



**Algemene
voorwaarden**

INHOUD

1. Begrippen en definities	3
2. Toetredingsvoorwaarden	4
3. Aanvang, duur en einde van het contract	4
4. Wachtijd	6
5. Verzekeringswaarborg	6
6. Beperking van de waarborg: vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand	7
7. Grensbedragen	7
8. Aanvraag tot tegemoetkoming - verjaringstermijn - medische expertise	7
9. Uitsluitingen	8
10. Premies	9
11. Slotbepalingen	10

1. Begrippen en definities

Daghospitalisatie

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

Gelijkaardige continuïteitsverzekering

Continuïteitsverzekering aangeboden door een andere verzekeraar, hetzij een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand (VMOB), hetzij een privéverzekeraar. Een andere hospitalisatieverzekering is gelijkaardig wanneer premies, jaarplafonds en de eventuele tegemoetkoming gelijkaardig zijn aan die van Hospitaal-Plus Continuïteit. VMOB Hospitaal-Plus beoordeelt of er sprake is van een gelijkaardige continuïteitsverzekering.

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 vervalddag van het contract.

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.

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.

Vervalddag

De jaarlijkse vervalddag 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 te Livornostraat 25 in 1050 Brussel, ondernemingsnummer 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 recht hebbende 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 vervalddag.

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

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

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.

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 geneesheer die gemachtigd is zijn prak-

tijk 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.

Clausule

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 Hospitaal-Plus Continuïteit, 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 de VMOB Hospitaal-Plus;
- in orde zijn met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende diensten;
- een verzekeringscontract voor Hospitaal-Plus Continuïteit hebben afgesloten;
- verzekerd zijn door een groepsverzekering voor hospitalisatie, aangeboden door de werkgever of een andere groepering.

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 Hospitaal-Plus Continuïteit. Hij kan evenwel slechts genieten van de waarborg van deze verzekering 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 Hospitaal-Plus Continuïteit en kan dus niet genieten van de waarborg van deze verzekeringen.

Hij kan zich slechts verzekeren bij Hospitaal-Plus Continuïteit 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:

- 1° 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;
- 2° 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.

2.

De natuurlijke persoon die zich wil verzekeren bij Hospitaal-Plus Continuïteit, moet dit doen vóór de 65ste verjaardag.

3. Aanvang, duur en einde van het contract

a) Aanvang en duur van het contract

1.

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 verzekeren van een pasgeborene of van een adoptiekind jonger dan 3 jaar dat niet vrijgesteld is van wachttijd, begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de geboorte of adoptie, op voorwaarde dat de VMOB het verzekeringsvoorstel ontvangt binnen de twee maanden na de geboorte of adoptie en op voorwaarde dat de startpremie binnen dezelfde periode wordt betaald.

4.

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.

Het verzekeringscontract eindigt van rechtswege zodra de collectieve verzekering via de werkgever stopt. In dit geval moet de overgang naar Hospitaal-Plus 200 binnen een termijn van 30 dagen worden aangevraagd, mits naleving van de voorwaarden zoals bepaald in paragraaf 2.

2.

Het verzekeringscontract eindigt van rechtswege op de leeftijd van 65 jaar. Het is uiterlijk vóór de 65ste verjaardag dat de overgang naar Hospitaal-Plus 200 moet aangevraagd worden. Dit kan zonder wachttijd, maar mits voorlegging van een attest van de werkgever dat bewijst dat de verzekerde op datum van de overgang sinds minstens 6 maanden is verzekerd bij de collectieve verzekering.

Is de wachttijd van 6 maanden bij Hospitaal-Plus Continuïteit niet doorlopen, dan is de overgang naar Hospitaal-Plus 200 mogelijk als er een wachttijd wordt doorlopen die gelijk is aan het aantal maanden dat nog moest vervuld worden.

Als het bewijs van de aansluiting bij de collectieve verzekering ontbreekt, zal de overgang naar Hospitaal-Plus 200 desgevallend zonder wachttijd gebeuren en de premies zullen verhoogd worden op het ogenblik van de overgang.

Ingeval van aansluiting bij Hospitaal-Plus Continuïteit sinds minder dan 1 jaar, zullen de premies ook verhoogd worden voor de transfers vanaf (50 jaar), behalve als deze aansluiting het resultaat was van een overgang van Hospitaal-Plus 200 naar Hospitaal-Plus Continuïteit.

3.

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.

Deze opzegtermijn is niet van toepassing indien men van hospitalisatiedekking verandert binnen VMOB Hospitaal-Plus.

4.1

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.

4.2

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:

- 1° 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;
- 2° gedurende de periode waarin de persoon die 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.

5.

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.

Het verzekeringscontract en de daaraan verbonden dekking eindigt ook van rechtswege ingeval van nietigheid van het verzekeringscontract.

