

**COLLECTIEVE  
ZIEKTEKOSTENVERZEKERING  
HOSPITALISATIE**

**ALGEMENE  
VOORWAARDEN**

<b>Inhoudsopgave</b>
----------------------

<b>Definities</b>
-------------------

<b>Hoofdstuk I - De contracterende partijen van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst</b>
---

Artikel 1 - Verzekeringnemer	6
Artikel 2 - Verzekeringsonderneming	6
Artikel 3 – Hoofdverzekerde en medeverzekerden	6
Artikel 4 - Collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst	6
Artikel 5 - Verplichtingen van de verzekeringnemer en van de verzekerden	6
Artikel 6 - Medische formaliteiten bij de aanvaarding van het risico	6

<b>Hoofdstuk II - De waarborgen</b>
-------------------------------------

Artikel 7 - Doel van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst	7
Artikel 8 - Niet-gedekte risico's	12
Artikel 9 - Uitgesloten risico's en beperkingen van de waarborgen	12
Artikel 10 - Voorafgaande toelating van de verzekeringsonderneming	13

<b>Hoofdstuk III - De premies</b>
-----------------------------------

Artikel 11 - Premiebetaling	15
Artikel 12 - Opzegging en schorsing van de verzekeringswaarborg wegens niet-betaling van de premie	15

<b>Hoofdstuk IV - Aangifte van schadegeval en terugbetaling van de kosten</b>
---

Artikel 13 - Aangifte	16
Artikel 14 - Berekening van de tegemoetkoming vanwege de verzekeringsonderneming en vanwege de Hulpverlener in de gemaakte kosten	16
Artikel 15 - Betaling van de prestaties door de verzekeringsonderneming	17
Artikel 16 - Medische expertise	17

<b>Hoofdstuk V - Diverse bepalingen</b>
---

Artikel 17 - Betaling van een bijkomende premie en voortzetting in individuele verzekering	19
Artikel 18 - Inwerkingtreding van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst	19
Artikel 19 - Duur van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst	20
Artikel 20 - Wijziging van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst	20
Artikel 21 - Einde van de prestaties van de verzekeringsonderneming	20
Artikel 22 - Verzekeringsgebied	20
Artikel 23 - Kennisgevingen	20
Artikel 24 - Indeplaatsstelling van de verzekeringsonderneming	20
Artikel 25 - Toepasselijke wetgeving - bevoegde rechtbank	21
Bescherming van de persoonlijke levenssfeer en rechten van de geregistreerde personen	21
Waarschuwing	21
Klachtenbehandeling	21

## Definities

### 1. Ongeval

Een aantasting van de lichamelijke integriteit van de verzekerde veroorzaakt door een plotselinge gebeurtenis waarvan één der oorzaken buiten het slachtoffer ligt.

### 2. Orthopedisch toestel

Toestel ter correctie van misvormingen van het lichaam.

### 3. Hulpverlener

SBAI Mondial Hulpverlening nv  
Zwaluwenstraat, 2,  
1000 Brussel

Verzekeringsmaatschappij toegelaten onder codenummer 0947 om de tak "Hulpverlening" (tak 18 - K.B. van 18/01/1982 B.S. van 23/01/1982) uit te oefenen – H.R.B. 438.736 – K.B.O. Ondernemingsnummer 0422.348.688

### 4. AssurCard

Elektronische kaart die het derdebetalerprincipe mogelijk maakt.

### 5. Hoofdverzekerde - medeverzekerden

De hoofdverzekerde is de persoon die op het moment van de aansluiting beroepsmatig verbonden is met de verzekeringnemer. De gezinsleden van de hoofdverzekerde die eveneens de waarborg van de collectieve verzekering genieten, worden medeverzekerden genoemd.

### 6. Collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst

De ziektekostenverzekering die gesloten is door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van meerdere personen die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer verbonden zijn. Deze personen worden de "hoofdverzekerde" genoemd. De verzekeringnemer kan ook een collectieve ziektekostenverzekering ten behoeve van de leden van het gezin van de hoofdverzekerde afsluiten. Deze personen worden de "medeverzekerde" genoemd. Zij bestaat uit onderhavige algemene voorwaarden, de bijzondere voorwaarden en de eventuele bijlagen.

### 7. Wachtijd

In de bijzondere voorwaarden bepaalde periode die aanvangt op de aansluitingsdatum en gedurende welke de verzekeringsonderneming geen enkele terugbetaling verschuldigd is.

### 8. Ziekenhuisinstelling – ziekenhuis

Wettelijk als ziekenhuis erkende en geïdentificeerde instelling waar wetenschappelijk beproefde diagnose- en behandelingsmiddelen aangewend worden, met uitzondering van:

- de gesloten psychiatrische instellingen;
- de tehuizen voor het voorlopige verblijf van psychiatrische patiënten en de plaatsen van beschut wonen;
- de medisch-pedagogische instellingen;
- de instellingen die bestemd zijn voor gewone huisvesting van bejaarden, herstellende personen of kinderen en de kuuroorden;
- de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen (R.V.T.) en de centra van dagverpleging, zelfs als deze in een ziekenhuisinstelling zijn geïntegreerd.

### 9. Verzekeringsonderneming

Allianz Belgium n.v.  
Lakensestraat 35  
1000 Brussel

Verzekeringsmaatschappij toegelaten onder codenummer 0097 om alle takken "Leven" en "niet Leven" te beoefenen (K.B. van 04/07/1979 – B.S. van 14/07/1979, K.B. van 19/05/1995 – B.S. van 16/06/1995) – H.R.B. 574 – K.B.O. Ondernemingsnummer 0403.258.197

**10. Ziektekosten**

Voor zover zij aanleiding geven tot wettelijke tegemoetkoming, zij voorgeschreven of uitgevoerd worden door een geneesheer en zij gemaakt worden gedurende een hospitalisatie:

- kosten van verblijf in een ziekenhuisinstelling;
- kosten betreffende een medische of paramedische verstrekking;
- aankoop van geneesmiddelen voorgeschreven door een geneesheer voor de verzekerde;
- kosten voor een prothese of een orthopedisch toestel;
- het medische materiaal.

**11. Ambulante ziektekosten**

De kosten bepaald in de laatste vier punten van de tiende definitie hierboven, wanneer zij gemaakt worden buiten een hospitalisatie.

**12. Medisch noodzakelijke kosten**

De toegediende medische en paramedische handelingen die aangepast zijn aan en die direct verband houden met de door de geneesheer gestelde diagnose. Zijn derhalve uitgesloten, voorschriften die verstrekt worden op grond van persoonlijke redenen of redenen van gerieflijkheid.

**13. Contractuele schadevrijstelling**

Het in de bijzondere voorwaarden bepaalde gedeelte van de terugbetaalbare kosten dat ten laste van de verzekerde blijft. De schadevrijstelling geldt per schadejaar en per verzekerde.

Het schadejaar wordt berekend vanaf de eerste dag van de eerste hospitalisatie en eindigt 365 dagen later.

Indien de kosten een zware ziekte betreffen die niet wordt voorafgegaan door een periode van hospitalisatie, dan wordt het schadejaar berekend vanaf de datum van de eerste terugbetaalbare kosten.

**14. Hospitalisatie**

Het verblijf van ten minste één nacht in een ziekenhuisinstelling, voor zover de gezondheidstoestand van de patiënt het vereist en met de bedoeling hem zo vlug mogelijk een curatieve behandeling toe te dienen.

**15. Gebrek**

Aangeboren of ingevolge ongeval bestaande lichamelijke toestand van een persoon, die niet of slechts gedeeltelijk over al zijn lichamelijke of geestelijke mogelijkheden beschikt.

