hospitaal-Plus 200 vergoedt de medi-

sche kosten voor ambulante zorgen, verstrekt in de periode van één maand voor tot drie maanden na een ziekenhuisopname, op voorwaarde dat:

- deze kosten rechtstreeks verband houden met de opname, én
- de kosten voor de ziekenhuisopname door Hospitaal-Plus werden vergoed op basis van deze algemene voorwaarden.

De tegemoetkoming van de medische kosten voor ambulante zorgen (voor- en nazorg) is per verzekeringsjaar beperkt tot 750 EUR. Medische zorgen en farmaceutische producten waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming is, worden niet terugbetaald. De tegemoetkoming bedraagt per prestatie nooit meer dan 100% van het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming.

iii. Ambulante verzorging van een ernstige ziekte

1.

Deze waarborg vergoedt de kosten voor ambulante verzorging van een ernstige ziekte, binnen de bepalingen van deze algemene voorwaarden, ook in jaren waarin zich geen ziekenhuisopname voordoet, op voorwaarde dat er voor de medische zorgen een wettelijke RIZIV-tussenkost is voorzien en de verzorgingskosten rechtstreeks verband houden met onderstaande ziektes. Medische zorgen en farmaceutische producten waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming is, worden niet vergoed. De tegemoetkoming bedraagt per prestatie nooit meer dan 100% van de wettelijke tegemoetkoming.

Hospitaal-Plus 200 vergoedt de kosten voor medische verzorging zonder ziekenhuisopname van volgende ziekten: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, ziekte van Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, mucoviscidose en colitis ulcerosa (RCUH).

2.

Daarenboven komt Hospitaal-Plus 200 ingeval van ambulante verzorging van een ernstige ziekte tegemoet in:

- de kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken met tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering, genoodzaakt door de ernstige ziekte;
- de kosten voor het huren van allerlei materiaal;
- de kosten van farmaceutische producten waarvoor een wettelijke RIZIV-tussenkost voorzien is;
- de kosten van specifiek ziekenvervoer tot maximum 127,5 EUR per verzekeringsjaar op voorlegging van vervoerbewijzen (taxi, trein tweede klasse, ziekenvervoer met de wagen; vergoed aan 0,15 EUR per kilometer);
- andere kosten na voorafgaande schriftelijke instemming van VMOB Hospitaal-Plus.

iv. Bijkomende dekking

Bovenop de basiswaarborg, de waarborg voor- en nazorg en de waarborg ambulante verzorging van een ernstige ziekte, vergoedt Hospitaal-Plus 200 ook het volgende:

- implantaten en geneesmiddelen waarvoor geen tegemoetkoming is door de verplichte ziekteverzekering, op voorwaarde dat de implantaten en geneesmiddelen tijdens de opname zijn verstrekt. De tussenkost wordt berekend aan 75% van de factuurprijs met een gezamenlijk plafond van 1.500 EUR per opname;
- een thuisbevalling wordt forfaitair vergoed aan 500 EUR;
- na de bevalling wordt een tegemoetkoming in de kraamzorg vergoed aan 20 EUR per dag gedurende een maximumperiode van zeven dagen, te rekenen vanaf de dag na het vertrek uit het ziekenhuis, of in het geval van een thuisbevalling, vanaf de dag na de bevalling;
- de verblijfskosten voor rooming-in van een ouder bij een kind jonger dan 18 jaar aan maximum 20 EUR per dag.

6. Beperking van de waarborg: vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand

1.

Ingeval een verzekerde in de loop van de eerste vijf jaar van het contract bij een van de kostendekkende hospitalisatieverzekeringen van VMOB Hospitaal-Plus wordt opgenomen als gevolg van een vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand:

- **in een twee-of meerpersoonskamer**, dan heeft men recht op de tegemoetkoming in de werkelijke kosten binnen de limieten van deze algemene voorwaarden en zoals omschreven in de basiswaarborg, de voor- en nazorg en de bijkomende dekking, bedoeld in artikel 5.a, 5.b. en 5.c van deze algemene voorwaarden;
- **in een eenpersoonskamer**, dan heeft men recht op de tegemoetkoming in de werkelijke kosten binnen de limieten van deze algemene voorwaarden en zoals omschreven in de basiswaarborg, de voor- en nazorg en de bijkomende dekking, bedoeld in artikel 5.a., 5.b. en 5.c van deze algemene voorwaarden, met uitzondering van de kamer- en ereloon-supplementen, die in dit geval niet worden vergoed.