6.

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 aangekende 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 vervaldag van 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 verzekeringsnemer die ontslagen is wegens wanbetaling, zal opnieuw kunnen aansluiten voor zover hij alle verschuldigde premies heeft betaald. Hij zal een nieuwe wachttijd moeten vervullen vooraleer hij opnieuw aanspraak kan maken op tegemoetkomingen door Hospitaal-Plus Continuïteit.

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

4. Wachttijd

a) Algemene wachttijd

De algemene wachttijd voor nieuwe verzekerden bij Hospitaal-Plus Continuïteit bedraagt 6 maanden en gaat in op de startdatum van het contract. VMOB Hospitaal-Plus is gedurende deze wachttijd geen enkele tegemoetkoming verschuldigd.

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

b) Vervallen van de wachttijd

1.

De wachttijd vervalt in volgende gevallen:

- bij ongevallen, op voorwaarde dat ze zich voordoen na de startdatum van het contract;
- bij volgende acute besmettelijke ziekten: rode hond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difterie, kinkhoest, bof, kinderverlamming, hersenvliesontsteking, dysenterie, buik- en paratyfus, vlektyfus, cholera, pokken, malaria, terugkomende koorts, encefalitis, miltvuur en tetanus;

2.

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

- er geen onderbreking is tussen de 2 verzekeringen;
- de betrokken persoon minstens 6 maanden verzekerd was bij de voorgaande continuïteitsverzekering en er de premies voor heeft betaald.

Ingeval de betrokken persoon bij de voorgaande continuïteitsverzekering minder dan 6 maanden was verzekerd, wordt de volledige maanden van de aansluitingsduur in mindering gebracht van de algemene wachttijd.

3.

De algemene wachttijd vervalt voor pasgeborenen of adoptiekinderen jonger dan 3 jaar, op voorwaarde dat:

- een ouder van het kind al minstens 6 maanden bij Hospitaal-Plus Continuïteit is verzekerd, of bij een gelijkaardige voorgaande continuïteitsverzekering;
- het verzekerden plaatsvindt binnen de 2 maanden volgend op de geboorte of de adoptie;

Indien de ouder minder dan 6 maanden verzekerd was bij de voorgaande continuïteitsverzekering, dan wordt de verzekeringsduur in mindering gebracht van de algemene wachttijd.

4.

De wachttijd wordt geschorst ingeval van gevangenschap. Op verzoek van de verzekeringsnemer kunnen de statutaire rechten en verplichtingen geschorst worden. Deze rechten en verplichtingen treden opnieuw in werking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op het verzoek van de verzekeringsnemer om een einde te maken aan deze periode van schorsing, op voorwaarde dat:

- de verzekerde zijn aanvraag indient binnen 90 dagen na het einde van de reden van schorsing;
- de verzekerde zijn premies betaalt binnen 15 dagen na de betalingsuitnodiging door de VMOB.

5. Verzekeringswaarborg

Hospitaal-Plus Continuïteit vergoedt binnen de limieten zoals bepaald in deze algemene voorwaarden de kosten die ten laste blijven van de verzekerde, dit op basis van het gefactureerde bedrag, verminderd met de tegemoetkomingen die de verzekerde heeft ont-

vangen 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;
- de collectieve hospitalisatieverzekeraar.

Hospitaal-Plus Continuïteit voorziet in een tegemoetkoming ingeval van een ziekenhuisopname in België en in het buitenland of een dagopname in België. De tegemoetkoming bedraagt maximaal 10 EUR per opnamedag en kan nooit het saldo overschrijden dat ten laste blijft van de verzekerde na tegemoetkoming door de hospitalisatieverzekering van de werkgever. De terugbetaling wordt berekend op basis van de afrekening van de tegemoetkoming van deze verzekering.

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

De adviserend arts van VMOB Hospitaal-Plus kan, ingeval van een vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand, voor de ziekenhuisopnames die hier rechtstreeks verband mee houden, beslissen om een beperking van de verzekering toe te passen, zijnde de uitsluiting van de kamer- en ereloon-supplementen ingeval van keuze voor een eenpersoonskamer. Deze beperking wordt toegepast bij de overgang achteraf van Hospitaal-Plus Continuïteit naar Hospitaal-Plus 200. Deze be-

perking kan slechts toegepast worden gedurende de eerste 5 jaren van het contract.

7. Grensbedragen

1. Hospitaal-Plus Continuïteit voorziet in een tegemoetkoming ingeval van een ziekenhuisopname in België en in het buitenland of een dagopname in België. De tegemoetkoming bedraagt maximaal 10 EUR per opnamedag en kan nooit het saldo overschrijden dat ten laste blijft van de verzekerde na tegemoetkoming door de collectieve hospitalisatieverzekering van de werkgever.