**16. Wettelijke tegemoetkoming**

- a) Onder Belgische wetgeving die in geval van ziekte of ongeval van toepassing is op de werknemers verstaat men:
  - de wetgeving betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (Z.I.V.);
  - de wetgeving betreffende de arbeidsongevallen en ongevallen op de weg van en naar het werk;
  - de wetgeving betreffende de beroepsziekten.
- b) Onder wettelijke tegemoetkoming verstaat men:
  - voor de gedane uitgaven in België: elke terugbetaling waarin wordt voorzien door de Belgische wetgeving die van toepassing is op de werknemers;
  - voor de kosten opgelopen in het buitenland: elke terugbetaling waarin wordt voorzien door een met dat land gesloten overeenkomst betreffende de sociale zekerheid voor werknemers.

**17. Ziekte**

Elke verslechtering van de gezondheid van de verzekerde, die niet te wijten is aan een ongeval en die objectieve symptomen vertoont die een diagnose alsook de geschikte therapeutische behandeling volgens erkende medische standaarden toelaten.

**18. Medisch materiaal**

Onder medisch materiaal verstaat men:

- a) het kleine medisch materiaal aangekocht bij een organisme dat in België erkend is of bij een apotheek:  
dit wil zeggen de middelen bestemd om de hoofdmedicatie te versterken, te vervolledigen of toe te dienen, zoals verbanden, spuiten, steunkousen ..., met uitzondering van de brilmonturen en brilglazen, contactlenzen en tandmateriaal;
- b) het zware medisch materiaal gehuurd bij een organisme dat in België erkend is of bij een apotheek:  
dit wil zeggen de middelen bestemd om de fysische toestand of de mobiliteit van de patiënt te verbeteren zoals een bed, krukken, een rolstoel ...

**19. Geneesmiddel**

Elk product dat uitsluitend in een apotheek verkrijgbaar is, dat door een geneesheer wordt voorgeschreven en dat als dusdanig werd geregistreerd door de bevoegde minister.

**20. Verzekeringnemer**

De onderneming die de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst onderschrijft.

**21. Prothese**

Toestel dat een lid of een orgaan geheel of gedeeltelijk vervangt en aan de verzekerde persoon wordt bevestigd.

**22. Gezondheid**

Toestand van volledig lichamelijk en geestelijk welzijn die niet uitsluitend bestaat uit de afwezigheid van ziekte of een gebrek.

**23. Schadegeval**

Elke gebeurtenis die aanleiding geeft tot verzekeringswaarborg ingevolge onderhavige verzekeringsovereenkomst.

## Hoofdstuk I - De contracterende partijen van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst

### Artikel 1 - Verzekeringnemer

De onderneming die de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst onderschrijft.

### Artikel 2 - Verzekeringsonderneming

Allianz Belgium n.v.  
Lakensestraat 35  
1000 Brussel

### Artikel 3 - Hoofdverzekerde en medeverzekerden

De persoon:

- die voldoet aan de voorwaarden van artikel 4 tot 6 van de bijzondere voorwaarden en die aansluit bij de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst;
- op wie het risico van het verzekerde voorval rust en aan wie de verzekeringswaarborg van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst derhalve toegekend wordt.

### Artikel 4 - Collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst

Het contract bestaat uit:

- de algemene voorwaarden met opgave van de waarborgen, de uitsluitingen van het contract, de verplichtingen van de partijen en alle bepalingen die van toepassing zijn op dit type van verzekeringsovereenkomsten;
- de bijzondere voorwaarden waarin de keuzes en de verplichtingen van de partijen toegelicht worden;
- de eventuele bijvoegsels die gemeenschappelijk ondertekend worden door de verzekeringnemer en de verzekeringsonderneming.

### Artikel 5 - Verplichtingen van de verzekeringnemer en van de verzekerden

De verzekeringnemer en de hoofdverzekerde en/of de medeverzekerden hebben de verplichting:

- aan de zetel van de verzekeringsonderneming schriftelijk of per e-mail alle aangiften en mededelingen te doen, nodig voor de vlotte uitvoering van onderhavige overeenkomst;
- de verzekeringsonderneming ten laatste binnen een termijn van dertig dagen in te lichten over elke wijziging in het statuut van de verzekerden (aansluiting, verlies van hoedanigheid van verzekerde...);
- de verzekeringsonderneming op de hoogte te brengen van alle inlichtingen, om haar in staat te stellen het recht op de prestaties van onderhavige overeenkomst te beoordelen;
- de verzekeringnemer heeft de verplichting de hoofdverzekerde onmiddellijk in te lichten over de mogelijkheid voor de verzekerde om individueel een bijkomende premie te betalen;
- de verzekeringnemer heeft de verplichting de hoofdverzekerde ten laatste dertig dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering op de hoogte te brengen van het precieze tijdstip van dit verlies en van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten.

### Artikel 6 - Medische formaliteiten bij de aanvaarding van het risico

De verzekeringsonderneming kan de aanvaarding van nieuwe verzekerden afhankelijk maken van de resultaten van medische formaliteiten.

De verzekeringsonderneming legt deze formaliteiten vast in functie van het verplichte of facultatieve karakter van de aansluiting en het aantal te verzekeren personen. De formaliteiten worden in de bijzondere voorwaarden gedefinieerd.

De aanvaarding van de verzekerde is afhankelijk van het feit dat de adviserende geneesheer van de verzekeringsonderneming aan deze formaliteiten een gunstig gevolg verleent.

## Hoofdstuk II - De waarborgen

### Artikel 7 - Doel van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst

#### Module 1: Hospitalisatie

- a) De collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst waarborgt de terugbetaling van de ziektekosten in de ziekenhuisinstelling, tijdens een hospitalisatie gedurende ten minste één nacht wegens ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling.  
De waarborg geldt enkel indien de kosten medisch noodzakelijk zijn, rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de hospitalisatie en voorgeschreven en verstrekt worden door erkende zorgverstrekkers. De betrokken kosten zijn:
- de verblijfkosten met betrekking tot de ligdagprijs in een gemeenschappelijke kamer, een kamer met twee bedden of één bed, met uitsluiting van alle kosten die te maken hebben met comfort en luxe;
  - de erelonen betreffende de medische en paramedische verstrekkingen zoals kinesitherapie, fysiotherapie en logopedie;
  - de kosten voor een prothese of een orthopedisch toestel zoals omschreven en vastgelegd in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit;
  - de geneesmiddelen en het medisch materiaal;
  - de kosten van klinische biologie, radiologie en medische beeldvorming;
  - de wiegendoodtest voor zuigelingen;
  - de kosten van vervoer per ziekenwagen of helikopter in België, die in verband staan met de hospitalisatie en die gerechtvaardigd worden door de gezondheidstoestand van de verzekerde, voor zover geen ander vervoermiddel kan gebruikt worden;
  - de kosten van logement van een familielid in de kamer van een kind jonger dan veertien jaar indien deze kosten vermeld staan op de hospitalisatiefactuur;
  - de kosten van mortuarium die vermeld worden in de hospitalisatiefactuur;
  - de kosten van hospitalisatie van de donor in geval van transplantatie ten gunste van een gehospitaliseerde verzekerde, met een maximum van € 2.500;
  - de kosten van palliatieve zorgen toegediend door een als dusdanig erkende dienst binnen de ziekenhuisinstelling.
- b) **Daghospitalisatie (one day clinic)**  
De verzekeringsonderneming stelt daghospitalisatie gelijk met een onder a) bepaalde hospitalisatie gedurende ten minste één nacht, voor zover:
- de opname gebeurt in een instelling die erkend is als one day clinic;
  - er effectief gebruik gemaakt wordt van de operatie- of gipszaal en er een hospitaalbed betrokken wordt. Het louter verblijf in de wachtzaal of onderzoekskamers en in welke ruimte ook van de raadplegingsdiensten van de ziekenhuisinstelling is aldus uitgesloten;
  - een door de Z.I.V. voorzien forfait voor daghospitalisatie (forfait van 1 tot 7) aangerekend wordt op de hospitalisatiefactuur.
- c) De verzekering waarborgt de terugbetaling van de medische kosten opgelopen bij thuisbevalling.

