



HospiPlan & AmbuPlan • HospiPlus & AmbuPlus • HospiForfait • HospiContinu

POLISVOORWAARDEN 2022



HospiPlan & AmbuPlan, HospiPlus & AmbuPlus, HospiForfait en HospiContinu zijn hospitalisatieverzekeringen van:

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (203)

Verzekeringstussenpersoon van de VMOB HospiPlus erkenningsnummer 2006

Hoogstratenplein 1 te 2800 Mechelen, tel. 015 28 90 90



Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen (235)

Verzekeringstussenpersoon van de VMOB HospiPlus erkenningsnummer 2007

Statieplein 12 te 9300 Aalst, tel. 053 76 99 99

Artikel 1. Definities

Aanvullende verzekering: de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid b) en c), van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, alsook de diensten bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I), georganiseerd door een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds.

Ambulante zorgen: medische zorgen verleend buiten een hospitalisatie.

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

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

Ernstige ziekte: hieronder wordt één van volgende handicaperende, chronisch verlopende ziektes verstaan:

- alle kwaadaardige woekeringen, zoals een carcinoom, leukemie, een uitgebreid melanoom, ziekte van Hodgkin, ziekte van Kahler;
- ziektes die dementie veroorzaken;
- zware chronische aandoeningen van het zenuwstelsel, van het musculair stelsel en van het bindweefsel, zoals Multiple Sclerose, ziekte van Parkinson, ALS, lidmaatverlammingen, spierdystrofie, sclerodermie, sarcoidose, hersenontstekingen;
- nierinsufficiëntie die dialyse vergt;
- vaatziekten die tot lidmaatamputatie leiden;
- transplantatie van grote organen;
- ziekte van Crohn, colitis ulcerosa;
- chronisch handicaperende aandoeningen zoals insuline-afhankelijke diabetes;
- aids;
- mucoviscidose;
- hemofilie;
- niet-alcoholische cirrose.

Gelijkaardige verzekering: elke hospitalisatieverzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die:

- voorziet in een kostendekkende vergoeding en waarvan de terugbetaling van de supplementen in een één- en twee- of meerpersoonskamer vergelijkbaar is met de verzekering HospiPlan of HospiPlus, of

- voorziet in een forfaitaire vergoeding per verpleegdag vergelijkbaar met de verzekering HospiForfait, of
- voorziet in een vergoeding van de kosten van ambulante zorgen en geneesmiddelen ingevolge een ernstige ziekte en die vergelijkbaar is met de aanvullende waarborg AmbuPlan of AmbuPlus, of
- aan HospiContinu gelijkaardige waarborgen biedt.

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

Gerechtigde: de natuurlijke persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voortvloeien of kunnen voortvloeien en die in die hoedanigheid bij een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds is ingeschreven.

Hospitalisatie: iedere noodzakelijke medische opname in één van de volgende diensten van een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd, alsook iedere daghospitalisatie:

- 19 dienst niet-intensieve neonatale verzorging,
- 20 dienst voor behandeling van de tbc,
- 21 dienst voor diagnose en heelkundige behandeling,
- 22 dienst voor diagnose en medische behandeling,
- 23 dienst voor kindergeneeskunde,
- 24 dienst voor gewone ziekenhuisverpleging,
- 25 dienst voor besmettelijke ziekten,
- 26 kraamdienst of kraamkliniek,
- 27 dienst voor vroeggeborenen en zwakke pasgeborenen,
- 29 eenheid voor behandeling van zware brandwonden,
- 30 dienst voor geriatrie,
- 34 dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst),
- 37 dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst),
- 41 psychiatrische dienst (T-dienst),
- 49 dienst voor intensieve zorgen,
- 61 cardiopulmonaire aandoeningen,
- 62 locomotorische aandoeningen,
- 63 neurologische aandoeningen,
- 64 chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn,
- 65 chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn,
- 66 psychogeriatrische aandoeningen,
- 69 chronische aandoeningen,
- gipskamer.



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

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

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

Het implantaat wordt op chirurgische of medische wijze in het menselijk lichaam of in een natuurlijke opening geheel of gedeeltelijk geïmplantéerd of het vervangt een deel van het epitheelweefsel. Het implantaat is bestemd om na de ingreep gedurende tenminste 30 dagen geïmplantéerd te blijven. Het is enkel te verwijderen door een chirurgische ingreep of medische handeling.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Verzekeraar: de VMOB HospiPlus, met maatschappelijke zetel te Statieplein 12, 9300 Aalst, ondernemingsnummer BE0471.458.404., verzekeringsmaatschappij toegelaten door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen onder het nummer 250/01 om ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen aan te bieden, alsook om, op bijkomende wijze, risico's te dekken die behoren tot de hulpverlening zoals bedoeld in tak 18 van bijlage 1 van voornoemd koninklijk besluit.

De VMOB HospiPlus is onderworpen aan de bepalingen van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen en de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen.

Verzekerde: het lid van het mutualistisch gezin op wie het risico rust en die de begunstigde is van de verzekeringsovereenkomst.

Verzekeringnemer: de gerechtigde van het mutualistisch gezin die de verzekeringsovereenkomst heeft onderschreven voor eigen rekening en/of voor rekening

van de verzekerden en die gehouden is tot betaling van de premies.

In geval van feitelijke scheiding kan ook de echtgeno(o)t(e) van de gerechtigde die nog ingeschreven staat als persoon ten laste een verzekeringsovereenkomst onderschrijven wanneer hij/zij hier schriftelijk om vraagt.

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

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

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

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

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

Wettelijke tegemoetkoming:

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

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

Ziekenhuis: een instelling die wettelijk erkend is als

ziekenhuis volgens artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, of als psychiatrisch ziekenhuis volgens artikel 3 van voornoemde wet.

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

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

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

Zwangerschapsverwickelingen: hieronder worden volgende aandoeningen en behandelingen verstaan: gestosen, placenta-aandoeningen, miskraam, zwangerschapsinstandhoudende ingrepen, ectopische zwangerschap, baarmoedercuretfrage ingevolge zwangerschap en embryotomie.

Artikel 2. Doel

De hospitalisatieverzekeringen **HospiPlan** en **HospiPlus** komen tegemoet in de kosten van hospitalisatie en ambulante zorgen en geneesmiddelen voorafgaand en volgend op een hospitalisatie.

De hospitalisatieverzekeringen **AmbuPlan** en **AmbuPlus** komen tegemoet in de kosten van ambulante zorgen en geneesmiddelen die rechtstreeks verband houden met een ernstige ziekte en die aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming. Deze verzekeringen zijn een aanvullende waarborg op de verzekeringen HospiPlan en HospiPlus en kunnen nooit afzonderlijk afgesloten worden.

De hospitalisatieverzekering **HospiForfait** komt tegemoet in de kosten van hospitalisatie door middel van toekenning van een forfaitaire vergoeding per verpleegdag.

De hospitalisatieverzekering **HospiContinu** komt tegemoet in de kosten van hospitalisatie en garandeert in geval van verlies van de voordelen van een groepshospitalisatieverzekering via de werkgever, aan de verzekerde een overstap naar de kostendekkende verzekeringen HospiPlan of HospiPlus zonder bijkomende medische formaliteiten, nieuwe beperkingen of wachttijd.

Artikel 3. Verplichtingen bij onderschrijving van, of toetreding tot, de verzekering

Om als verzekeringnemer en/of verzekerde aanvaard te kunnen worden, moet hij/zij:

- als gerechtigde of persoon ten laste ingeschreven zijn;
- in regel zijn met de bijdragen voor de aanvullende verzekering van een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds en niet ontheven zijn van de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van die verzekering, of in voorkomend geval, in regel zijn met de bijdragen voor de aanvullende verzekering sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2^{quater}, derde lid, van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, §§ 2 en 3, artikel 14, § 3, en artikel 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen;
- een behoefteanalysefiche, verzekeringsvoorstel en medische vragenlijst invullen en ondertekenen;
- in geval van keuze voor de aanvullende waarborg AmbuPlan, eveneens de kostendekkende verzekering HospiPlan onderschreven hebben of ertoe zijn toegetreden;
- in geval van keuze voor de aanvullende waarborg AmbuPlus, eveneens de kostendekkende verzekering HospiPlus onderschreven hebben of ertoe zijn toegetreden;
- in geval van keuze voor de verzekering HospiForfait eveneens jonger zijn dan 65 jaar. De personen die ouder zijn dan 65 jaar kunnen nog aanvaard worden als verzekerde op voorwaarde dat zij tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst een gelijkaardige verzekering hadden;
- in geval van keuze voor de verzekering HospiContinu eveneens jonger zijn dan 65 jaar voor wat de verzekeringnemer betreft, en gedekt worden door een groepshospitalisatieverzekering die via een werkgever in zijn/haar hoofde werd gesloten.