Hospitalisaties als gevolg van een vooraf bestaande zwangerschap worden tijdens de eerste negen maanden van het verzekeringscontract op dezelfde wijze vergoed, dus ingeval van een opname in een eenpersoonskamer met uitsluiting van kamer- en ereloon-supplementen.

De beperking op de waarborg ingeval van een vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand is ook van toepassing wanneer bij de eerste symptomen van de ziekte, aandoening of toestand geen duidelijke diagnose kon worden gesteld.



De notie voorafbestaandheid wordt niet toegepast op de tegemoetkoming van de ambulante zorgen die verstrekt werden in de behandeling van een ernstige ziekte.

2.

Ingeval de verzekerde tot en met de dag voorafgaand aan het aangaan van het verzekeringscontract bij VMOB Hospitaal-Plus was verzekerd bij een gelijkaardige kostendekkende hospitalisatieverzekering van een andere mutualistische entiteit en op voorwaarde dat er tussen beide verzekeringen geen onderbreking is, wordt de periode van vijf jaar (of negen maanden ingeval van zwangerschap) verminderd met het aantal volledige maanden ononderbroken aansluiting bij die voorgaande mutualistische hospitalisatieverzekering.

3.

Indien een hospitalisatie in een eenpersoonskamer voor een vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand aanvangt in het vijfde verzekeringsjaar en verder loopt in het zesde, dan blijft de bovengenoemde uitsluiting van kameren ereloon-supplementen van toepassing. Vanaf het zesde verzekeringsjaar vervalt deze uitsluiting en worden deze vergoed.

4.

De adviserend arts van VMOB Hospitaal-Plus baseert zich bij de beoordeling van voorafbestaandheid op de medische vragenlijst en op het medisch attest dat door de verzekerde werd ingediend, en op alle bijkomende medische gegevens die hij nodig acht om de aanvraag van de verzekerde te beoordelen en via de verzekerde ontvangt.

5.

Het opzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van vooraf bestaande ziekten, aandoeningen of toestanden in de medische vragenlijst, kan door VMOB Hospitaal-Plus worden ingeroepen om de tegemoetkoming te weigeren.

Het onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gege-

vens over de gezondheidstoestand in de medische vragenlijst zal door VMOB Hospitaal-Plus niet ingeroepen worden om een tegemoetkoming te weigeren of te beperken, op voorwaarde dat:

- een termijn van 24 maanden is verstreken vanaf de inwerkingtreding van het verzekeringscontract bij VMOB Hospitaal-Plus;
- deze gegevens betrekking hebben op een ziekte, aandoening of toestand waarvan de symptomen zich op het ogenblik van de inwerkingtreding van het verzekeringscontract bij VMOB Hospitaal-Plus reeds hadden gemanifesteerd maar niet werden gediagnosticeerd binnen diezelfde termijn van 24 maanden.

VMOB Hospitaal-Plus zal het onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens met betrekking tot een ziekte, aandoening of toestand niet inroepen om een tegemoetkoming te weigeren of te beperken wanneer deze ziekte of aandoening zich op het ogenblik van de aansluiting bij VMOB Hospitaal-Plus nog niet op één of andere manier had gemanifesteerd.

6.

De periode van vijf jaar is eveneens van toepassing op de pasgeborene met een aangeboren ziekte, aandoening of handicap wanneer de ouder bij wie de pasgeborene in de verplichte ziekteverzekering ten laste staat, niet minstens negen maanden is verzekerd bij een van de kostendekkende hospitalisatieverzekeringen van Hospitaal-Plus.