## Module 2: Ziektekosten vóór en na de hospitalisatie

De collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst waarborgt de terugbetaling van de ambulante ziektekosten die worden opgelopen in de maand die de hospitalisatie (of de thuisbevalling) voorafgaat en in de drie maanden die erop volgen. De waarborg geldt enkel indien de kosten medisch noodzakelijk zijn, rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de hospitalisatie en voorgeschreven en verstrekt worden door erkende zorgverstrekkers:

- de erelonen betreffende de medische en paramedische verstrekkingen zoals kinesitherapie, fysiotherapie en logopedie;
- de kosten voor een prothese of een orthopedisch toestel zoals omschreven en vastgelegd in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit, met uitsluiting van de kosten van herstelling, vervanging en onderhoud;
- de geneesmiddelen;
- homeopathische behandelingen, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie;
- de aankoop van klein medisch materiaal en de huur van zwaar medisch materiaal.

## Module 3: Ziektekosten in geval van een ernstige ziekte

De collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst waarborgt de terugbetaling van de ambulante ziektekosten bij een ernstige ziekte, vastgesteld door een geneesheer-specialist die wettelijk gemachtigd is om de geneeskunde te beoefenen. Deze kosten moeten rechtstreeks verband houden met één van de in de bijzondere voorwaarden vermelde ernstige ziekten en zij moeten voorgeschreven en verstrekt worden door erkende zorgverstrekkers. De betrokken kosten zijn:

- de erelonen betreffende de medische en paramedische verstrekkingen zoals kinesitherapie, fysiotherapie en logopedie;
- de kosten voor een prothese of een orthopedisch toestel zoals omschreven en vastgelegd in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit, met uitsluiting van de kosten van herstelling, vervanging en onderhoud;
- de geneesmiddelen;
- homeopathische behandelingen, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie;
- de aankoop van klein medisch materiaal en de huur van zwaar medisch materiaal.

## Module 4: Hulpverlening

### 4.1. Hulpverlening buiten België

Iedere verzekerde met de waarborg hospitalisatie, geniet ook de waarborg hulpverlening. SBAI Mondial Hulpverlening nv, hierna de Hulpverlener genoemd, ontvangt de oproepen, organiseert de hulpverlening en verzekert het repatriërisico van de verzekerde naar België.

Iedere verzekerde die tijdens een verblijf om privé- of beroepsredenen (d.w.z. ter gelegenheid van administratieve, culturele of commerciële activiteiten met uitsluiting van iedere duidelijk gevaarlijke technische of sportieve activiteit) in het buitenland ziek wordt of betrokken is in een ongeval, geniet de waarborg hulpverlening:

- a) eerste hulp en oproep om hulpverlening:
  - voor dringende eerste hulp en/of noodvervoer moet er een beroep gedaan worden op de plaatselijke instellingen in wiens plaats de Hulpverlener niet kan optreden. De in het buitenland gemaakte kosten worden na voorlegging van de originele bewijsstukken terugbetaald:
    - tot € 1.000 voor het vervoer naar de dichtstbijzijnde geneesheer of de dichtstbijzijnde ziekenhuisinstelling voor de ontvangst van de eerste zorgen.
    - voor het plaatselijke vervoer per ziekenwagen indien voorgeschreven door een geneesheer.
  - de Hulpverlener heeft de volgende hulpverleningsplicht:
    - het leggen van al de nodige contacten tussen zijn medische dienst en de behandelende geneesheer en, zo nodig, de huisarts van de verzekerde.
    - de nodige beslissingen nemen rekening houdend met de medische belangen van de verzekerde en met de geldende gezondheidsregels, meer bepaald:
      - de keuze tussen wachten, regionaal vervoer of repatriëring;
      - de bepaling van de datum van vervoer;

- de keuze van het vervoermiddel;
- de noodzaak van medische begeleiding;
- het eventueel meereizen van een reisgenoot die eveneens verzekerd is, om de vervoerde of gerepatrieerde persoon te vergezellen tot op de plaats van bestemming.
- de organisatie van het gekozen vervoer naar de meest geschikte ziekenhuisinstelling voor gepaste verzorging; in geval van repatriëring wordt het vervoer georganiseerd tot een erkende ziekenhuisinstelling nabij de woonplaats van de verzekerde, of tot zijn woonplaats indien zijn toestand geen hospitalisatie vergt.

De medische kosten van kleine aandoeningen of van lichte letsels die ter plaatse behandeld kunnen worden, worden slechts ten laste genomen binnen de limieten van de overeenkomst; de organisatie van het vervoer wordt beperkt tot de plek waar de gepaste verzorging kan worden verstrekt.

- b) vooruitbetaling van medische kosten:  
wanneer de verzekerde voor onmiddellijk betaalbare medische kosten komt te staan, schiet de Hulpverlener deze kosten voor.
- c) bijstand aan een gehospitaliseerde verzekerde:  
wanneer een niet-vergezeld verzekerde tijdens een verblijf in het buitenland gehospitaliseerd moet worden, organiseert de Hulpverlener de heen- en terugreis van een in België verblijvend familielid om zich naar de gehospitaliseerde te begeven, indien vanaf de eerste medische contacten blijkt dat vervoer of repatriëring onmogelijk uitgevoerd kan worden binnen de zeven dagen volgend op de aangifte van het voorval. Deze termijn van zeven dagen geldt evenwel niet voor een gehospitaliseerd kind van minder dan achttien jaar.  
De Hulpverlener komt ook tegemoet in de verblijfskosten van het familielid dat zich naar de gehospitaliseerde verzekerde begeeft, en dit tot beloop van € 620.
- d) repatriëring van de andere verzekerde familieleden die de gehospitaliseerde verzekerde vergezellen:
- wanneer een gebeurtenis tot de hospitalisatie van een ouder in het buitenland leidt en de minderjarige kinderen die deze verzekerde vergezellen verhindert naar hun verblijfplaats in België terug te keren, dan organiseert de Hulpverlener hun terugkeer van de plaats van immobilisatie naar hun woonplaats in België en betaalt de kosten ervan terug.  
Indien daarenboven niemand toezicht kan houden op de minderjarige kinderen die de verzekerde vergezellen, dan organiseert de Hulpverlener de begeleiding ervan door een door de familie aangeduide persoon die in België woont en neemt de kosten hiervan ten laste. De Hulpverlener neemt indien nodig de heen- en terugreis en de verblijfskosten van de begeleider, tot beloop van maximaal een nacht, ten laste.
  - wanneer een gebeurtenis tot de hospitalisatie van een verzekerd familielid in het buitenland leidt en de andere verzekerde familieleden die de gehospitaliseerde verzekerde vergezellen verhindert naar hun verblijfplaats in België terug te keren, dan organiseert de Hulpverlener hun terugkeer van de plaats van immobilisatie naar hun woonplaats in België en betaalt de kosten ervan terug.
- e) repatriëring bij overlijden:  
wanneer een verzekerde overlijdt tijdens een verblijf in het buitenland, organiseert de Hulpverlener het vervoer of de repatriëring van het stoffelijk overschot van de ziekenhuisinstelling of het mortuarium, tot de woonplaats in België of tot de begraafplaats in de nabijheid van de woonplaats. De kosten (met uitzondering van de begrafenisplechtigheid en van de teraardebestelling) worden terugbetaald tot beloop van € 1.490.
- f) opsporings- en reddingskosten:  
de Hulpverlener betaalt tot € 5.000 per verzekerde persoon van de werkingskosten van een reddings- of opsporingsdienst naar aanleiding van een ongeval of verdwijning.
- g) opsturen van geneesmiddelen en hulpmiddelen:  
indien de verzekerde geneesmiddelen, prothesen, brilglazen of contactlenzen verliest of indien deze gestolen worden, dan organiseert de Hulpverlener hun vervanging en betaalt hun verzending. Dit gebeurt enkel indien deze geneesmiddelen of hulpmiddelen onmisbaar zijn voor de verzekerde en

voorgeschreven werden door een geneesheer en op voorwaarde dat gelijkaardige alternatieven ter plaatse in het buitenland niet beschikbaar zijn.