In uitzondering op bovenstaande alinea moet er voor de verzekering HospiForfait geen medische vragenlijst ingevuld worden.

Indien de kandidaat-verzekerde een persoon ten laste is, mogen bovenvermelde documenten ingevuld en ondertekend worden door de verzekeringnemer.

Pasgeborenen en adoptiekinderen jonger dan 18 jaar kunnen op eenvoudig verzoek van de verzekeringnemer, en zonder verdere formaliteiten, tot een bestaande verzekeringsovereenkomst toetreden. In geval van keuze voor de aanvullende waarborg AmbuPlan of AmbuPlus, kan het voorgaande slechts mits zij ook toetreden tot de desbetreffende verzekering HospiPlan of HospiPlus van de verzekeringnemer.

Kandidaat-verzekerden die muteren en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst een gelijkaardige verzekering hadden, moeten geen medische vragenlijst invullen en ondertekenen. De medische vragenlijst mag op het ogenblik van inwerkingtreding van, of toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst niet ouder zijn dan 90 dagen.

Artikel 4. Aanvaarding en inwerkingtreding van de verzekering

Mits alle verplichtingen van artikel 3 werden nageleefd, aanvaardt de verzekeraar de vraag tot onderschrijving van, of toetreding tot, de verzekering:

- zonder beperking van de tegemoetkoming;
- met een beperking van de tegemoetkoming ingevolge een bestaande aandoening gedurende minimum 5 jaar; de beperkingen worden uitdrukkelijk opgenomen in de Bijzondere Voorwaarden en kunnen na afloop van 5 jaar opnieuw geëvalueerd worden op basis van een nieuw en actueel medisch verslag.

In afwijking op voorgaande alinea, aanvaardt de verzekeraar, mits alle verplichtingen van artikel 3 werden nageleefd, de vraag tot onderschrijving van, of toetreding tot:

- de aanvullende waarborg AmbuPlan of AmbuPlus met of zonder uitsluiting van een bestaande aandoening;
- de verzekering HospiForfait altijd zonder beperking of uitsluiting.

De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, doch nooit vóór de 1ste van de maand volgend op de ontvangst van de volledig ingevulde behoefteanalysefiche, het volledig ingevuld verzekeringsvoorstel en in voorkomend geval de medische vragenlijst. De verzekeraar is tot geen enkele prestatie gehouden vóór de inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst. Dezelfde regels zijn van toepassing wanneer een verzekerde toetreedt tot een bestaande verzekeringsovereenkomst.

In afwijking van deze algemene bepaling treedt een pasgeborene of een adoptiekind jonger dan 18 jaar toe tot een bestaande verzekeringsovereenkomst vanaf de geboorte- of adoptiedatum.

De dekking van de verzekeringsovereenkomst neemt pas een aanvang ten vroegste na betaling van de 1ste premie.

Artikel 5. Duur van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

Artikel 6. Einde van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst neemt een einde in de hierna opgesomde gevallen.

- Bij overlijden van de verzekeringnemer wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd vanaf de eerste dag van de maand volgend op het overlijden van de verzekeringnemer. De overblijvende verzekerden die gedekt werden door deze overeenkomst kunnen genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 7 van deze Algemene Voorwaarden.
- Bij overlijden van de verzekerde wordt de verzekeringsovereenkomst in zijn/haar hoofde beëindigd vanaf de eerste dag van de maand volgend op het overlijden van de verzekerde.

- Indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde niet langer aangesloten is bij de aanvullende verzekering van een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd vanaf de eerste dag van de maand na stopzetting van de aansluiting.
- Indien de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering in hoofde van de verzekeringnemer en zijn/haar verzekerden wordt opgeheven, wordt de verzekeringsovereenkomst in hoofde van alle verzekerden beëindigd vanaf de eerste dag van de maand na de opheffing.
- Indien de verzekeringnemer, die sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2^{quater}, derde lid, van hoger genoemd koninklijk besluit van 7 maart 1991, 6 maanden achterstal kent in de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering wordt de verzekeringsovereenkomst in hoofde van alle via deze overeenkomst verzekerde personen beëindigd op het einde van de zesde maand van wanbetaling. De periode van 6 maanden wordt opgeschort:
 - o gedurende de periode tijdens dewelke de verzekeringnemer, van wie de mogelijkheid om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, is opgeheven en die begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, door de wet verhinderd is te betalen omdat hij/zij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt;
 - o gedurende de periode tijdens dewelke de verzekeringnemer, van wie de mogelijkheid om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, is opgeheven en die begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, de hoedanigheid van gerechtigde heeft verloren en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering.
- Indien een verzekerde de hoedanigheid van persoon ten laste ten aanzien van de verzekeringnemer verliest, wordt de verzekeringsovereenkomst in hoofde van deze verzekerde beëindigd vanaf de eerste dag van de maand volgend op de kennisname door de verzekeraar van het verlies van hoedanigheid. De verzekerde kan genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 7 van deze Algemene Voorwaarden.
- Wanneer de verzekeringnemer de hoedanigheid van gerechtigde verliest, wordt de verzekeringsovereenkomst van de verzekeringnemer en eventuele andere verzekerden beëindigd vanaf de eerste dag van de maand volgend op de kennisname door de verzekeraar van het verlies van hoedanigheid. De verzekeringnemer en de verzekerden kunnen genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 7 van deze Algemene Voorwaarden.
- In geval van niet-betaling van de premie op de jaarlijkse vervaldag wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd volgens artikel 8 van deze Algemene Voorwaarden.
- De verzekeringsovereenkomst kan maandelijks opgezegd worden door de verzekeringnemer via een aangetekend schrijven, een deurwaardersexploot of door afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs. De opzegtermijn bedraagt één maand en gaat in op de eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst van het verzoek tot stopzetting; de postdatum geldt als bewijs.

- De verzekeringnemer en de verzekeraar kunnen de verzekeringsovereenkomst zonder boete en zonder motivering schriftelijk, per gewone brief, binnen 14 kalenderdagen herroepen. De verzekeringnemer stuurt deze brief naar VMOB HospiPlus, Statieplein 12, 9300 Aalst. De termijn van 14 dagen loopt vanaf de dag waarop de verzekeraar aan de verzekeringnemer heeft meegedeeld dat de overeenkomst gesloten is of vanaf de dag waarop de verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst en de precontractuele informatiefiche heeft ontvangen, indien dit later zou zijn. De opzegging die uitgaat van de verzekeringnemer treedt in werking op het ogenblik van de kennisgeving; deze die uitgaat van de verzekeraar 8 dagen na de kennisgeving ervan.
- De verzekeringsovereenkomst AmbuPlan wordt van rechtswege beëindigd op het ogenblik van stopzetting van de verzekering HospiPlan; hetzelfde geldt voor de verzekering AmbuPlus in geval van stopzetting van de verzekering HospiPlus.
- De verzekeringsovereenkomst HospiContinu eindigt van rechtswege op het einde van de maand waarin de verzekeringnemer 67 jaar wordt of in geval van verlies van dekking van de groepshospitalisatieverzekering afgesloten via de werkgever in hoofde van de verzekeringnemer. De verzekeringnemer en/of de verzekerde kan op dat ogenblik overgaan naar de verzekering HospiPlan of HospiPlus van de verzekeraar.

De verzekeraar is gehouden tot vergoeding van de kosten, zoals omschreven in de specifieke waarborgformules:

- voor elke hospitalisatie die een aanvang nam voor het einde van de verzekeringsovereenkomst, en
- voor de ambulante zorgen en geneesmiddelen ingevolge een ernstige ziekte die effectief gerealiseerd waren op datum van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst.

Artikel 7. Wijzigingen in het mutualistisch gezin

De verzekeringnemer en/of de verzekerde verbinden zich ertoe om elke wijziging van samenstelling van het mutualistisch gezin schriftelijk te melden aan de verzekeraar binnen de 30 dagen na wijziging.

Onder wijzigingen in het mutualistisch gezin wordt verstaan:

- het overlijden van de verzekeringnemer of een verzekerde;
- het verlies van hoedanigheid van persoon ten laste in hoofde van een verzekerde;
- het verlies van hoedanigheid van gerechtigde in hoofde van de verzekeringnemer;
- de toevoeging van een persoon ten laste aan het gezin.

