

**INDIVIDUELE
HOSPITALISATIEVERZEKERING**

**ALGEMENE
VOORWAARDEN**

Inhoudsopgave

Definities

Hoofdstuk I - De contracterende partijen

Artikel 1 - Verzekeringnemer	7
Artikel 2 - Verzekeringsonderneming	7
Artikel 3 - Verzekerde	7
Artikel 4 - Begunstigde	7
Artikel 5 - Verplichtingen van de verzekeringnemer en van de verzekerde	7
Artikel 6 - Medische formaliteiten	7

Hoofdstuk II - De waarborgen

Artikel 7 - Doel van het contract	8
Artikel 8 - Niet-gedekte risico's	12
Artikel 9 - Uitgesloten risico's en beperking van de waarborg	12
Artikel 10 - Voorafgaande toelating van de verzekeringsonderneming	13
Artikel 11- Wachtijd	14

Hoofdstuk III - De premies

Artikel 12 - Premiebetaling	14
Artikel 13 - Opzegging van het contract wegens niet-betaling van de premie	14
Artikel 14 - Indexering van de premie, contractuele schadevrijstelling en andere bedragen	14

Hoofdstuk IV - Aangifte van schadegeval en terugbetaling van de kosten door de verzekeringsonderneming in de formule: A/Globaal
--

Artikel 15 - Aangifte	15
Artikel 16 - Berekening van de tegemoetkoming vanwege de verzekeringsonderneming en vanwege de Hulpverlener in de gemaakte kosten	16

Hoofdstuk V – Aangifte van schadegeval en terugbetaling van de kosten door de verzekeringsonderneming in de formule: B/ veelvoud van wettelijke tussenkomst (Z.I.V.).
--

Artikel 17 - Aangifte	18
Artikel 18 - Berekening van de tegemoetkoming vanwege de verzekeringsonderneming en vanwege de Hulpverlener in de gemaakte kosten	18

Hoofdstuk VI – Betaling van de prestaties en medische expertise
--

Artikel 19 - Betaling van de prestaties door de verzekeringsonderneming	20
Artikel 20 - Medische expertise	20

Hoofdstuk VII – Diverse bepalingen

Artikel 21- Inwerktreding van het contract	21
Artikel 22 - Duur van het contract	21
Artikel 23 - Wijziging van het contract	21
Artikel 24 - Einde van de prestaties van de verzekeringsonderneming	21
Artikel 25 - Verzekeringsgebied	22

Artikel 26 - Kennisgevingen	22
Artikel 27 - Indeplaatsstelling van de verzekeringsonderneming	22
Artikel 28 - Toepasselijke wetgeving - bevoegde rechtbank	22
Bescherming van de persoonlijke levenssfeer en rechten van de geregistreerde personen	23
Waarschuwing	23
Het indienen van eventuele klachten	23

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 n.v.

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 - .

4. AssurCard

Elektronische kaart die het derdebetalersprincipe mogelijk maakt.

5. Verzekerde

De persoon op wie het risico van het verzekerde voorval rust en die deze hoedanigheid niet heeft verloren krachtens artikel 13 en 15 van deze algemene voorwaarden.

6. Begunstigde

De persoon in wiens voordeel de verzekerde prestatie bedongen wordt.

7. Datum van aansluiting

Datum waarop de hoedanigheid van verzekerde effectief wordt, d.i. hetzij de datum van aanvang van het contract, hetzij de datum bepaald in de bijzondere voorwaarden wanneer die niet overeenstemt met de aanvangsdatum van het contract.

8. Wachtijd

Periode gedurende welke geen prestatie verschuldigd is door de maatschappij, en die begint op datum van aansluiting.

9. Verzekeringsonderneming

Allianz Benelux 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) - K.B.O. ondernemingsnummer 0403.258.197

10. Ziekenhuisinstelling

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 voorlopig 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.

11. 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 medisch materiaal.

12. Ambulante ziektekosten

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

13. 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.

14. De contractuele schadevrijstelling

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

Het verzekeringsjaar wordt berekend vanaf de hoofdvervaldag van de overeenkomst die in de bijzondere voorwaarden wordt vermeld.

15. 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.

16. Gebrek

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

17. 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.

18. 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.