De geneesmiddelen en prothesen dienen erkend te zijn door de Belgische Sociale Zekerheid. Voor wat betreft de geneesmiddelen is een voorafgaandelijk akkoord van de adviserende geneesheer van de Hulpverlener vereist en kan de tussenkomst geweigerd worden indien het gebruik van deze geneesmiddelen verboden is door de plaatselijke wetgeving.

De aankooprijks van deze zaken dient binnen 30 dagen na de betaling vanwege de Hulpverlener, door de verzekerde terugbetaald te worden.

h) doctor on call:

indien de verzekerde tijdens een verblijf in het buitenland getroffen wordt door een onverwacht ernstig gezondheidsprobleem, dan organiseert en betaalt de Hulpverlener een telefonisch contact met een geneesheer in België. De verzekerde kan aldus overleg plegen met deze geneesheer betreffende zijn gezondheidstoestand en de eventueel te nemen voorzorgsmaatregelen.

i) psychologische bijstand:

de psychologische bijstand, zoals hierna omschreven in het luik "4.2. Hulpverlening in België" onder punt c "psychologische bijstand", wordt in het buitenland telefonisch georganiseerd indien deze onmiddellijk vereist is.

Initiatief van de prestaties, beslissing en verantwoordelijkheid:

**Nadat een gebeurtenis die vatbaar is voor tegemoetkoming zich heeft voorgedaan, dient elke prestatie onmiddellijk telefonisch aangevraagd te worden op het nummer +32 2 773 61 09 dat 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 bereikbaar is.**

Van zodra hij op de hoogte gebracht is van een gebeurtenis die aanleiding geeft tot hulpverlening, neemt de Hulpverlener de leiding over de operaties. Hij beslist als enige over de hulpverlening die hij organiseert alsook over het aan te wenden vervoermiddel.

- De algemene verplichting van hulpverlening wordt opgeschort wanneer het aanbod van tussenkomst van de Hulpverlener geweigerd wordt of zijn vraag om contacten te leggen, alsook bij weigering inlichtingen te verschaffen (inclusief deze betreffende eventuele andere verzekeringen met hetzelfde doel en aangaande dezelfde risico's als deze verzekerd door onderhavige overeenkomst), onderzoeken, attesten of getuigschriften te verstrekken die hij nodig acht om de aangehaalde gebeurtenis in te schatten, er de ernst van te bepalen, er de omstandigheden van vast te stellen, het eventueel bestaan van een in te roepen uitsluitingsgrond of de vereiste graad van verwantschap vast te stellen.
- Wanneer een verzekerde of zijn entourage een van de bovengenoemde prestaties zelf organiseert (zelf georganiseerde hulpverlening), komen de daarmee verband houdende kosten en uitgaven slechts in aanmerking voor terugbetaling wanneer de Hulpverlener op de hoogte gebracht werd van deze werkwijze en hij uitdrukkelijk zijn voorafgaand akkoord gegeven heeft door toewijzing van een dossiernummer. Indien de Hulpverlener geen akkoord gegeven heeft, heeft hij het recht om zijn tussenkomst te weigeren.

#### 4.2. Hulpverlening in België:

a) infolijnen:

deze dienst is telefonisch bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 09u00 tot 17u00.

De Hulpverlener verstrekt aan de verzekerde het adres en telefoonnummer van volgende medische diensten in België:

- instellingen voor thuisverzorging;
- verhuurders van medisch materiaal;
- revalidatiecentra;
- bejaardentehuizen.

Voor informatie over de hiernavolgende diensten is de Hulpverlener **24 uur op 24 en 7 dagen op 7 bereikbaar:**

- ziekenhuisinstellingen;
- geneesheren van wacht;
- apothekers van wacht;
- ziekenwagendiensten in de omgeving van de verzekerde.

- b) specifiek verzorgingspakket bij hospitalisatie:
- organisatie ziekenhuisopname, reserveren van een kamer in een ziekenhuisinstelling.
  - organisatie thuiszorg gedurende 2 maand na een hospitalisatie van minstens 3 overnachtingen: de Hulpverlener organiseert voor de verzekerde de poetsdienst, de strijkhulp, de huishoudelijke hulp, de boodschappendienst en de tuinman.
  - organisatie en betaling van het transport van en naar de ziekenhuisinstelling: indien de verzekerde niet in staat is, omwille van medische redenen, zich op eigen krachten te verplaatsen, organiseert en betaalt de Hulpverlener het vervoer per ziekenwagen naar de dichtstbij gelegen ziekenhuisinstelling of een ziekenhuisinstelling die beter aangepast is aan de medische toestand van de verzekerde voor zover het een opname betreft van meer dan 1 overnachting. De Hulpverlener kan ook voorzien in de terugkeer naar de woonplaats van de verzekerde.
  - organisatie en betaling van volgende diensten:
    - de oppas van kinderen tot 14 jaar tijdens de hospitalisatie van een ouder gedurende maximaal 8 dagen en beperkt tot € 65 per dag;
    - de oppas van hond en/of kat van de verzekerde tijdens zijn/haar hospitalisatie en beperkt tot € 125;
    - de inhaallessen voor kinderen in het lager en secundair onderwijs na hun hospitalisatie voor zover zij verzekerd zijn en beperkt tot € 250.
  - organisatie en betaling van een chauffeur: de Hulpverlener zorgt na een hospitalisatie van minstens 3 overnachtingen van een verzekerde voor een vervangingschauffeur voor:
    - zover de verzekerde medisch ongeschikt werd bevonden om een voertuig te besturen;
    - maximaal 3 kalenderdagen (3 maal 8 uur);
    - zover het voertuig van de verzekerde rijklaar is en voldoet aan alle wettelijke reglementeringen.

Deze vervangingschauffeur zal het voertuig van de verzekerde besturen.  
De hulpverlener engageert zich om deze dienst aan te bieden vanaf 6 uur na de oproep door de verzekerde en voorziet deze waarborg enkel in België.
- c) psychologische bijstand:
- voor de verzekerde: de Hulpverlener organiseert en betaalt de psychologische bijstand die vereist zou zijn bij een hospitalisatie van minimum 5 overnachtingen ten gevolge van een ongeval voor zover deze voorgeschreven wordt door een geneesheer. Deze bijstand wordt beperkt tot maximaal 5 sessies bij een psycholoog of een erkende psychotherapeut in België.
  - voor de nabestaanden: de Hulpverlener organiseert en betaalt de psychologische bijstand voor de nabestaanden van de verzekerde die vereist zou zijn naar aanleiding van het overlijden van de verzekerde ten gevolge van een ongeval voor zover deze voorgeschreven wordt door een geneesheer. Deze bijstand wordt beperkt tot maximaal 10 sessies bij een psycholoog of een erkende psychotherapeut in België.
- d) infolijn reisvoorbereiding – deze dienst is telefonisch bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 09u00 tot 17u00:  
de Hulpverlener helpt de verzekerde bij de reisvoorbereiding door informatie te geven over:
- de hygiënische en medische voorzorgmaatregelen;
  - de verplichte en aanbevolen inenting;
  - de administratieve formaliteiten voor reizigers, voertuigen en huisdieren;
  - de adressen van buitenlandse consulaten en toerismebureaus in België;
  - de adressen van Belgische consulaten in het buitenland.