Is dit wel het geval, dan worden de opnames van de pasgeborene die het gevolg zijn van een aangeboren ziekte, aandoening of handicap vergoed volgens de regels bepaald in deze algemene voorwaarden, op voorwaarde dat:

- de ouder bij wie de pasgeborene in de verplichte ziekteverzekering ten laste staat, sedert ten minste negen maanden verzekerd is bij Hospitaal-Plus, en
- de pasgeborene bij Hospitaal-Plus verzekerd werd binnen de twee maanden volgend op de geboorte.

De periode van aansluiting bij een voorgaande, aansluitende, gelijkaardige hospitalisatieverzekering van de vorige mutualistische entiteit wordt in mindering van deze negen maanden gebracht.

7.

In afwijking van de vorige paragraaf, wordt het aantal maanden dat men verzekerd was bij Hospitaal-Plus Continuïteit bij een overstap naar Hospitaal-Plus 200 in mindering gebracht van de hogergenoemde periode van 5 jaar (of 9 maanden ingeval van zwangerschap).

7. Vrijstelling

1.

Bij een ziekenhuisopname met verblijf in een twee- of meerpersoonskamer geldt er geen vrijstelling.

Bij een ziekenhuisopname met verblijf in een éénpersoonskamer, met inbegrip van de ambulante zorgen gedurende één maand voor en drie maanden na deze opname, geldt er een vrijstelling van 150 EUR per opname, met een maximum van 300 EUR per verzekeringsjaar, ongeacht het aantal ziekenhuisopnames.

Ingeval van een chirurgische daghospitalisatie in een eenpersoonskamer, wordt er geen vrijstelling toegepast.

2.

Voor een ononderbroken ziekenhuisopname waarvan de eerste dag valt in de laatste vijftien dagen van het ene verzekeringsjaar en het ontslag in de eerste dertig dagen van het navolgende verzekeringsjaar, wordt de vrijstelling slechts één maal toegepast.

Een ziekenhuisopname gedeeltelijk in een éénpersoonskamer en gedeeltelijk in een twee- of meerpersoonskamer wordt geacht in zijn volledigheid een ziekenhuisopname in een éénpersoonskamer te zijn.

8. Grensbedragen

a) Algemene grensbedragen

De tegemoetkomingen in de kosten van de verzekerde worden bij Hospitaal-Plus 100 beperkt tot 15.000 EUR per verzekeringsjaar, terwijl de tegemoetkomingen bij Hospitaal-Plus 200 beperkt worden tot 25.000 EUR per verzekeringsjaar.

b) Specifieke grensbedragen

1.

De tegemoetkoming bij zwangerschap, zwangerschapscomplicatie en bevalling, met inbegrip van voor- en nazorg, wordt bij Hospitaal-Plus 100 beperkt tot 1.500 EUR per zwangerschap.

Bij Hospitaal-Plus 200 is de tegemoetkoming in dergelijke gevallen beperkt tot 2.500 EUR.

De plafonds van 1.500 EUR en 2.500 EUR zitten inbegrepen in de algemene grensbedragen.

2.

De tegemoetkoming in de kosten voor ambulante verzorging van een ernstige ziekte is bij Hospitaal-Plus 100 beperkt tot 5.000 EUR per verzekeringsjaar.

Bij Hospitaal-Plus 200 is de tegemoetkoming in dergelijke gevallen beperkt tot 7.000 EUR.

3.

De tegemoetkoming voor endoscopisch en viscerosynthesemateriaal is bij Hospitaal-Plus 100 en Hospitaal-Plus 200 beperkt tot 1.265 EUR, na aftrek van de wettelijke tegemoetkoming. Dit bedrag is in de algemene grensbedragen begrepen.

4.