Bij wijziging in het mutualistisch gezin heeft de verzekerde, die het voordeel van de verzekeringsovereenkomst verliest overeenkomstig artikel 6 van deze Algemene Voorwaarden, het recht om de overeenkomst voort te zetten, op voorwaarde dat:

- de verzekerde aangesloten is bij één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen;
- de verzekerde eveneens gedekt is (blijft) door de verzekering HospiPlan (enkel in geval van AmbuPlan) of HospiPlus (enkel in geval van AmbuPlus);

- de verzekerde eveneens gedekt is door een groepshospitalisatieverzekering via een werkgever (enkel in geval van HospiContinu).

Het aanbod tot voortzetting wordt door de verzekeraar binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf het ogenblik dat de verzekeraar kennis neemt van de wijziging, overgemaakt aan de verzekerde. De verzekerde heeft een termijn van 60 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van het aanbod tot voortzetting, om het aanbod schriftelijk te aanvaarden.

In geval van aanvaarding treedt de verzekeringsovereenkomst in werking vanaf de eerste van de maand volgend op het verlies van het voordeel van de vorige verzekeringsovereenkomst.

Indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde zich niet houden aan de bovenvermelde voorwaarden, vervalt het recht op voortzetting voor de verzekerde.

Artikel 8. Premie

De premie voor alle verzekerden samen, is verschuldigd door de verzekeringnemer op de jaarlijkse vervalddag, volgens de overeengekomen periodiciteit.

De premie is betaalbaar bij de aanbidding van de prenotificatie (= betaling via domiciliëring) of het verzoek om betaling (= betaling via overschrijving) dat wordt verstuurd door de verzekeraar naar het laatst gekend adres van de verzekeringnemer.

De premie wordt berekend rekening houdende met de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van inwerking-treding van, of toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst én in functie van de leeftijdscategorie waartoe de verzekerde behoort op 31 december van het verzekeringsjaar waarop de premie betrekking heeft.

Indien er door een verzekeringsovereenkomst meer dan 3 kinderen verzekerd worden, moet er vanaf het 4^{de} en jongste kind geen premie meer betaald worden.

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

Voor pasgeborenen en adoptiekinderen jonger dan 18 jaar die vanaf geboortedatum of adoptiedatum toetreden tot een bestaande verzekeringsovereenkomst is de premie slechts verschuldigd vanaf de 1^{ste} van de maand volgend op voornoemde data.

Niet-betaling van de premie op de vervalddag levert grond op tot opzegging van de verzekeringsovereenkomst mits de verzekeringnemer in gebreke is gesteld via een aangekend schrijven. In deze brief wordt de verzekeringnemer aangemaand de premie te betalen binnen een termijn die niet korter is dan 15 dagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de afgifte van de aangetekende brief, en wordt deze herinnerd aan de gevolgen van niet-betaling. De opzegging van de verzekeringsovereenkomst wegens niet-betaling van de premie gaat in vanaf de datum voorzien in het aangetekend schrijven.

De premies mogen op de jaarlijkse vervalddag van de verzekeringsovereenkomst aangepast worden aan de specifieke leeftijdsgebonden medische index voor een twee- en meerpersoonskamer (HospiPlan & AmbuPlan), voor een eenpersoonskamer (HospiPlus & AmbuPlus) of ambulante zorg (AmbuPlan of AmbuPlus) welke geldt voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten, zoals vermeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014, of aan het indexcijfer der consumptieprijsen indien deze index hoger ligt. Voor de verzekeringen HospiForfait en HospiContinu worden de premies aangepast aan het indexcijfer der consumptieprijsen. De aanpassing aan de consumptieprijsindex gebeurt op 1 januari van het jaar N op basis van de evolutie van de index tijdens de periode vanaf de maand december van het jaar N-3 tot de maand december van het jaar N-2.

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

Artikel 9. Wachtijd

Het recht op tegemoetkoming gaat in na een wachtijd van 3 maanden. In afwijking op deze algemene wachtijd van 3 maanden bestaat er voor medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken een bijzondere wachtijd van 12 maanden.

De algemene wachtijd van 3 maanden is niet van toepassing voor:

- pasgeborenen of adoptiekinderen jonger dan 18 jaar die toetreden tot een bestaande verzekeringsovereenkomst, op voorwaarde dat de verzekeringnemer al minimum 3 maanden gedekt is door deze overeenkomst;
- hospitalisaties die het gevolg zijn van een ongeval dat zich na de inwerking-treding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst heeft voorgedaan;
- alle acute, levensbedreigende infectieziekten die de verzekerde hebben getroffen na de inwerking-treding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst en die niet door eenvoudige en algemeen erkende vaccinaties kunnen vermeden worden (of optreden vóór de normale vaccinatietijd).

Voor verzekerden die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerking-treding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst gedekt werden door een gelijkaardige verzekering of een commerciële hospitalisatieverzekering die een met de desbetreffende verzekering van de verzekeraar vergelijkbare dekking biedt, wordt de wachtijd verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door die verzekering. Het bewijs van dekking wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken verzekeringsmaatschappij.

Artikel 10. Uitsluitingen

De verzekeringen HospiPlan, AmbuPlan, HospiPlus, AmbuPlus en HospiForfait vergoeden geen kosten of hospitalisaties:

- ten gevolge van oorlogsfeiten en burgeroorlog;

- die het gevolg zijn van burgerlijke onlusten of oproer, rellen of andere collectieve gewelddaden, mits de verzekerde er vrijwillig aan deelnam;
- ten gevolge van opzettelijke daden, inclusief zelfmoord of poging tot zelfmoord, of vrijwillige verminking van de verzekerde;
- die het gevolg zijn van roekeloze handelingen, vechtpartijen of weddenschappen;
- ten gevolge van radioactieve stralingen of uitwerking van radioactieve afvalstoffen; bestralingen ingevolge een medische behandeling worden wel vergoed door de verzekeraar;
- die het gevolg zijn van dronkenschap, alcoholisme of alcoholintoxicatie van de verzekerde, of van het misbruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs;
- die betrekking hebben op een louter esthetische behandeling of verzorging, plastische heelkunde, verjongingskuren, comfortbehandelingen of behandelingen die de contouren van het lichaam wijzigen;
- ten gevolge van verzorging en behandelingen van kaakbeen- en tandoandoeningen, inclusief tandkronen, stiften, tandprothesen, tandimplantaten, kaakbeenontsteking, tandopvulling en orthodontie;
- ten gevolge van volgende behandelingen, evenals de gevolgen en de verwickelingen ervan: wegname van vetweefsels, abdominoplastie, vergroting -met of zonder implantaat- van de borsten, borstreconstructie, oorstandcorrectie, neusvormwijziging, haarimplantatie, lifting, verwijderen van rimpels, tatoeëring en plaatsing van een piercing, peeling, heelkundige of mechanische behandeling van obesitas waarvoor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen geen tussenkomst voorziet, anticonceptieve behandeling en abortus;
- die voortvloeien uit de beoefening van eender welke sport als betaalde activiteit, inclusief trainingen, of uit de vrijetijdsbeoefening van volgende gevaarlijke sporten: luchtvaartsporten (zoals onder meer deltavliegen, valschermspringen, zweefvliegen), wintersporten (zoals onder meer schansspringen, bobslee, skeleton, rodelen, skiën of snowboarden buiten de piste), gemotoriseerde sporten, alpinisme, steeplechase, benji, duiken met aqualong en speleologie;
- die voortvloeien uit ongevallen die plaats hebben bij luchtvervoer, behalve indien de verzekerde passagier is en tijdens de vlucht geen enkele beroeps- of andere activiteit verricht in verband met het toestel of de vlucht;
- die verband houden met een verblijf in een instelling die niet valt onder het begrip ziekenhuis;
- die zich voordeden of een aanvang namen vóór de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst of tijdens de wachttijd;
- die betrekking hebben op een alternatieve of niet-conventionele geneeskundige behandeling, zoals bijvoorbeeld acupunctuur, homeopathie, chiropraxie, osteopathie en fytotherapie.

De verzekeringen HospiPlan en HospiPlus dekken evenmin kosten:

- die betrekking hebben op drank, gebruik van telefoon en TV;
- voor het funerarium;
- die betrekking hebben op orthopedische zolen, loopzolen, orthopedische schoenen en voetheffers, rolwagens en toebehoren, breukbanden, buik gordels, of lumbostaten, brillen, contactlenzen, zichtcorrecties,

- verbanden, incontinentiemateriaal, beugels, oogprothesen, inwendige en uitwendige hoorapparaten en halssteunen;
- die betrekking hebben op producten voor hygiëne- en lichaamsverzorging, voor dieet- en voedingsproducten, zoals vitamines of andere voedingssupplementen, babyproducten, thermometer;
- die verband houden met sanitair materiaal;
- voor psychologische raadplegingen en therapieën, ergotherapeutische raadplegingen en dieetconsultaties waarvoor er geen tussenkomst is vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- kosten voor vaccinaties;
- kosten die verband houden met een medische opname op een dienst die niet wordt opgesomd onder het begrip hospitalisatie.