**Voor de hulpverlening in het binnenland dient de verzekerde de Hulpverlener te contacteren op het nummer 02/773 61 09.**

## Artikel 8 - Niet-gedekte risico's

Er is nooit verzekeringswaarborg voor een schadegeval:

- dat zich voordoet bij oorlogsfeiten, dat met name rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeit uit een offensieve of defensieve daad van een oorlogvoerende mogendheid of uit elke andere militaire gebeurtenis;
- dat zich voordoet ten gevolge van oproer, burgeronlusten, collectieve geweldplegingen van politieke, ideologische of sociale aard, al dan niet gepaard gaand met opstand tegen de overheid of alle gestelde machten indien de verzekerde actief en vrijwillig aan die gebeurtenissen heeft deelgenomen;
- dat voortvloeit uit het vrijwillig deelnemen aan een misdaad of misdrijf;
- dat voortvloeit uit een zelfmoordpoging;
- opzettelijk veroorzaakt door de verzekerde of de begunstigde of dat het gevolg is van een kennelijke roekeloze daad, behalve in geval van redding van personen of goederen;
- dat voortvloeit uit alcoholisme of toxicomanie, alsook de ziekten of de ongevallen en hun gevolgen overkomen aan de verzekerde wanneer hij zich in staat van dronkenschap bevindt of onder de invloed is van alcohol, verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, of deze veroorzaakt door misbruik van geneesmiddelen, op voorwaarde dat het bewijs geleverd wordt dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestand en de behandeling;
- dat voortvloeit uit ieder feit of opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong, wanneer dat feit of die feiten voortvloeien uit of het resultaat zijn van radioactieve, toxische, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire grondstoffen, radioactieve producten of radioactief afval, evenals alle schade die rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeit uit iedere bron van ioniserende stralingen;
- dat het gevolg is van iedere bezoldigde sportactiviteit<sup>1</sup>, met inbegrip van trainingen.

## Artikel 9 - Uitgesloten risico's en beperking van de waarborg

### 1. Bepalingen met betrekking tot de waarborg hospitalisatie

1.1 Er is geen terugbetaling van de kosten:

- voor een hospitalisatie waarvan de oorzaak het voorwerp uitmaakt van een uitsluiting op grond van medische formaliteiten;
- voor een hospitalisatie die reeds aan de gang is op de datum van aansluiting van de verzekerde;
- voor een hospitalisatie die begint tijdens de wachttijd;
- voor een hospitalisatie met betrekking tot een gebrek en/of een ziekte die bestond op het moment van aansluiting van de verzekerde en die reeds tot uiting was gekomen door objectieve symptomen die vatbaar waren voor een diagnose. De waarborg is evenwel verworven indien de verzekerde in de loop van het jaar dat volgt op de datum van aansluiting niet werd gehospitaliseerd of geen medische behandeling ondergaan heeft in verband met de vooraf bestaande oorzaak;
- voor elke vorm van sterilisatie, gevolgen en consequenties;
- voor een hospitalisatie waarbij de verzekerde zich doelbewust buiten België begeeft om er verzorgd te worden;
- voor esthetische verzorging en behandeling. Voor behandelingen van plastisch-esthetische chirurgie van functionele aard die door de Z.I.V. aanvaard werden, komt de verzekeringsonderneming wel tegemoet in de hospitalisatiekosten in een tweepersoonskamer, doch met uitsluiting van de ereloon-supplementen en van het medisch materiaal waarvoor de Z.I.V. niet voorziet in terugbetaling;
- voor tandverzorging, tandmateriaal, tandprothesen, stomatologische prestaties, tandchirurgie en dentomaxillaire faciale orthopedie met inbegrip van orthodontische behandelingen, behalve:
  - a) tandverzorging, plaatsing van tandmateriaal of tandprothesen, stomatologische prestaties, tandchirurgie en dentomaxillaire faciale orthopedie als gevolg van een gedekt ongeval;
  - b) de prestaties geleverd door een stomatoloog gedurende een hospitalisatie, die het gevolg zijn van een ziekte, die geen pathologie van de tanden, tandvles en de kaken inhoudt, onder voorbehoud van voorafgaande toelating zoals bepaald in artikel 10;

<sup>1</sup> in de zin van de wet van 24 februari 1978 betreffende de arbeidsovereenkomst voor betaalde sportbeoefenaars

## 1.2 Beperking van de waarborg:

- voor een hospitalisatie op de dienst geriatrie of revalidatie of functionele reëducatie vanaf de eenendertigste nacht van de hospitalisatie. De verzekeringsonderneming beperkt, voor wat de bijkomende nachten betreft, haar tegemoetkoming tot maximaal het bedrag dat wordt gefactureerd voor de verblijfskosten in een tweepersoonskamer en met uitsluiting van de ereloon-supplementen. Indien tussen twee verblijven op de dienst geriatrie of revalidatie of functionele reëducatie geen dertig dagen zijn verstreken, worden deze beschouwd als deel uitmakend van een enkele hospitalisatie.
- de behandeling van aandoeningen van neurologische of psychische aard zijn uitgesloten, behalve deze die medisch kunnen worden geobjectiveerd door verwijzing naar de classificatie van de Officiële Belgische Schaal ter bepaling van de graad van Invaliditeit. De kosten met betrekking tot de behandeling van deze gewaarborgde zenuw- of geestes-aandoeningen worden slechts terugbetaald voor een hospitalisatie van maximum twee al dan niet opeenvolgende jaren, samengeteld vanaf de aanvang van de eerste hospitalisatie.
- een hospitalisatie in het kader van de behandeling tegen de onvruchtbaarheid "in-vitro bevruchting" wordt terugbetaald voor zover de door de Z.I.V. vereiste voorwaarden voor de terugbetaling van de sociale zekerheid vervuld zijn. Wanneer deze voorwaarden niet vervuld zijn, komt de verzekeringsonderneming niet tussen in de kosten.

## 2. Bepalingen met betrekking tot de waarborg ziektekostenverzekering in geval van een ernstige ziekte Er is geen terugbetaling van de kosten wanneer de ziekte reeds bestond op het moment van aansluiting van de verzekerde en reeds tot uiting was gekomen door objectieve symptomen die vatbaar waren voor een diagnose.

De waarborg is evenwel verworven wanneer de verzekerde in de loop van het jaar dat volgt op de datum van aansluiting, geen enkele medische behandeling ondergaan heeft in verband met de vooraf bestaande oorzaak.

## 3. Bepalingen met betrekking tot de waarborg hulpverlening buiten België

In de volgende gevallen wordt er geen bijstand aan personen verleend:

- ziekteherstel en aandoening waarvan de behandeling aan de gang is;
- terugval in een ziekte die reeds vastgesteld werd vóór de afreis en die een reëel risico van verergering inhoudt;
- de kosten opgelopen na het door de Hulpverlener aangeduide tijdstip van repatriëring van de verzekerde wanneer deze laatste of zijn familie weigeren dat de repatriëring op het aangeduide tijdstip plaatsvindt;
- wanneer de verzekerde zich doelbewust buiten België begeeft om er verzorgd te worden.