In één van de navolgende diensten in een algemeen ziekenhuis, is de tegemoetkoming, met inbegrip van de kosten van voor- en nazorg, beperkt tot 800 EUR per verzekerde per verzekeringsjaar:

- 300 G geriatric en revalidatie

- 340 K neuropsychiatrie voor kinderen
- 370 A neuropsychiatrie (dag en nacht)
- 410 T psychiatrische dienst (dag en nacht)
- 610 S1 cardiopulmonaire aandoeningen
- 620 S2 locomotorische aandoeningen
- 630 S3 neurologische aandoeningen
- 650 S5 chronische polypathologie met verlengde medische zorg
- 660 S6 psychogeriatric zorg
- 690 S9 chronische aandoeningen.

Het voornoemde plafond is inbegrepen in de algemene grensbedragen.

9. Tegemoetkoming bij schadegeval buiten België

De waarborgen van de kostendekkende hospitalisatieverzekeringen van Hospitaal-Plus zijn wereldwijd van toepassing. De tegemoetkoming van de verzekerde voor een schadegeval buiten België wordt bekomen na uitputting van de tegemoetkomingen van de verplichte ziekteverzekering, MUTAS of een andere reisbijstands- of beroepsverzekering.

Net als bij schadegevallen die zich voordoen in België, bedraagt de tegemoetkoming maximaal één maal het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming. Voor schadegevallen in het buitenland is deze tegemoetkoming vastgelegd in een met het betreffende land afgesloten overeenkomst inzake de sociale zekerheid van de loontrekkenden.

Bij gebrek aan dergelijke overeenkomst baseert Hospitaal-Plus haar tegemoetkoming op een fictief bedrag gelijk aan de tegemoetkoming bepaald in de Belgische wetgeving van toepassing op de loontrekkenden.

10. Aanvraag tot tegemoetkoming – verjaringstermijn – medische expertise

1.

De verzekerde moet, zodra mogelijk en in elk geval binnen een termijn van drie jaar, aangifte doen van het schadegeval waarvoor hij een tegemoetkoming wenst te bekomen.

VMOB Hospitaal-Plus kan zich niet beroepen op de vaststelling dat deze termijn om aangifte van het schadegeval niet werd gerespecteerd, indien vaststaat dat de aangifte zo spoedig mogelijk is gebeurd.

2.

Met het oog op de vaststelling van de omstandigheden en de omvang van de schade, maakt de verzekerde zo spoedig mogelijk alle nuttige inlichtingen over aan VMOB Hospitaal-Plus en beantwoordt hij alle vragen die hem hierover worden gesteld.

3.

Met het oog op het bekomen van een tegemoetkoming overeenkomstig deze algemene voorwaarden, vult de verzekerde hiertoe een aanvraagformulier voor tegemoetkoming in en voegt hij een hospitalisatieverslag en een medisch attest toe, ingevuld door de behandelend arts.

In het bijzonder draagt de verzekerde zorg voor:

- het dateren en ondertekenen van het aanvraagformulier;
- het toevoegen van alle originele bewijsstukken, bv. ziekenhuisfacturen, terugbetalingsattesten van de mutualiteit, ontvangstbewijzen van de apotheker,...
- het verifiëren en invullen van het rekeningnummer waarop de tegemoetkoming moet worden betaald.

Indien dit nodig wordt geacht voor de beoordeling van de aanvraag tot tegemoetkoming, kan VMOB Hospitaal-Plus bijkomende bewijsstukken opvragen

bij de verzekerde.

4.

De aanvraag tot tegemoetkoming moet gebeuren binnen een termijn van drie jaar, te rekenen vanaf de dag van het schadegeval, tenzij de verzekerde kan bewijzen slechts op een later tijdstip kennis te hebben gekregen van het schadegeval. Desgevallend begint de verjaringstermijn van drie jaar te lopen op het tijdstip van kennisname van het schadegeval, om in ieder geval vijf jaar na het schadegeval te verstrijken, tenzij er sprake is van bedrog.

De verjaring loopt niet tegen de verzekerde, de begunstigde of de benadeelde die zich door overmacht in de onmogelijkheid bevindt om binnen de voorgeschreven termijn op te treden.

Indien het schadegeval tijdig is aange meld, wordt de verjaring gestuit tot op het ogenblik dat VMOB Hospitaal-Plus aan de verzekerde schriftelijk kennis heeft gegeven van haar beslissing.