De terugbetaling wordt berekend op basis van de ziekenhuisfactuur en van de afrekening van de tegemoetkoming van deze collectieve verzekering.

De pre- en post-hospitalisatiekosten met betrekking tot de betrokken ziekenhuisopname worden niet vergoed.

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,
- 320 dagkliniek heelkunde,
- 490 I intensieve verzorgingseenheid.

3. De tegemoetkoming van Hospitaal-Plus Continuïteit is beperkt tot 180 opnamedagen per verzekeringsjaar in één van de volgende ziekenhuisdiensten:

- 300 G geriatrie 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 polyopathie met verlengde medische zorg
- 660 S6 psychogeriatrische zorg
- 690 S9 chronische aandoeningen.

8. Aanvraag tot tegemoetkoming - verjaringstermijn - medische expertise

1. De verzekerde moet, zodra mogelijk en in elk geval binnen een termijn van drie jaar, het origineel of de kopie van de afrekening van de collectieve hospitalisatieverzekering en de ziekenhuisfacturen overmaken aan de VMOB.

De VMOB 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 het origineel of een kopie van de afrekening van de collectieve hospitalisatieverzekering, samen met een kopie van de ziekenhuisfacturen.

In het bijzonder draagt de verzekerde zorg voor:

- het dateren en ondertekenen van het aanvraagformulier;
- het toevoegen van bewijsstukken;
- 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 geneesheer 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.

9. Uitsluitingen

1.

Hospitaal-Plus Continuïteit kan enkel een tegemoetkoming uitbetalen wanneer de collectieve hospitalisatieverzekering van de werknemer een tegemoetkoming vergoedt voor een ziekenhuisopname in België of in het buitenland en voor een daghospitalisatie in België.

Opnamekosten die voortvloeien uit volgende gevallen, worden uitgesloten van de dekking door Hospitaal-Plus Continuïteit:

- 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 herstelheekunde als gevolg van ziekte of een gewaarborgd ongeval;
- ziekten of ongevallen in oorzakelijk verband met alcoholintoxicatie, staat van dronkenschap, gebruik van doping, narcotica of verdoovende 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);
- rellen, burgeroorlogen, alle collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong die al dan niet gepaard gaan met opstand tegen de overheid of elke erkende macht, 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, inclusief de training;
- een opzettelijke daad van de verzekerde, tenzij die bewijst dat hij/zij handelde om personen of goederen te redden. De opzettelijke handeling zal worden weerhouden wanneer de verzekerde wetens en willens gedrag heeft vertoond dat voorzienbare schade heeft veroorzaakt. Het is evenwel niet vereist dat de verzekerde ook de bedoeling had de schade zoals die gebeurde, te berokkenen.
- 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 en met uitsluiting van terrorisme;

- 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 vergoedt Hospitaal-Plus Continuïteit:

- alle prestaties en uitgaven waarvoor geen wettelijke RIZIV-tussenkomst voorzien is, tenzij anders bepaald in deze algemene voorwaarden, als ook de diverse kosten aangerekend door het ziekenhuis;
- 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;
- de pre- en post-hospitalisatiekosten met betrekking tot de ziekenhuisopname, die werd geaccepteerd door de collectieve hospitalisatieverzekeraar via de werkgever of andere groepering, en die na tussenkomst van deze verzekeraar ten laste blijven van de verzekerde.

3.

Hospitaal-Plus Continuïteit komt 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.

10. Premies

1.

Wie verzekerd is bij Hospitaal-Plus Continuïteit, 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 vervalddag.

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 vervalddag 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.

Leeftijdsgestegen verhogingen van de premie gaan in vanaf de eerstvolgende vervalddatum 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 of 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).

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 ge-

waarborgde prestaties of de evolutie van de gedekte risico's dit vereist.

7.

Er geldt een premievrijstelling voor kinderen jonger dan 8 jaar, op voorwaarde dat:

- één van de ouders verzekerd is bij VMOB Hospitaal-Plus;

- het kind en de ouder verzekerd zijn bij Hospitaal-Plus Continuïteit.

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

De maandelijkse premies, geldig vanaf 1 januari 2022, zijn de volgende:

Leeftijd	Leeftijd op moment van toetreden			
	0 - 49	50 - 54	55 - 59	≥ 60
0 - 19	€ 1,07	/	/	/
20 - 25	€ 1,07	/	/	/
26 - 29	€ 2,38	/	/	/
30 - 49	€ 2,38	/	/	/
50 - 54	€ 6,73	€ 7,17	/	/
55 - 59	€ 6,73	€ 7,17	€ 9,78	/
60 en ouder	€ 9,57	€ 11,26	€ 16,32	€ 23,06

11. 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 dienst 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 moge-

lijk 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 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en de Algemene 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 en Europese 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 mededelingen 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 januari 2022. 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.