## **Artikel 10 - Voorafgaande toelating van de verzekeringsonderneming**

De tegemoetkoming van de verzekeringsonderneming is in de volgende gevallen afhankelijk van de voorafgaande toelating van de adviserende geneesheer:

- tandverzorging, tandbehandeling, plaatsing van tandmateriaal of tandprothesen als gevolg van een gewaarborgd ongeval;
- tandverzorging en tandbehandeling door een stomatoloog gedurende een hospitalisatie;
- plastische chirurgie en herstelchirurgie;
- orthopedisch materiaal en prothesen;
- de obesitasbehandelingen.

De adviserende geneesheer van de verzekeringsonderneming beslist op grond van omstandige verslagen (beschrijving van de behandeling, duur en gevraagde prijs) die hem worden voorgelegd, over de noodzaak van de voorgestelde behandeling en over het bedrag van de toe te kennen tegemoetkoming.

De bovenvermelde verslagen moeten uiterlijk vijftien dagen voor de voorziene datum van hospitalisatie in het bezit van de adviserende geneesheer zijn.

Zonder voorafgaandelijk akkoord van de adviserende geneesheer, komt de verzekeringsonderneming noch in de kosten tijdens hospitalisatie, noch in de kosten vóór en na hospitalisatie tegemoet.

## Hoofdstuk III - De premies

### Artikel 11 - Premiebetaling

De premies zijn jaarlijks en vooraf betaalbaar. Zij mogen in maandelijkse gedeelten vereffend worden na vervallen termijn. Zij zijn verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand van aansluiting. De premies worden verhoogd met alle toeslagen zoals tegenwoordige of toekomstige taksen en bijdragen tenzij anders vermeld in de bijzondere voorwaarden.

### Artikel 12 - Opzegging en schorsing van de verzekeringswaarborg wegens niet-betaling van de premie

Bij niet-betaling van een jaarlijkse premie of een maandelijks premiegedeelte wordt de waarborg geschorst nadat door de verzekeringsonderneming een ingebrekestelling werd verstuurd.

De ingebrekestelling voorziet in een termijn van zestien dagen vanaf de datum van de aangetekende brief om de verschuldigde sommen te betalen.

Indien de premies binnen die termijn niet in het bezit van de verzekeringsonderneming zijn, wordt de waarborg geschorst vanaf de zestiende dag na de datum van de ingebrekestelling.

De waarborg heeft opnieuw uitwerking de dag na de volledige betaling van de premies aan de verzekeringsonderneming.

Tijdens de periode van schorsing en ten vroegste de zestiende dag volgend op de aanvang van die schorsing, kan de verzekeringsonderneming de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst opzeggen. De opzegging treedt in zestien dagen na verzending van een aangetekende brief door de verzekeringsonderneming, tenzij de premies ondertussen betaald werden.

## Hoofdstuk IV - Aangifte van schadegeval en terugbetaling van de kosten

### Artikel 13 - Aangifte

- a) In geval van hospitalisatie in België of buiten België moet de verzekerde het schadegeval onverwijld en uiterlijk binnen drie maanden nadat het zich heeft voorgedaan, bij de verzekeringsonderneming aangeven.

Indien de aangifte na die termijn geschiedt, verliest de verzekerde evenwel niet het recht op de verstrekkingen van deze collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst, op voorwaarde dat het bewijs geleverd wordt dat de aangifte zo vlug als redelijk mogelijk was werd gedaan.

De verzekerde stuurt de aangifte van schadegeval degelijk ingevuld naar de verzekeringsonderneming, samen met alle originele bewijsstukken (factuur van de ziekenhuisinstelling in geval van hospitalisatie), getuigschriften en verslagen die het bestaan van de kosten, waarvan de terugbetaling gewaarborgd is, staven.

- b) Gebruik van de **AssurCard**

Elke verzekerde die in het bezit is van een **AssurCard**, kan de hospitalisatie in België, overeenkomstig de bijzondere voorwaarden, aangeven via het systeem van gegevensuitwisseling dat hem ter beschikking wordt gesteld. Voor alle vragen om inlichtingen betreffende **AssurCard**, kan de verzekerde het groene nummer 0800 32 213 contacteren.

- c) Elk verzoek tot hulpverlening buiten België dient, onmiddellijk nadat een gebeurtenis die vatbaar is voor tegemoetkoming zich heeft voorgedaan, telefonisch aangevraagd te worden op het nummer +32 2 773 61 09 dat 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 bereikbaar is.

De verzekeringsonderneming en de hulpverlener kunnen alle bijkomende stukken opvragen die noodzakelijk worden geacht en de verzekerde verbindt zich ertoe deze aan zijn behandelende geneesheer te vragen.

Alle medische gegevens worden vastgesteld door de adviserende geneesheer van de verzekeringsonderneming en/of de hulpverlener.

De bewijsstukken moeten in het bezit van de verzekeringsonderneming zijn binnen een termijn van één jaar te rekenen vanaf de aanvang van het schadegeval.

Indien op grond van voornoemde documenten de adviserende geneesheer van de verzekeringsonderneming geen standpunt kan innemen, zal de verzekerde zijn instemming betuigen en medewerking verlenen aan de te verrichten medische onderzoeken die de adviserende geneesheer van de verzekeringsonderneming moeten toelaten een oordeel te vellen.

### Artikel 14 - Berekening van de tegemoetkoming vanwege de verzekeringsonderneming en vanwege de Hulpverlener in de gemaakte kosten

De terugbetaling door de verzekeringsonderneming van de in België of buiten België gemaakte ziektekosten, gewaarborgd door de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst, wordt als volgt berekend:

- a) van het bedrag van de kosten worden afgetrokken:
- het bedrag van de wettelijke tegemoetkomingen.  
Indien de verzekerde om welke reden ook geen aanspraak kan maken op deze wettelijke tegemoetkoming, wordt een fictief bedrag in acht genomen dat gelijk is aan het bedrag van de wettelijke tegemoetkomingen waarin voorzien wordt door de Belgische sociale wetgeving Z.I.V. - sector ziektekostenverzekering - stelsel voor werknemers. Indien de verzekerde enkel recht heeft op de grote risico's van het ziekenfonds, wordt een fictief bedrag in acht genomen dat gelijk is aan het bedrag van de wettelijke tegemoetkomingen waarin voorzien wordt door de Belgische sociale wetgeving Z.I.V. - sector ziektekostenverzekering - stelsel voor werknemers.

- het bedrag van alle andere terugbetalingen met betrekking tot de gemaakte kosten met inbegrip van de terugbetalingen waarop de verzekerde recht heeft in het kader van een vrije en aanvullende hospitalisatieverzekering bij zijn ziekenfonds.
- b) wanneer er een wettelijke tegemoetkoming bestaat, worden de ziektekosten ten laste van de patiënt integraal terugbetaald. Is er geen wettelijke tegemoetkoming dan worden de ziektekosten ten laste van de patiënt voor 50% terugbetaald:
- voor de verblijfkosten betaalt de verzekeringsonderneming de supplementen terug die ten laste van de patiënt gelegd worden voor een éénpersoons- en een tweepersoonskamer (krachtens de wettelijke en reglementaire bepalingen die van toepassing zijn op de ziekenhuisinstellingen);
  - voor de medische kosten en de medische erelonen, betaalt de verzekeringsonderneming de supplementen terug die voor elke verstrekking van geneeskundige verzorging ten laste van de patiënt gelegd worden (ingevolge de wettelijke en reglementaire bepalingen die van toepassing zijn op de ziekenhuisinstellingen);
  - de verzekeringsonderneming betaalt de supplementen terug die voor de geneesmiddelen ten laste van de patiënt gelegd worden;
  - voor de aankoop van klein medisch materiaal en het huren van zwaar medisch materiaal betaalt de verzekeringsonderneming de supplementen ten laste van de patiënt terug.