De verzekeringen AmbuPlan en AmbuPlus voorzien geen vergoeding voor de kosten van ambulante zorgen en geneesmiddelen die verband houden met een ernstige ziekte welke te beschouwen is als een bestaande aandoening.

In het kader van de verzekering HospiContinu kent de verzekeraar geen vergoeding toe voor een hospitalisatie die niet wordt gedekt door de groepsverzekering afgesloten via de werkgever in hoofde van de verzekerde of die een aanvang nam tijdens de wachttijd.

Artikel 11. Schadeaangifte

De verzekerde is verplicht tijdig, en zo snel als redelijkerwijze mogelijk, aangifte te doen van de hospitalisatie en dit uiterlijk 3 jaar na het einde van de maand waarin de hospitalisatie plaatsvond.

Aangifte hospitalisatie in het kader van de verzekeringen HospiPlan en HospiPlus:

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

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



Bij keuze voor een eenpersoonskamer kan enkel en alleen aangifte gedaan worden via het hiervoor genoemde schadeaangifteformulier indien men verzekerd is in de formule HospiPlan & AmbuPlan of HospiPlan.

De kosten van de ambulante zorgen voorafgaand en volgend op de hospitalisatie indien men verzekerd is in de formule HospiPlus & AmbuPlus of HospiPlus kunnen enkel aangegeven worden via het hiervoor genoemde schadeaangifteformulier.

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

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

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

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

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

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

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

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

De tegemoetkoming wordt in dit geval terugbetaald na voorlegging van de originele facturen. De verzekeraar kan bijkomende bewijsstukken eisen indien hij dit nodig acht.

Aangifte hospitalisatie in het kader van de verzekering HospiContinu:

De tegemoetkoming wordt door de verzekeraar uitbetaald na voorlegging van het ingevuld schadeaangifteformulier.

Aangifte verpleegdagen ingevolge hospitalisatie in het kader van de verzekering HospiForfait:

De aangifte gebeurt schriftelijk aan de hand van het door de verzekeraar ter beschikking gestelde schadeaangifteformulier. De tegemoetkoming wordt in dit geval uitbetaald na voorlegging van de originele hospitalisatiefactuur. De verzekeraar kan bijkomende bewijsstukken eisen indien hij dit nodig acht.

Aangifte ambulante zorgen en geneesmiddelen in het kader van de waarborg pre- en posthospitalisatie van de verzekering HospiPlus en de verzekeringen AmbuPlan en AmbuPlus:

De ambulante zorgen en geneesmiddelen worden terugbetaald na voorlegging van volgende bewijsstukken:

- de originele facturen en betalingsbewijzen;
- de afrekening van de terugbetalingen van het ziekenfonds met de vermelding van de identiteit van

de verzekerde, de betaalde som, het codenummer van de prestatie (zoals voorzien in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen) en de prestatiedatum;

- het 'Attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering', afgeleverd en naar behoren ingevuld door de apotheker.

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

Artikel 12. Prestaties en terugbetalingsmodaliteiten

De tegemoetkomingen worden door de verzekeraar uitbetaald aan de verzekerde op het bankrekeningnummer dat door de verzekeringnemer op het verzekeringsvoorstel werd opgegeven of dat op het schade-aangifteformulier werd vermeld.

In geval van overlijden van de verzekerde zal de door de verzekeraar verschuldigde tegemoetkoming gestort worden op rekening van de notaris, aangeduid voor de vereffening van de erfenis. De tegemoetkoming kan ook onmiddellijk uitgekeerd worden op rekening van één van de wettelijke erfgenamen mits voorlegging van de akte van erfopvolging en een gelegaliseerde volmacht van alle wettelijke erfgenamen. Wanneer de kosten al betaald werden, wordt de tegemoetkoming uitbetaald aan de persoon die het bewijs van betaling levert.

De verzekeringen HospiForfait en HospiContinu uitgezonderd, worden volgende tegemoetkomingen in mindering gebracht van de tegemoetkoming waarop de verzekerde volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft:

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

Artikel 13. Minnelijke Medische Expertise

Een meningsverschil over een kwestie van medische aard kan, met het akkoord van de verzekeraar en de verzekerde, beslecht worden door een Minnelijke Medische Expertise. De verzekeraar en de verzekerde duiden elk een arts aan; bij gebrek aan akkoord tussen beide artsen wordt bij gemeen overleg tussen hen een derde arts aangesteld of, bij ontstentenis hiervan, door de Voorzitter van de Rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de verzekerde op verzoek van de meest gerede partij. De beslissing van deze derde arts is bindend. Elke partij betaalt de honoraria en kosten van zijn arts. De honoraria en kosten van de derde arts, alsook de kosten van diens aanwijzing en de bijkomende onderzoekskosten worden gelijk verdeeld. Dit artikel is niet van toepassing op de verzekeringsformules HospiForfait en HospiContinu.

Artikel 14. Onterechte betalingen en subrogatie

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

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

Indien door toedoen van de verzekerde de subrogatie geen gevolg kan hebben ten voordele van de verzekeraar, kan deze van hem de terugbetaling vorderen van de betaalde tussenkomen in de mate van het geleden nadeel. Rekening houdende met voorgaande bepalingen is de verzekerde ertoe gehouden de identiteit van de aansprakelijke derden onverwijld mee te delen aan de verzekeraar.

Subrogatie is weliswaar niet mogelijk als de aansprakelijke derden eerste lijn of de echtgeno(o)t(e) van de verzekerde zijn, noch als zij de bij hem inwonende personen, zijn gasten of zijn huispersoneel zijn, tenzij er sprake is van kwaad opzet of hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een verzekeringsovereenkomst is gedekt.

Subrogatie is evenmin mogelijk in het kader van de verzekeringen AmbuPlan en AmbuPlus.

Artikel 15. Sancties

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

Artikel 16. Communicatie en briefwisseling

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

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

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

Artikel 17. Toepasselijk recht en bevoegde rechtbanken

De geschillen betreffende de interpretatie en de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst vallen onder de uitsluitende bevoegdheid van de rechtbanken van het gerechtelijk arrondissement Oost-Vlaanderen. De Belgische wet is van toepassing op deze overeenkomst.

Artikel 18. Klachtenregeling

Indien de verzekeringnemer of de verzekerde een klacht heeft over de verzekeringsovereenkomst of de uitvoering ervan, kan hij/zij die per brief overmaken aan de verzekeraar of via mail: klachten@hospiplus.be.

De klacht kan eveneens voorgelegd worden aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûssquare 35 te 1000 Brussel, www.ombudsman.as of via mail: info@ombudsman.as.

Een klacht indienen, ontnemt de verzekeringnemer of de verzekerde niet de mogelijkheid een gerechtelijke procedure in te leiden.

Artikel 19. Gegevensbescherming

De verzekeraar is verantwoordelijk voor de verwerking van persoonsgegevens van (potentiële) verzekeringnemers en/of verzekerden, en heeft de doeleinden van de verwerking, alsook de rechten die aan de verwerking gekoppeld zijn, vastgelegd in haar privacyverklaring.

De privacyverklaring is raadpleegbaar via www.hospiplus.be of kan schriftelijk opgevraagd worden aan de verzekeraar via info@hospiplus.be.

De verzekeringnemer en/of de verzekerde die zijn/haar rechten in verband met de verwerking van zijn/haar persoonsgegevens wenst uit te oefenen, kan de functionaris voor gegevensbescherming van de verzekeraar contacteren door een schriftelijke, gedateerde en ondertekende aanvraag te richten aan VMOB HospiPlus, Statieplein 12, 9300 Aalst. Bij de aanvraag voegt de verzekeringnemer en/of de verzekerde een kopie van de voor- en achterkant van zijn/haar identiteitskaart toe.

De verzekeringnemer en/of de verzekerde worden uiterlijk 1 maand na ontvangst van het verzoek tot uitoefening van zijn/haar rechten, door de verzekeraar, en in het bijzonder door de functionaris voor gegevensbescherming, geïnformeerd over de genomen stappen en maatregelen.

Andere vragen, opmerkingen of klachten in verband met de verwerking van de persoonsgegevens worden eveneens gericht aan de functionaris voor gegevensbescherming van HospiPlus:

- postadres: VMOB HospiPlus, Statieplein 12, 9300 Aalst;
- e-mailadres: privacy@hospiplus.be.

De verzekeringnemer en/of verzekerde die niet tevreden is met de behandeling van zijn/haar verzoek of klacht door de verzekeraar, kan hierover schriftelijk een klacht neerleggen bij de gegevensbeschermingsautoriteit (post: Drukpersstraat 35, 1000 Brussel of per e-mail: contact@apd-gba.be).