5.

De tegemoetkomingen zoals bepaald in deze algemene voorwaarden worden slechts verleend voor zover VMOB Hospitaal-Plus het recht heeft op ieder ogenblik de gezondheidstoestand van de verzekerde door een door haar erkende arts te laten controleren. De door de verzekerde gemandateerde arts geeft de arts gemandateerd door VMOB Hospitaal-Plus, die erom verzoekt, de geneeskundige verklaringen af die voor het uitvoeren van deze overeenkomst nodig zijn.

Bij onenigheid tussen de arts van de verzekerde en deze van VMOB Hospitaal-Plus, zullen de betrokken partijen een derde arts aanwijzen teneinde tot een beslissing te komen. Indien over deze aanwijzing geen akkoord wordt bereikt, zal de keuze gedaan worden door de voorzitter van de Rechtbank van Eerste Aanleg van de woonplaats van de verzekerde. De derde arts zal onherroepelijk beslissen. De kosten voor de aanstelling van de derde arts

en de betaling van zijn honorarium zullen voor de helft door beide partijen gedragen worden.

11. Uitsluitingen

1.

Schadegevallen of kosten die voortvloeien uit volgende gevallen, worden uitgesloten van de dekking door de waarborgen van de hospitalisatieverzekeringen van VMOB Hospitaal-Plus:

- ongevallen of ziekten die niet door medisch onderzoek vastgesteld kunnen worden;
- ongeval of ziekte zonder medisch voorschrift;
- esthetische behandelingen en verjongingskuren, tenzij de kosten van plastische herstelheilkunde als gevolg van ziekte of een gewaarborgd ongeval;
- ziekten of ongevallen in oorzakelijk verband met alcoholintoxicatie, staat van dronkenschap, 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, in vitro fertilisatie (IVF);
- 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 misdad, 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 verminking 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.

2.

Evenmin vergoeden de hospitalisatieverzekeringen van VMOB Hospitaal-Plus:

- alle prestaties en uitgaven waarvoor geen wettelijke RIZIV-tussenkomst voorzien is, tenzij anders bepaald in deze algemene voorwaarden;
- orthopedische zolen, orthopedische schoenen en voetheffers, rolwagens en toebehoren, breukbanden, buikgordels, lumbostaten, ongeacht of er een RIZIV-tussenkomst is;
- niet-geregistreerde verbandmiddelen, hygiëne- en dieetproducten, verplegingsartikelen, reactieven en homeopathische geneesmiddelen.

3.

De hospitalisatieverzekeringen van VMOB Hospitaal-Plus komen niet tegemoet in de kosten voor kuren, behalve indien cumulatief voldaan is aan volgende voorwaarden:

- de behandeling is van therapeutische aard;
- de behandeling wordt verstrekt in een instelling die beantwoordt aan de hiervoor bepaalde voorwaarden;
- VMOB Hospitaal-Plus heeft voorafgaand aan de behandeling schriftelijk haar toestemming gegeven.

Er is geen tegemoetkoming voor tuberculose, tenzij voor een behandeling in een sanatorium.



12. Premies

1.

Wie verzekerd is bij één van de hospitalisatieverzekeringen van VMOB Hospitaal-Plus, betaalt daarvoor een premie. Deze premie is per verzekeringsjaar verschuldigd, maar kan in periodes van 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 VMOB Hospitaal-Plus wordt betaald, is de premiebetaling aan een derde bevrijdend indien deze de betaling effectief heeft gevorderd in het kader van een bijzondere lastgeving tussen de derde en VMOB Hospitaal-Plus.

2.

De verzekeringnemer die ervoor kiest de premie te betalen via overschrijving zal jaarlijks of driemaandelijks een overschrijvingsformulier ontvangen dat hem/haar uitnodigt de verschuldigde jaar- of kwartaalpremie voor het volgende verzekeringsjaar of kwartaal te betalen, dit uiterlijk op de vervaldag.