De kosten van medische verzorging vermeld op de hospitalisatiefactuur worden echter voor 100% terugbetaald, op voorwaarde dat de factuur minstens één verstrekte verzorging vermeldt die in aanmerking komt voor een wettelijke tegemoetkoming.

- c) het aldus bepaald bedrag wordt verminderd met de in de bijzondere voorwaarden bepaalde schadevrijstelling.
- d) het saldo wordt terugbetaald door de verzekeringsonderneming, rekening gehouden met de grensbedragen bepaald in de algemene en bijzondere voorwaarden.

De financiële verbintenissen van de Hulpverlener zijn:

- a) algemene verbintenis:  
de kosten van de door de Hulpverlener georganiseerde hulpverlening worden door deze laatste gedragen binnen de perken van deze collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst. Aangezien de prestatieverstrekking in geen geval mag leiden tot financiële verrijking, trekt de Hulpverlener van de door hem gedragen kosten de uitgaven af die zouden gemaakt geweest zijn indien het schadegeval zich niet had voorgedaan, zoals trein-, autocar-, vliegtuig- of overzetkosten, tolgeld en brandstofkosten van het voertuig, en hij behoudt zich het recht voor de ongebruikte vervoerbewijzen op te vragen.
- b) buitenlandse communicatiekosten (telefoon, telefax, telex, telegram, internet):  
na voorlegging van bewijsstukken worden deze kosten terugbetaald voor elke tot de Hulpverlener gerichte communicatie betreffende een door deze collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst verzekerde hulpverlening.
- c) zelf georganiseerde hulpverlening:  
de kosten van zelf georganiseerde hulpverlening (hoofdstuk II, artikel 7, module 4) worden slechts terugbetaald tot beloop van deze die de Hulpverlener zou gedragen hebben indien hij de hulpverlening zelf had moeten organiseren.
- d) schuldbekentenis:  
de dienstverleningskosten en elke betaling die door de Hulpverlener vereffend wordt en die niet voor zijn rekening was, worden beschouwd als een voorschot aan de begunstigde. Deze laatste verbindt er zich toe dit voorschot terug te betalen zodra hij daartoe uitgenodigd wordt door de Hulpverlener. Na dertig dagen worden de verschuldigde sommen forfaitair verhoogd met 20%, met een minimum van € 123,95 alsook met een intrest van 1% per verstreken maand.

### Artikel 15 - Betaling van de prestaties door de verzekeringsonderneming

- a) De prestaties worden uitbetaald aan de verzekerde, het personeelslid-hoofdverzekerde van de onderneming die de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst onderschreven heeft, ofwel aan zijn erfgenamen, ofwel aan iedere door de verzekerde uitdrukkelijk aangeduide persoon.  
De hospitalisatiefactuur wordt terugbetaald binnen de tien kalenderdagen die volgen op de ontvangst van de factuur door de verzekeringsonderneming, op voorwaarde dat deze laatste in het bezit is van het volledig dossier betreffende de medische kosten van de verzekerde en dat het schadegeval werd aanvaard in het kader van de algemene en bijzondere voorwaarden van onderhavige overeenkomst.
- b) Elke verzekerde die in het bezit is van een **AssurCard**, kan bij een hospitalisatie in België het stelsel van derde betaler genieten, op voorwaarde dat de verzekeringsonderneming haar toelating gegeven heeft voor de terugbetaling van de kosten. In dat geval wordt de hospitalisatiefactuur naar de verzekeringsonderneming gestuurd, die het bedrag ervan rechtstreeks betaalt aan de ziekenhuisinstelling overeenkomstig de algemene en bijzondere voorwaarden van onderhavige overeenkomst.

### Artikel 16 - Medische expertise

In het geval van meningsverschil tussen de adviserende geneesheer van de verzekeringsonderneming en de geneesheer gekozen door de verzekerde, staat het de verzekerde vrij een minnelijke medische expertise aan te vragen.

Elke partij duidt een geneesheer aan die als deskundige optreedt. Bij meningsverschil duiden de twee deskundigen een derde deskundige aan.

Indien één van de partijen verzuimt haar deskundige aan te duiden binnen een termijn van zestien dagen na verzoek daartoe per aangetekende brief of indien de door de partijen aangeduide deskundigen het niet eens worden over de aanduiding van de derde deskundige, geschiedt de aanduiding op verzoek van de meest gereede partij door de voorzitter van de Rechtbank van Eerste Aanleg van het gerechtelijk arrondissement van de woonplaats of de maatschappelijke zetel van die partij.

Iedere partij staat in voor de kosten en de honoraria van de deskundige die zij aanduidt, met inbegrip van alle onderzoeken of bijkomende medische daden die de deskundige in het raam van de expertise zou kunnen vragen.

Iedere partij staat in voor de helft van de kosten en honoraria van de derde deskundige, met inbegrip van alle onderzoeken en bijkomende medische daden die de derde deskundige in het raam van de expertise zou kunnen vragen.

## Hoofdstuk V - Diverse bepalingen

### Artikel 17 - Betaling van een bijkomende premie en voortzetting in individuele verzekering

#### 1. Betaling van een bijkomende premie

De verzekeringsonderneming licht de verzekeringnemer in over de mogelijkheid voor de verzekerde om individueel een bijkomende premie te betalen. De verzekeringnemer bezorgt die informatie onmiddellijk aan de hoofdverzekerde. De betaling van die bijkomende premies heeft tot gevolg dat in geval van individuele voortzetting, de premie die de verzekerde individueel zal moeten betalen berekend wordt, rekening houdend met de reeds verrichte bijkomende stortingen.

#### 2. Individuele voortzetting zonder medische formaliteiten en zonder wachttijd

Wanneer de hoofdverzekerde gedurende minstens twee jaren ononderbroken aangesloten geweest is bij een ziektekostenverzekering en hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest, heeft hij het recht om de ziektekostenverzekering waarborg hospitalisatie individueel voort te zetten.

Wanneer de hoofdverzekerde gedurende minstens twee jaren ononderbroken aangesloten geweest is bij een ziektekostenverzekering, en de medeverzekerde het voordeel van de collectieve verzekering verliest, heeft hij het recht om de ziektekostenverzekering waarborg hospitalisatie individueel voort te zetten.

Dit contract wordt opgemaakt op basis van de voorwaarden en de tarieven van de individuele verzekeringscontracten zoals die door de verzekeringsonderneming aangeboden worden op het ogenblik van de onderschrijving. De toegekende waarborgen zijn gelijksoortig en beperkt tot deze van onderhavige collectieve ziektenverzekeringsovereenkomst.

De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, brengt de hoofdverzekerde binnen de dertig dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering op de hoogte van het precieze tijdstip van dit verlies en van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten. Daarbij informeert hij de hoofdverzekerde over de termijn waarbinnen deze en, in voorkomend geval, de medeverzekerden het recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen. De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar maakt de hoofdverzekerde tegelijkertijd de contactgegevens over van de betrokken verzekeringsonderneming.

De hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde, beschikken over een termijn van dertig dagen om de verzekeraar kennis te geven van zijn voornemen om de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst individueel voort te zetten.

Wanneer de medeverzekerde het voordeel van de collectieve verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van die verzekering door de hoofdverzekerde, beschikt de medeverzekerde over een termijn van honderd en vijf dagen rekenen van het tijdstip waarop hij voornoemd voordeel verliest om de verzekeraar in kennis te stellen van zijn voornemen om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen.

In alle andere gevallen zal de individuele voortzetting op individuele basis met medische formaliteiten geschieden.