A. Waarborg hospitalisatie

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

- de remgelden;
- de kamersupplementen, met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer, beperkt tot € 60 per dag;
- de farmaceutische producten;
- de erelonen en ereloonsupplementen, beperkt tot 100 % boven de door de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voorziene bedragen;
- de kosten voor endoscopisch- en viscerosynthesemateriaal, de vergoedbare en niet-vergoedbare implantaten en therapeutische prothesen, orthopedische apparaten, de parafarmaceutische producten en de diverse medische kosten voor zover deze geplaatst of gebruikt worden tijdens de hospitalisatie en in rechtstreeks verband staan met de chirurgische ingreep, beperkt tot € 3.000 per verzekeringsjaar;
- de medisch noodzakelijke tandextracties uitgevoerd onder algemene verdoving;
- de prestaties waarvoor de officiële nomenclatuur niet tussenkomt, beperkt tot € 500 per verzekeringsjaar;
- de verblijfkosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan 19 jaar, van de begeleider van een gehandicapt persoon, van een afhankelijk persoon wanneer de begeleider wordt gehospitaliseerd (rooming-in), met een maximum van € 20 per dag en beperkt tot 14 dagen per verzekeringsjaar;
- de verblijfkosten voor een zorgverblijf met een maximum van € 15 per dag en beperkt tot maximum 28 dagen per verzekeringsjaar;
- de kosten verbonden aan het donorschap, beperkt tot € 500 per verzekeringsjaar;
- de kosten van plastische reparatieve heelkunde in geval van wegname van bewezen (pre-)cancereuse letsels, herstel van een belangrijk huiddeficiet, herstellende heelkunde na een mutilerend ongeval, na een mutilerende behandeling of bij belangrijke letsels vastgesteld bij pasgeborenen;
- de kosten voor thuisbevalling en poliklinische bevalling tot maximum € 500 per bevalling als volgt: medische kosten en geneesmiddelen vanaf 30 dagen vóór tot 90 dagen na de geboorte; inclusief niet-Riziv kosten en de kosten van kraamzorg (€ 5/uur): beide tot maximum € 200;
- de kosten van ongevallen die het gevolg zijn van het beoefenen van sporten en vrijetijdsactiviteiten die algemeen als weinig gevaarlijk worden beschouwd en die geen betaalde activiteit zijn;
- de kosten van aangepast liggend vervoer met een ziekenwagen, bij opname en ontslag uit het ziekenhuis, en bij verplaatsing van het ene ziekenhuis naar het andere om medische redenen, beperkt tot € 125 per verzekeringsjaar;
- de kosten van aangepast vervoer met een helikopter verantwoord om dringende medische redenen, beperkt tot € 500 per verzekeringsjaar.

De verzekeraar vergoedt de kosten verbonden aan medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken, per

verzekerde en over de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst, tot € 500.

De verzekeraar vergoedt de kosten verbonden aan volgende behandelingen en operaties, per verzekerde en over de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst, samen tot € 1.000:

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

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

In geval van hospitalisatie omwille van 2 ingrepen waarvan 1 uitgesloten is, vergoedt de verzekeraar de totale hospitalisatiekosten tot 50 %.

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

- volgens de hiervoor beschreven bepalingen bij keuze voor een twee- of meerpersoonskamer;
- volgens de hiervoor beschreven bepalingen, met uitzondering van de kamer- en ereloonsupplementen waarvoor geen tegemoetkoming wordt toegekend, bij keuze voor een éénpersoonskamer.

De verzekerde die tijdens de eerste 9 maanden na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst wordt gehospitaliseerd ten gevolge van een zwangerschap of een bevalling wordt vergoed volgens de bepalingen inzake een bestaande aandoening beschreven in voorgaande alinea, behoudens tegenbewijs van vroeggeboorte via een medisch verslag.

B. Waarborg pre- en posthospitalisatie

De verzekeraar voorziet een forfaitaire tegemoetkoming in de kosten van ambulante zorgen en geneesmiddelen voorafgaand en volgend op de hospitalisatie.

De forfaitaire tegemoetkoming bedraagt € 20 per verpleegdag bij hospitalisatie op een twee- of meerpersoonskamer en € 10 per verpleegdag bij hospitalisatie op een éénpersoonskamer. De forfaitaire tegemoetkoming bedraagt max. € 400 per verzekerde en per verzekeringsjaar.



C. Vrijstelling en dekkingslimieten

In geval van keuze voor een hospitalisatie op een éénpersoonskamer waarvoor kamer- en ereloonsupplementen aangerekend worden, wordt de tegemoetkoming van de verzekeraar in de hospitalisatiekosten, per verzekerde en per verzekeringsjaar, verminderd met een vrijstelling van € 125. Bij een ononderbroken hospitalisatie verspreid over twee verzekeringsjaren wordt voormelde vrijstelling van € 125 slechts éénmalig toegepast. Iedere hospitalisatie die zowel een verblijf op een twee- of meerpersoonskamer als op een éénpersoonskamer omvat, wordt volledig beschouwd als een hospitalisatie op een éénpersoonskamer.

De totale tegemoetkoming die de verzekeraar in het kader van de verzekeringsovereenkomst voor de waarborg hospitalisatie en de waarborg pre- en posthospitalisatie uitkeert, is beperkt tot € 25.000 per verzekerde en per verzekeringsjaar. De totale tegemoetkoming voor de waarborg pre- en posthospitalisatie is, per verzekerde en per verzekeringsjaar, beperkt tot € 400.

De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot € 1.250, per verzekerde en per verzekeringsjaar, voor een hospitalisatie (inclusief de ambulante zorgen en geneesmiddelen voorafgaand en volgend op die hospitalisatie) in één van volgende diensten:

- 34 dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst),
- 37 dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst),
- 41 psychiatrische dienst (T-dienst),
- 61 cardiopulmonaire aandoeningen,
- 62 locomotorische aandoeningen,
- 63 neurologische aandoeningen,
- 64 chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn,
- 65 chronische polyopathieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn,
- 66 psychogeriatrische aandoeningen,
- 69 chronische aandoeningen.

D. Territoriale geldigheid

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

In afwijking op voorgaande alinea, voorziet de verzekeraar een tegemoetkoming in geval van hospitalisatie in het buitenland, beperkt tot maximum 10 hospitalisatiedagen per verzekerde en per verzekeringsjaar, te rekenen vanaf de dag van opname, waarbij de tegemoetkoming beperkt wordt tot € 125 per dag.

E. Overgang van verzekering

Kandidaat-verzekerden die deze verzekeringsovereenkomst willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en overstappen van een andere verzekering van de verzekeraar, kunnen intekenen indien:

- zij al 1 jaar ononderbroken aangesloten waren bij hun oorspronkelijke verzekering,
- zij de premie van hun oorspronkelijke verzekering hebben betaald en deze op correcte wijze hebben beëindigd,
- zij de onderschrijvings- of toetredingsmodaliteiten van deze overeenkomst hebben nageleefd, en
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

In afwijking op voorgaande alinea is overstap van de kostendekkende verzekering HospiPlus naar deze verzekeringsovereenkomst maandelijks mogelijk, ongeacht de periode van aansluiting bij HospiPlus en zonder medische vragenlijst (in het kader van de verzekering HospiPlus geformuleerde beperkingen blijven ook bij overgang van toepassing). De verzekering HospiPlus wordt beschouwd als een gelijkaardige verzekering.

Bij overgang van de verzekering HospiPlus naar deze verzekeringsovereenkomst kan de maximale dekking per verzekeringsjaar nooit meer bedragen dan de dekkingen die worden voorzien in de verzekering HospiPlus.

In geval van overgang van een andere verzekering van de verzekeraar naar deze verzekeringsovereenkomst gaat de dekking pas in na afloop van de wachttijd. Er is echter geen wachttijd in geval van overgang van de verzekering HospiContinu of de verzekering HospiPlus naar deze verzekeringsovereenkomst. De beperkingen die geformuleerd werden in het kader van de verzekering HospiContinu blijven bij overgang van toepassing.