De verzekeringnemer die ervoor kiest de premie te betalen bij wijze van domiciliëring, zal dit doen per kwartaal of jaarlijks. De betaling is verschuldigd op de jaarlijkse vervaldag of binnen de eerste tien dagen van het kwartaal, afhankelijk van de gekozen betaalwijze en de gekozen periodiciteit van betaling.

3.

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 de eerstvolgende vervaldatum van het contract die 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.

4.

Met uitzondering van de jaarlijkse indexering en na wederzijds akkoord tussen VMOB Hospitaal-Plus 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.

5.

Op 1 januari van elk jaar kan VMOB Hospitaal-Plus de premies aanpassen op basis van de procentuele verhoging/verlaging van de consumptieprijzenindex (CPI) van de maand juli van de twee voorgaande jaren. Het basisjaar van het gebruikte indexcijfer is 2013 (2013 = 100).

De premie kan eveneens aangepast worden op grond van verschillende specifieke indexcijfers die gelden voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204 §3 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (verder “medische index(en)” genoemd). De medische indexen worden één keer per jaar berekend en worden gepubliceerd op de eerste werkdag van de maand juli (basis: 2015 = 100). De aanpassing gebeurt in functie van de procentuele verhoging van de medische index tussen die gepubliceerd het tweede jaar voorafgaand aan het jaar vanaf hetwelk de aangepaste premie van toepassing wordt en die gepubliceerd het jaar voorafgaand dit jaar. De waarborgtypes verbonden aan elk product zijn de volgende:

- Hospitaal-Plus 100: waarborgtype twee- of meerpersoonskamer
- Hospitaal-Plus 200: waarborgtype eenpersoonskamer

6.

Overeenkomstig artikel 204 § 5 van de wet van 4 april 2014 mag VMOB Hospitaal-Plus 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 gewaarborgde prestaties of de evolutie van de gedekte risico's dit vereist.

7.

Voor Hospitaal-Plus 100 en Hospitaal-Plus 200 geldt een premievrijstelling voor kinderen van jonger dan 8 jaar, op voorwaarde dat:

- één van de ouders verzekerd is bij VMOB Hospitaal-Plus;
- het kind verzekerd is bij hetzelfde verzekeringsproduct als de ouder.

De premievrijstelling loopt tot de eerste vervaldag van het contract volgend op de 8ste verjaardag.

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

Hospitaal-Plus 100

Leeftijd	Leeftijd op moment van toetreden						
	0 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 65	66 - 69	70 - 79	80 ≤
0 - 19	€ 2,67	/	/	/	/	/	/
20 - 24	€ 4,69	/	/	/	/	/	/
25 - 29	€ 7,05	/	/	/	/	/	/
30 - 49	€ 10,54	/	/	/	/	/	/
50 - 54	€ 12,77	€ 12,77	/	/	/	/	/
55 - 59	€ 12,77	€ 12,77	€ 12,77	/	/	/	/
60 - 64	€ 12,77	€ 12,77	€ 12,77	€ 19,54	/	/	/
65 - 69	€ 22,57	€ 22,57	€ 22,57	€ 29,33	€ 29,33	/	/
Vanaf 70	€ 32,92	€ 32,92	€ 32,92	€ 39,68	€ 39,68	€ 43,64	€ 47,63

Hospitaal-Plus 200

Leeftijd	Leeftijd op moment van toetreden			
	0 - 49	50 - 54	55 - 59	60 ≤
0 - 19	€ 3,88	/	/	/
20 - 24	€ 6,82	/	/	/
25 - 29	€ 10,24	/	/	/
30 - 49	€ 15,35	/	/	/
50 - 54	€ 18,50	€ 19,44	/	/
55 - 59	€ 18,50	€ 19,44	€ 24,99	/
60 - 64	€ 18,50	€ 19,44	€ 24,99	€ 38,20
65 - 69	€ 32,68	€ 34,32	€ 44,12	€ 61,60
70 ≤	€ 47,68	€ 50,06	€ 54,78	€ 68,96

13. Slotbepalingen

1.