### Artikel 18 - Inwerkingtreding van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst

De collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum die in gemeenschappelijk overleg bepaald wordt in artikel 1 van de bijzondere voorwaarden, na ondertekening van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst door de contracterende partijen (artikels 1 en 2 van de algemene voorwaarden) en na betaling van de eerste premie.

Indien uiterlijk 45 dagen na het opsturen van het borderel dat alle aangeslotenen vermeldt, de premie niet is betaald, dan is deze collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst van rechtswege nietig.

### **Artikel 19 - Duur van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst**

De collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst wordt gesloten tot 31 december van het jaar dat volgt op haar inwerkingtreding. Op het einde van deze eerste periode wordt ze stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd voor een termijn van één jaar, behoudens opzegging door middel van een aangetekende brief die minstens drie maanden vóór het einde van het lopende verzekeringsjaar naar de andere partij verstuurd wordt.

### **Artikel 20 - Wijziging van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst**

In geval van conventionele, wettelijke of reglementaire wijzigingen inzake sociale zekerheid, verplichte verzekering tegen arbeidsongevallen en ongevallen op de weg naar en van het werk of beroepsziekten of wijziging van de wet op de ziekenhuizen, of in geval van elke andere wettelijke of reglementaire wijziging, die betekenisvolle invloed heeft op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties, behoudt de verzekeringsonderneming zich het recht voor de verzekeringsvoorwaarden te wijzigen, na de verzekeringnemer ervan verwittigd te hebben.

De verzekeringnemer kan de overeenkomst in elk geval opzeggen binnen de drie maanden na de kennisgeving van de wijziging.

### **Artikel 21 - Einde van de prestaties van de verzekeringsonderneming**

De prestaties van de verzekeringsonderneming lopen onmiddellijk ten einde na afloop van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst, op de datum van opzegging of zodra de verzekerde zijn hoedanigheid van verzekerde verliest zoals bepaald in de bijzondere voorwaarden.

Voor de gevallen bepaald in artikel 6 van de bijzondere voorwaarden wordt afgeweken indien een hospitalisatie aan de gang is wanneer de hoedanigheid van verzekerde verloren gaat. In voorkomend geval worden de prestaties in verband met de kosten van deze hospitalisatie gedurende maximum zes maanden voortgezet, op voorwaarde dat het gaat om een ononderbroken hospitalisatie, met uitsluiting van de kosten posthospitalisatie.

### **Artikel 22 - Verzekeringsgebied**

De collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst is geldig over de ganse wereld, voor zover de controle waarvan sprake in artikels 13 en 16 uitgevoerd kan worden.

De kosten die gemaakt worden tijdens een hospitalisatie in het buitenland worden terugbetaald, op voorwaarde dat het gaat om een dringende hospitalisatie.

### **Artikel 23 - Kennisgevingen**

Iedere wijziging van de woonplaats moet binnen dertig dagen aan de verzekeringsonderneming worden betekend. De kennisgevingen aan de verzekeringnemer of aan de verzekerde worden geldig betekend op hun laatste aan de verzekeringsonderneming gemeld adres.

De kennisgevingen die bestemd zijn voor de verzekeringsonderneming, moeten worden gedaan aan haar maatschappelijke zetel. Elke kennisgeving van de ene partij aan de andere wordt geacht verricht te zijn op de datum van de afgifte op de post.

### **Artikel 24 - Indeplaatsstelling van de verzekeringsonderneming**

Door het feit dat de verzekeringswaarborg van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst verschuldigd is, of ingeval de verzekeringsonderneming die reeds zou hebben verleend, treedt deze laatste in de rechten die kunnen toebehoren aan de verzekeringnemer of aan de verzekerde tegen alle voor een ongeval of een ziekte aansprakelijke derden.

De verzekeringnemer en/of de verzekerde kunnen niet volledig of gedeeltelijk afzien van hun verhaalrecht ten opzichte van enige derde, zonder de schriftelijke goedkeuring van de verzekeringsonderneming. De verzekeringnemer en/of de verzekerde dient aan de verzekeringsonderneming alle nodige inlichtingen te verschaffen zodat deze laatste haar verhaal kan uitoefenen ten opzichte van derden.

### **Artikel 25 - Toepasselijke wetgeving - bevoegde rechtbank**

De Belgische wet is van toepassing op de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst.

Betwistingen tussen de partijen betreffende de uitvoering van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst vallen onder de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken.

Indien de verzekeringnemer niet in België gevestigd is, is alleen de Rechtbank van Eerste Aanleg van Brussel bevoegd.

### **Bescherming van de persoonlijke levenssfeer en rechten van de geregistreerde personen**

De persoonsgegevens die aan Allianz Belgium n.v. worden medegedeeld, zijn uitsluitend bestemd voor de volgende doelstellingen: evaluatie van de verzekerde risico's, beheer van de commerciële relatie, van het verzekeringscontract en van de erdoor gedekte schadegevallen, controle van de portefeuille, voorkoming van misbruiken en fraudes. Enkel voor deze doeleinden kunnen zij, indien noodzakelijk, worden overgemaakt aan een herverzekeraar, expert of een raadsman. Deze gegevens zijn toegankelijk voor de diensten onderschrijving en schadebeheer alsook voor de Dienst Juridische Zaken en Compliance bij een eventueel geschil of bij een controle, en voor de Dienst Audit in het strikte kader van de haar toevertrouwde opdrachten.

Hierbij verleent de verzekerde zijn toestemming voor de verwerking van de gegevens betreffende zijn gezondheid door de Medische Dienst en de hiervoor opgesomde bestemmingen wanneer dit noodzakelijk is voor het beheer van een polis of schadegeval.

De verzekerde aanvaardt dat de verzekeringnemer en de tussenpersoon kennis kunnen nemen van de inhoud van het contract en zijn eventuele uitsluitingsgronden.

Het niet mededelen van de vereiste gegevens kan naargelang de hypothese het volgende resultaat hebben voor Allianz Belgium n.v.: de onmogelijkheid voor haar of de weigering om een commerciële relatie aan te gaan, een dergelijke relatie verder te zetten of een operatie uit te voeren die de betrokken persoon heeft gevraagd.

Elke persoon die zijn identiteit bewijst, heeft het recht kennis te krijgen van de hem betreffende gegevens die in het bestand zijn opgenomen door een gedagtekend en ondertekend verzoek in te dienen bij de dienst:

**Bescherming van de persoonlijke levenssfeer, Allianz Belgium n.v.**, Lakensestraat 35, 1000 Brussel.

Bij dit verzoek moet er een kopie worden gevoegd van de identiteitskaart van de aanvrager en moet de naam en het adres van de geneesheer worden vermeld aan wie onze adviserend geneesheer eventuele medische gegevens mag mededelen.

Deze persoon is verder gerechtigd om alle onjuiste persoonsgegevens die op hem betrekking hebben, kosteloos te laten verbeteren of te doen verwijderen alsook om zich te verzetten tegen gebruik van die gegevens voor direct marketing door dit uitdrukkelijk te vermelden naast zijn handtekening op het voorliggende document.

### **Waarschuwing**

Elke oplichting of poging tot oplichting van de verzekeringsmaatschappij brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op basis van artikel 496 van het Strafwetboek.

### **Klachtenbehandeling**

Het Belgisch recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst. Elke klacht aangaande de uitvoering van het contract kan worden gericht aan :

- de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeüsplantsoen 35, 1000 Brussel, fax : 02/547.59.75, [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as) of

- de Ombudsdienst van de maatschappij Allianz Belgium n.v., Lakensestraat 35, 1000 Brussel, fax : 02/214.61.71, [Ombudsdienst@allianz.be](mailto:Ombudsdienst@allianz.be)

onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer om een rechtsvordering in te stellen.