VERZEKERING HOSPIPLUS

A. Waarborg hospitalisatie

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

- de remgelden;
- de kamersupplementen, met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer;
- de farmaceutische producten;
- de erelonen en ereloonsupplementen, beperkt tot 200 % boven de door de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voorziene bedragen;
- de kosten voor endoscopisch- en viscerosynthesemateriaal, de vergoedbare en niet-vergoedbare implantaten en therapeutische prothesen, orthopedische apparaten, de parafarmaceutische producten en de diverse medische kosten voor zover deze geplaatst of gebruikt worden tijdens de hospitalisatie en in rechtstreeks verband staan met de chirurgische ingreep, beperkt tot € 6.000 per verzekeringsjaar;
- de medisch noodzakelijke tandextracties uitgevoerd onder algemene verdoving;
- de prestaties waarvoor de officiële nomenclatuur niet tussenkomt, beperkt tot € 1.000 per verzekeringsjaar;
- de verblijfkosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan 19 jaar, van de begeleider van een gehandicapt persoon, van een afhankelijk persoon wanneer de begeleider wordt gehospitaliseerd (rooming-in), met een maximum van € 40 per dag en beperkt tot 14 dagen per verzekeringsjaar;
- de verblijfkosten voor een zorgverblijf met een maximum van € 30 per dag en beperkt tot maximum 28 dagen per verzekeringsjaar;
- de kosten verbonden aan het donorschap, beperkt tot € 1.000 per verzekeringsjaar;
- de kosten van plastische reparatieve heelkunde in geval van wegname van bewezen (pre-)canceruse letsels, herstel van een belangrijk huiddeficit, herstellende heelkunde na een mutilerend ongeval, na een mutilerende behandeling of bij belangrijke letsels vastgesteld bij pasgeborenen;

- de kosten voor thuisbevalling en poliklinische bevalling tot maximum € 1.000 per bevalling als volgt: medische kosten en geneesmiddelen vanaf 30 dagen vóór tot 90 dagen na de geboorte; inclusief niet-Riziv kosten en de kosten van kraamzorg (€ 5/uur); beide tot max. € 400;
- de kosten van ongevallen die het gevolg zijn van het beoefenen van sporten en vrijetijdsactiviteiten die algemeen als weinig gevaarlijk worden beschouwd en die geen betaalde activiteit zijn;
- de kosten van aangepast liggend vervoer met een ziekenwagen, bij opname en ontslag uit het ziekenhuis, en bij verplaatsing van het ene ziekenhuis naar het andere om medische redenen, beperkt tot € 250 per verzekeringsjaar;
- de kosten van aangepast vervoer met een helikopter verantwoord om dringende medische redenen, beperkt tot € 1.000 per verzekeringsjaar.

De verzekeraar vergoedt de kosten verbonden aan medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken, per verzekerde en over de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst, tot € 1.000.

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

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

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

In geval van hospitalisatie omwille van 2 ingrepen waarvan 1 uitgesloten is, vergoedt de verzekeraar de totale hospitalisatiekosten tot 50 %.

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

- volgens de hiervoor beschreven bepalingen bij keuze voor een twee- of meerpersoonskamer;
- volgens de hiervoor beschreven bepalingen, met uitzondering van de kamer- en ereloonsupplementen waarvoor geen tegemoetkoming wordt toegekend, bij keuze voor een éénpersoonskamer.

De verzekerde die tijdens de eerste 9 maanden na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst wordt gehospitaliseerd ten gevolge van een zwangerschap of een bevalling wordt vergoed volgens de bepalingen inzake een bestaande aandoening beschreven in voorgaande alinea, behoudens tegenbewijs van vroeggeboorte via een medisch verslag.

B. Waarborg pre- en posthospitalisatie

De verzekeraar voorziet een tegemoetkoming in de hierna omschreven kosten van ambulante zorgen en de kosten van geneesmiddelen voorgeschreven door de behandelende arts, gedurende de periode van 30 dagen voorafgaand en 90 dagen volgend op een

hospitalisatie, op voorwaarde dat deze kosten rechtstreeks verband houden met de hospitalisatie.

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

De totale tegemoetkoming voor deze pre- en posthospitalisatiekosten is, per verzekerde en per verzekeringsjaar, beperkt tot € 400 indien de verzekerde kiest voor hospitalisatie op een éénpersoonskamer. Bij keuze voor hospitalisatie op een twee- of meerpersoonskamer heeft de verzekerde recht op een tegemoetkoming tot € 400 voor de kosten van de terugbetaalbare ambulante zorgen verstrekt door een erkende kinesitherapeut, en tot € 400 voor alle andere pre- en posthospitalisatiekosten.

C. Vrijstelling en dekkingslimieten

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

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

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

De totale tegemoetkoming die de verzekeraar in het kader van deze verzekeringsovereenkomst uitkeert, is onbegrensd. De totale tegemoetkoming voor de waarborg pre- en posthospitalisatie is, per verzekerde en per verzekeringsjaar, beperkt tot € 400 indien de verzekerde kiest voor hospitalisatie op een éénpersoonskamer. Bij keuze voor hospitalisatie op een twee- of meerpersoonskamer heeft de verzekerde recht op een tegemoetkoming tot € 400 voor de kosten van de terugbetaalbare ambulante zorgen verstrekt door een erkende kinesitherapeut, en tot € 400 voor alle andere pre- en posthospitalisatiekosten.

De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot € 2.500, per verzekerde en per verzekeringsjaar, voor een hospitalisatie (inclusief de ambulante zorgen en geneesmiddelen voorafgaand en volgend op die hospitalisatie) in één van volgende diensten:

- 34 dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst),
- 37 dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst),
- 41 psychiatrische dienst (T-dienst),
- 61 cardiopulmonaire aandoeningen,
- 62 locomotorische aandoeningen,
- 63 neurologische aandoeningen,
- 64 chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn,
- 65 chronische polyopathieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn,
- 66 psychogeriatrische aandoeningen,
- 69 chronische aandoeningen.

D. Territoriale geldigheid

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

In afwijking op voorgaande alinea, voorziet de verzekeraar een tegemoetkoming in geval van hospitalisatie in het buitenland, beperkt tot maximum 10 hospitalisatiedagen per verzekerde en per verzekeringsjaar, te rekenen vanaf de dag van opname, waarbij de tegemoetkoming beperkt wordt tot € 250 per dag.

E. Overgang van verzekering

Kandidaat-verzekerden die deze verzekeringsovereenkomst willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en overstappen van een andere verzekering van de verzekeraar, kunnen intekenen indien:

- zij al 1 jaar ononderbroken aangesloten waren bij hun oorspronkelijke verzekering,
- zij de premie van hun oorspronkelijke verzekering hebben betaald en deze op correcte wijze hebben beëindigd,
- zij de onderschrijvings- of toetredingsmodaliteiten van deze overeenkomst hebben nageleefd, en
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

Bij overgang van de verzekering HospiPlan naar deze verzekeringsovereenkomst kan de maximale dekking per verzekeringsjaar nooit meer bedragen dan de dekkingen die worden voorzien door de verzekering HospiPlus.

In geval van overgang van een andere verzekering van de verzekeraar naar deze verzekeringsovereenkomst gaat de dekking pas in na afloop van de wachttijd. Er is echter geen wachttijd in geval van overgang van de verzekering HospiContinu naar deze verzekeringsovereenkomst. In geval van overgang van de verzekering HospiPlan van de verzekeraar naar deze verzekeringsovereenkomst wordt de verzekerde gedurende de wachttijd gedekt volgens de modaliteiten van de oorspronkelijke verzekering HospiPlan.

Voor verzekerden die zwanger zijn op het ogenblik van overgang van de verzekering HospiPlan naar deze verzekeringsovereenkomst, wordt de zwangerschap gezien als een bestaande toestand die volledig verzekerd wordt volgens de polisvoorwaarden van de verzekering HospiPlan (zowel tijdens als na de wachttijd).

De beperkingen die geformuleerd werden in het kader van andere verzekeringen van de verzekeraar blijven ook bij overgang van toepassing.

AANVULLENDE WAARBORG ERNSTIGE ZIEKTE AMBUPLAN OF AMBUPLUS

A. Waarborgen

De verzekeraar komt tegemoet in de hierna vermelde kosten van ambulante zorgen en geneesmiddelen die rechtstreeks verband houden met de behandeling van een ernstige ziekte of een ziekenhuisopname voor een ernstige ziekte:

- de kosten van speciale behandelingen, analyses en onderzoeken welke noodzaak zijn door de ernstige ziekte, mits deze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming;
- de kosten voor de huur van allerhande medisch en sanitair materiaal;
- de kosten voor farmaceutische producten, mits deze voorgeschreven werden door de behandelende arts en aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming;
- de kosten van medisch verantwoord vervoer door een ziekenwagen, taxi of eigen wagen (tussenkomst voor privévervoer = € 0,2/km), beperkt tot € 250 per verzekeringsjaar;
- alle kosten waarmee vooraf schriftelijk werd ingestemd door de adviserende arts van de verzekeraar op basis van een medisch attest.