Indien VMOB Hospitaal-Plus tot tegemoetkoming van de door de verzekerde geleden schade is overgegaan, treedt zij ten belope van het bedrag van die tegemoetkoming in de rechten en rechtsvorderingen van de verzekerde tegen de aansprakelijke derden. De verzekerde verbindt zich ertoe deze indeplaatsstelling zo nodig op verzoek van VMOB Hospitaal-Plus schriftelijk te bevestigen.

De schikkingen die de verzekerde desgevallend zou treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar, zonder schriftelijke toestemming van VMOB Hospitaal-Plus, zijn aan deze laatste

niet tegenstelbaar, gelet op de indeplaatsstelling.

VMOB Hospitaal-Plus kan de terugbetaling vorderen van de betaalde tegemoetkoming ten belope van het door haar geleden nadeel, indien de indeplaatsstelling door toedoen van de verzekerde geen gevolg kan hebben. VMOB Hospitaal-Plus draagt er zorg voor dat een indeplaatsstelling de verzekerde die slechts gedeeltelijk vergoed is, niet benadeelt. In dat geval kan de verzekerde zijn rechten uitoefenen voor hetgeen hem nog verschuldigd is, bij voorrang boven VMOB Hospitaal-Plus.

VMOB Hospitaal-Plus heeft geen verhaal op de bloedverwanten in de rechte opgaande of nederdalende lijn, de

echtgenoot en de aanverwanten in de rechte lijn van de verzekerde, noch op de bij hem inwonende personen, zijn gasten en zijn huispersoneel, behoudens kwaad opzet.

2.

De verzekerde is gebonden aan de bepaling in artikel 74 van de wet 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 VMOB Hospitaal-Plus het recht zijn prestatie te verminderen of de dekking te weigeren indien hierdoor een nadeel ontstaat voor de verzekeraar.

De verzekerde verbindt zich ertoe alle brieven – al dan niet aangetekend – en andere correspondentie van VMOB 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.

3.

De verzekeringnemer en de 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 VMOB Hospitaal-Plus;
- VMOB Hospitaal-Plus zo snel mogelijk op de hoogte te brengen wanneer de voorwaarden voor het behoud van het verzekeringscontract niet meer vervuld zijn;
- VMOB Hospitaal-Plus zo snel mogelijk in te lichten over het bestaan van een overeenkomst die een gelijkaardig of identiek risico gedeeltelijk of volledig dekt;
- VMOB Hospitaal-Plus alle gevraagde inlichtingen te bezorgen.

Wanneer de verzekeringnemer en/of de verzekerde deze verplichtingen niet naleeft en deze tekortkoming na een schadegeval een nadeel blijkt op te leveren voor VMOB Hospitaal-Plus, kan deze zijn prestaties dienovereenkomstig verminderen.

De verzekeringnemer en de verzekerde verklaren door het ondertekenen van het verzekeringsvoorstel dat zij VMOB Hospitaal-Plus hun uitdrukkelijke toestemming geven hun persoonlijke en medische gegevens te verzamelen en te verwerken conform de bepalingen van de wet van 30 juli 2018 en de Al-

gemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). VMOB Hospitaal-Plus mag deze gegevens gebruiken voor het sluiten, beheren en uitvoeren van het verzekeringscontract, conform de doelstellingen van dat contract.

VMOB Hospitaal-Plus 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.

4.

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 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen en haar uitvoeringsbesluiten;
- wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering;
- wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen;
- wet van 13 maart 2016 betreffende de toelating tot en de uitoefening van het verzekerings- en herverzekeringsbedrijf;
- de circulaires van de Nationale Bank van België (NBB), de FSMA en me-

dedelingen van de Controledienst voor de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen (CDZ).

5.

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

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

6.

Deze algemene voorwaarden beschrijven de statutaire bepalingen van de verzekeringen van VMOB Hospitaal-Plus zoals die zijn vanaf 1 juli 2019. Bij twijfel of betwisting over de toepassing van deze algemene voorwaarden 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.