B. Dekkingslimieten

De totale tegemoetkoming die de verzekeraar in het kader van de aanvullende waarborg AmbuPlan uitkeert, is beperkt tot € 7.500 per verzekerde en per verzekeringsjaar.

De totale tegemoetkoming die de verzekeraar in het kader van de aanvullende waarborg AmbuPlus uitkeert, is onbegrensd.

C. Territoriale geldigheid

AmbuPlan en AmbuPlus dekken enkel de in België verstrekte ambulante zorgen en de geneesmiddelen die in België werden voorgeschreven en verstrekt.

VERZEKERING HOSPIFORFAIT

A. Waarborgen

In geval van hospitalisatie ten gevolge van ziekte, ongeval, zwangerschapsverwikkelingen of een bevalling, voorziet de verzekeraar per verpleegdag, al naargelang de door de verzekerde gekozen formule, een forfaitaire tegemoetkoming van:

- formule 3: € 12,25
- formule 2: € 25
- formule 1: € 50

De verzekerde die 65 jaar of ouder is, heeft per verzekeringsjaar pas recht op deze forfaitaire tegemoetkoming vanaf de 4de verpleegdag.

B. Dekkingslimieten

De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot 90 verpleegdagen, per verzekerde en per verzekeringsjaar.

De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot 30 verpleegdagen, per verzekerde en per verzekeringsjaar, voor een hospitalisatie in één van volgende diensten:

- 34 dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst),
- 37 dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst),
- 41 psychiatrische dienst (T-dienst),
- 61 cardiopulmonaire aandoeningen,
- 62 locomotorische aandoeningen,
- 63 neurologische aandoeningen,
- 64 chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn,
- 65 chronische polyopathieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn,
- 66 psychogeriatrische aandoeningen,
- 69 chronische aandoeningen.

De verpleegdagen van een hospitalisatie die over meerdere verzekeringsjaren loopt, worden, voor de berekening van het maximaal aantal verpleegdagen, allen geteld bij het aantal verpleegdagen van het verzekeringsjaar waarin de hospitalisatie een aanvang nam.

C. Territoriale geldigheid

De verzekeraar voorziet enkel een forfaitaire tegemoetkoming per verpleegdag in geval van hospitalisatie op Belgisch grondgebied.

D. Overgang van verzekering en overgang van formule

Kandidaat-verzekerden die de verzekering HospiForfait willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en overstappen van een andere verzekering van de verzekeraar, kunnen intekenen indien:

- zij de premie van hun oorspronkelijke verzekering hebben betaald en deze op correcte wijze hebben beëindigd,
- zij de onderschrijvings- of toetredingsmodaliteiten van de verzekeringsovereenkomst hebben nageleefd, en
- zij niet gehospitaliseerd zijn.

Binnen HospiForfait is overgang van een hogere formule naar een lagere formule mogelijk:

- zonder leeftijdsbeperking,
- zonder wachttijd,
- na invulling van een nieuwe behoefteanalysefiche,
- op voorwaarde dat de premie voor de oorspronkelijke formule werd betaald, en
- mits er geen sprake is van hospitalisatie op het ogenblik van overgang.

Het maximaal aantal vergoede verpleegdagen per verzekeringsjaar kan nooit hoger zijn dan de dekkingslimieten van de verzekering HospiForfait.

Binnen HospiForfait is overgang van een lagere formule naar een hogere formule mogelijk indien de verzekerde:

- jonger is dan 65 jaar,
- al 1 jaar ononderbroken aangesloten was bij de oorspronkelijke formule,
- de premie van de oorspronkelijke formule heeft betaald,
- een nieuwe behoefteanalysefiche heeft ingevuld, en
- er geen sprake is van hospitalisatie op het ogenblik van overgang.

In geval van deze overgang van formule wordt de verzekerde gedurende de wachttijd gedekt volgens de modaliteiten van de oorspronkelijke formule.



VERZEKERING HOSPICONTINU

A. Waarborgen

In geval van hospitalisatie ten gevolge van ziekte, ongeval, zwangerschapsverwikkelingen of een bevalling, voorziet de verzekeraar in hoofde van de verzekerde een forfaitaire vergoeding van € 10 per verpleegdag of per daghospitalisatie.

Als deze verzekering wordt stopgezet omdat de verzekeringnemer niet langer geniet van de voordelen van een groepshospitalisatieverzekering via de werkgever, kunnen alle verzekerden overstappen naar één van de kostendekkende verzekeringen HospiPlan of HospiPlus van de verzekeraar zonder bijkomende medische formaliteiten, nieuwe beperkingen of wachttijd.

B. Dekkingslimieten

De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot 180 verpleegdagen of daghospitalisaties, per verzekerde en per verzekeringsjaar.

C. Territoriale geldigheid

De verzekering HospiContinu dekt enkel de hospitalisaties die in België plaatsvonden.

PREMIËN EN BIJBEHORENDE LASTEN VAN DE VERZEKERINGSOVEREENKOMSTEN

De premies 2022 worden voorgesteld per verzekeringsformule:

- HospiPlus & AmbuPlus
- HospiPlan & AmbuPlan
- HospiContinu
- HospiForfait

Merk op dat een vergelijking tussen meerdere verzekeringsformules niet beperkt mag blijven tot de vergelijking van de geschatte kosten voor elk contract. Er moeten ook andere elementen in overweging genomen worden, zoals bijvoorbeeld de reikwijdte van de waarborgen, het bedrag van een eventuele franchise en de uitsluitingsclausules. De premietabellen geven een beter zicht op het premiegedeelte dat wordt gebruikt voor de dekking van het risico dat door de verzekeringsovereenkomst wordt gedekt. Het saldo van de premie, na aftrek van taksen en bijdragen, alsook van de administratie- en acquisitiekosten, bestaat immers uit het gedeelte van de premie dat wordt aangewend om de contractueel vastgelegde prestaties te verrichten en uit de andere dan hieronder vermeld (waaronder de samengevoegde en onderling gedeelde kosten voor de schadegevallen en het beheer ervan). Deze ramingen worden berekend op basis van de boekhoudkundige gegevens van het laatste boekjaar van VMOB HospiPlus, zoals goedgekeurd door haar algemene vergadering.

HOSPIPLUS & AMBUPLUS

Leeftijd	Handelspremie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaarpremie
		Admin. kosten	Acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 66,45	€ 4,60	€ 6,75	€ 6,63	€ 73,08
20 t.e.m. 25 jaar	€ 59,58	€ 4,12	€ 6,05	€ 5,94	€ 65,52
26 t.e.m. 34 jaar	€ 201,00	€ 13,91	€ 20,42	€ 20,04	€ 221,04
35 t.e.m. 49 jaar	€ 201,22	€ 13,92	€ 20,45	€ 20,06	€ 221,28
50 t.e.m. 64 jaar*	€ 263,42	€ 18,23	€ 26,77	€ 26,26	€ 289,68
65 jaar en ouder	€ 442,27	€ 30,60	€ 44,94	€ 44,09	€ 486,36

Indien je intekent vanaf 65 jaar en geen gelijkaardige ziekenfondsverzekering hebt, betaal je volgende premie:

65 t.e.m. 69 jaar	€ 551,40	€ 38,15	€ 56,03	€ 54,84	€ 606,24
70 jaar en ouder	€ 693,20	€ 47,96	€ 70,44	€ 68,92	€ 762,12
93 jaar en ouder	€ 568,20	€ 39,31	€ 57,73	€ 56,64	€ 624,84

HOSPIPLUS

Leeftijd	Handelspremie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaarpremie
		Admin. kosten	Acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 64,15	€ 4,44	€ 6,52	€ 6,41	€ 70,56
20 t.e.m. 25 jaar	€ 57,49	€ 3,98	€ 5,84	€ 5,75	€ 63,24
26 t.e.m. 34 jaar	€ 192,76	€ 13,34	€ 19,59	€ 19,28	€ 212,04
35 t.e.m. 49 jaar	€ 192,76	€ 13,34	€ 19,59	€ 19,28	€ 212,04
50 t.e.m. 64 jaar*	€ 252,65	€ 17,48	€ 25,67	€ 25,27	€ 277,92
65 jaar en ouder	€ 423,49	€ 29,30	€ 43,03	€ 42,35	€ 465,84

Indien je intekent vanaf 65 jaar en geen gelijkaardige ziekenfondsverzekering hebt, betaal je volgende premie:

65 t.e.m. 69 jaar	€ 511,64	€ 35,40	€ 51,99	€ 51,16	€ 562,80
70 jaar en ouder	€ 639,71	€ 44,26	€ 65,00	€ 63,97	€ 703,68
93 jaar en ouder	€ 543,93	€ 37,63	€ 55,27	€ 54,39	€ 598,32

* Personen die intekenen vanaf 50 jaar en geen gelijkaardige ziekenfondsverzekering hadden, betalen meteen het tarief vanaf 65 jaar.

HOSPIPLAN & AMBUPLAN

Leeftijd	Handelspremie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaarpremie
		Admin. kosten	Acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 45,06	€ 3,12	€ 4,58	€ 4,50	€ 49,56
20 t.e.m. 25 jaar	€ 41,79	€ 2,89	€ 4,25	€ 4,17	€ 45,96
26 t.e.m. 34 jaar	€ 140,66	€ 9,73	€ 14,29	€ 14,02	€ 154,68
35 t.e.m. 49 jaar	€ 140,77	€ 9,74	€ 14,30	€ 14,03	€ 154,80
50 t.e.m. 64 jaar*	€ 177,87	€ 12,31	€ 18,07	€ 17,73	€ 195,60
65 jaar en ouder	€ 287,53	€ 19,89	€ 29,22	€ 28,67	€ 316,20

Indien je intekent vanaf 65 jaar en geen gelijkaardige ziekenfondsverzekering hebt, betaal je volgende premie:

65 t.e.m. 69 jaar	€ 380,25	€ 26,31	€ 38,64	€ 37,83	€ 418,08
70 jaar en ouder	€ 554,67	€ 38,38	€ 56,36	€ 55,17	€ 609,84
93 jaar en ouder	€ 466,82	€ 32,30	€ 47,43	€ 46,54	€ 513,36

AMBUPLUS

Leeftijd	Handelspremie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaarpremie
		Admin. kosten	Acquisitiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 2,31	€ 0,16	€ 0,23	€ 0,21	€ 2,52
20 t.e.m. 25 jaar	€ 2,09	€ 0,14	€ 0,21	€ 0,19	€ 2,28
26 t.e.m. 34 jaar	€ 8,24	€ 0,57	€ 0,84	€ 0,76	€ 9,00
35 t.e.m. 49 jaar	€ 8,46	€ 0,59	€ 0,86	€ 0,78	€ 9,24
50 t.e.m. 64 jaar*	€ 10,76	€ 0,74	€ 1,09	€ 1,00	€ 11,76
65 jaar en ouder	€ 18,78	€ 1,30	€ 1,91	€ 1,74	€ 20,52

Indien je intekent vanaf 65 jaar en geen gelijkaardige ziekenfondsverzekering hebt, betaal je volgende premie:

65 t.e.m. 69 jaar	€ 39,76	€ 2,75	€ 4,04	€ 3,68	€ 43,44
70 jaar en ouder	€ 53,49	€ 3,70	€ 5,44	€ 4,95	€ 58,44
93 jaar en ouder	€ 24,27	€ 1,68	€ 2,47	€ 2,25	€ 26,52

De premieaanpassing gaat in vanaf het begin van het jaar waarin men 20, 26, 35, 50 of 65 jaar wordt (en 70 voor aansluitingen na 65 jaar).

HOSPIPLAN

Leeftijd	Handels- premie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaar- premie
		Admin. kosten	Acquisi- tiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 43,75	€ 3,03	€ 4,44	€ 4,37	€ 48,12
20 t.e.m. 25 jaar	€ 40,36	€ 2,79	€ 4,10	€ 4,04	€ 44,40
26 t.e.m. 34 jaar	€ 135,05	€ 9,34	€ 13,72	€ 13,51	€ 148,56
35 t.e.m. 49 jaar	€ 135,05	€ 9,34	€ 13,72	€ 13,51	€ 148,56
50 t.e.m. 64 jaar*	€ 170,84	€ 11,82	€ 17,36	€ 17,08	€ 187,92
65 jaar en ouder	€ 276,00	€ 19,10	€ 28,04	€ 27,60	€ 303,60

Indien je intekent vanaf 65 jaar en geen gelijkaardige ziekenfonds-
verzekering hebt, betaal je volgende premie:

65 t.e.m. 69 jaar	€ 354,00	€ 24,49	€ 35,97	€ 35,40	€ 389,40
70 jaar en ouder	€ 515,02	€ 35,63	€ 52,33	€ 51,50	€ 566,52
93 jaar en ouder	€ 447,16	€ 30,94	€ 45,44	€ 44,72	€ 491,88

AMBUPLAN

Leeftijd	Handels- premie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaar- premie
		Admin. kosten	Acquisi- tiekosten		
0 t.e.m. 19 jaar	€ 1,32	€ 0,09	€ 0,13	€ 0,12	€ 1,44
20 t.e.m. 25 jaar	€ 1,43	€ 0,10	€ 0,15	€ 0,13	€ 1,56
26 t.e.m. 34 jaar	€ 5,60	€ 0,39	€ 0,57	€ 0,52	€ 6,12
35 t.e.m. 49 jaar	€ 5,71	€ 0,40	€ 0,58	€ 0,53	€ 6,24
50 t.e.m. 64 jaar*	€ 7,03	€ 0,49	€ 0,71	€ 0,65	€ 7,68
65 jaar en ouder	€ 11,53	€ 0,80	€ 1,17	€ 1,07	€ 12,60

Indien je intekent vanaf 65 jaar en geen gelijkaardige ziekenfonds-
verzekering hebt, betaal je volgende premie:

65 t.e.m. 69 jaar	€ 26,25	€ 1,82	€ 2,67	€ 2,43	€ 28,68
70 jaar en ouder	€ 39,65	€ 2,74	€ 4,03	€ 3,67	€ 43,32
93 jaar en ouder	€ 19,66	€ 1,36	€ 2,00	€ 1,82	€ 21,48

HOSPIFORFAIT 12,25 EURO/DAG

Leeftijd	Handels- premie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaar- premie
		Admin. kosten	Acquisi- tiekosten		
0 t.e.m. 25 jaar	€ 6,48	€ 0,45	€ 0,66	€ 0,00	€ 6,48
26 t.e.m. 49 jaar	€ 27,00	€ 1,87	€ 2,74	€ 0,00	€ 27,00
50 t.e.m. 64 jaar*	€ 34,80	€ 2,41	€ 3,54	€ 0,00	€ 34,80
65 jaar en ouder	€ 62,52	€ 4,33	€ 6,35	€ 0,00	€ 62,52

HOSPICONTINU

Leeftijd	Handels- premie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaar- premie
		Admin. kosten	Acquisi- tiekosten		
0 t.e.m. 25 jaar	€ 14,04	€ 0,97	€ 1,43	€ 0,00	€ 14,04
26 t.e.m. 49 jaar	€ 30,72	€ 2,13	€ 3,12	€ 0,00	€ 30,72
vanaf 50 jaar	€ 114,96	€ 7,95	€ 11,68	€ 0,00	€ 114,96
wie pas aansluit vanaf 50 jaar	€ 238,08	€ 16,47	€ 24,19	€ 0,00	€ 238,08

HOSPIFORFAIT 25 EURO/DAG

Leeftijd	Handels- premie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaar- premie
		Admin. kosten	Acquisi- tiekosten		
0 t.e.m. 25 jaar	€ 12,11	€ 0,84	€ 1,23	€ 1,21	€ 13,32
26 t.e.m. 49 jaar	€ 49,64	€ 3,43	€ 5,04	€ 4,96	€ 54,60
50 t.e.m. 64 jaar*	€ 63,82	€ 4,42	€ 6,48	€ 6,38	€ 70,20
65 jaar en ouder	€ 114,22	€ 7,90	€ 11,61	€ 11,42	€ 125,64

HOSPIFORFAIT 50 EURO/DAG

Leeftijd	Handels- premie	Kosten begrepen in de handelspremie		Taksen en bijdragen	Totale jaar- premie
		Admin. kosten	Acquisi- tiekosten		
0 t.e.m. 25 jaar	€ 24,55	€ 1,70	€ 2,49	€ 2,45	€ 27,00
26 t.e.m. 49 jaar	€ 99,60	€ 6,89	€ 10,12	€ 9,96	€ 109,56
50 t.e.m. 64 jaar*	€ 127,96	€ 8,85	€ 13,00	€ 12,80	€ 140,76
65 jaar en ouder	€ 227,56	€ 15,74	€ 23,12	€ 22,76	€ 250,32

* Personen die intekenen vanaf 50 jaar en geen gelijkaardige
ziekenfondsverzekering hadden, betalen meteen het tarief vanaf 65 jaar.

De premieaanpassing gaat in vanaf het begin van het jaar waarin men 20,
26, 35, 50 of 65 jaar wordt (en 70 voor aansluitingen na 65 jaar).



Voor meer informatie
staan wij graag tot jouw dienst:

Tel. 053 76 99 79

info@hospiplus.be

www.hospiplus.be