19. Medisch materiaal

Onder medisch materiaal verstaat men:

- a) het klein 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 vervollledigen of toe te dienen, zoals verbanden, spuiten, steunkousen ..., met uitzondering van brilmonturen en brilglazen, contactlenzen en tandmateriaal;
- b) het zwaar 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 en de mobiliteit van de patiënt te verbeteren zoals een bed, krukken, een rolstoel ...

20. 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.

21. Verzekeringnemer

De natuurlijke of rechtspersoon die het contract met de maatschappij afsluit.

22. Prothese

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

23. Gezondheid

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

24. Schadegeval

Elke gebeurtenis die aanleiding geeft tot verzekeringswaarborg ingevolge onderhavige verzekeringsovereenkomst.

Hoofdstuk I - De contracterende partijen

Artikel 1 - Verzekeringnemer

De natuurlijke of rechtspersoon die het contract met de verzekeringsonderneming afsluit en waarvan de identiteit wordt omschreven in de bijzondere voorwaarden.

Artikel 2 - Verzekeringsonderneming

Allianz Benelux n.v.
Lakensestraat 35
1000 Brussel

Artikel 3 - Verzekerde

De persoon bedoeld in definitie 5 en waarvan de identiteit wordt omschreven in de bijzondere voorwaarden.

Artikel 4 - Begunstigde

De persoon bedoeld in definitie 6 en waarvan de identiteit wordt omschreven in de bijzondere voorwaarden.

Artikel 5 - Verplichtingen van de verzekeringnemer en van de verzekerde

De verzekeringnemer en de verzekerde 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 onderhavig contract;
- de verzekeringsonderneming op de hoogte te brengen van alle inlichtingen, om haar in staat te stellen het recht op de prestaties van onderhavig contract te beoordelen;
- De verzekeringnemer verwittigt de verzekeringsonderneming als een familielid de verzekeringsovereenkomst verlaat.
De verzekeringsonderneming doet een verzekeringsaanbod binnen de 30 dagen en de verzekerde heeft 60 dagen om het verzekeringsaanbod te aanvaarden.

De verzekeringnemer en de verzekerde perso(o)n(en) moeten op hetzelfde adres gedomicilieerd zijn.

Artikel 6 - Medische formaliteiten

- De verzekeringsonderneming kan de aanvaarding van nieuwe verzekerden of de uitbreiding van waarborgen afhankelijk maken van de resultaten van medische formaliteiten.
- De verzekeringsonderneming kan de individuele voortzetting van een collectieve ziektekostenverzekeringsovereenkomst - hospitalisatie afhankelijk maken van de resultaten van medische formaliteiten als de door de wet voorziene termijnen niet in acht worden genomen.

Hoofdstuk II - De waarborgen

Artikel 7 - Doel van het contract

Module 1: Hospitalisatie

- a) Het contract waarborgt de terugbetaling van de gemaakte ziektekosten in de ziekenhuisinstelling, naar aanleiding van 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.

De kosten die tijdens een hospitalisatie werden gemaakt en ten laste blijven van de patiënt worden door de verzekeringsonderneming terugbetaald. Deze vergoedt op basis van de door het ziekenhuis geafficheerde verpleegdagprijs van de kamer waar de patiënt verblijft evenals de door de Medische Raad goedgekeurde ereloon-supplementen die voor het geheel van de gehospitaliseerde patiënten worden toegepast.

Elk individueel engagement in verband met de medische honoraria of medische behandelingen (met inbegrip van het medisch materiaal, de geneesmiddelen, de technologieën die niet of gedeeltelijke terugbetaald worden door de Z.I.V.) dat rechtstreeks door de verzekerde met de behandelende arts of met het ziekenhuis wordt genomen, is niet tegenwerpelijk aan de verzekeringsonderneming.

- 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 forfaitair bedrag voor daghospitalisatie (forfaitair bedrag 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

Het contract 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

Het contract 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 hierna 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.

De betrokken ernstige ziekten:

kanker	virale hepatitis	ziekte van Parkinson
difterie	poliomyelitis	cerebrospinale hersenvliesontsteking
pokken	buiktyfus	paratyfus
encefalitis	tetanus	progressieve spierdystrofieën
aids	diabetes	mucoviscidose
leukemie	tuberculose	multiple sclerose
malaria	miltvuur	ziekte van Crohn
ziekte van Hodgkin	ziekte van Creutzfeld-Jacobs	ziekte van Alzheimer
tyfus	cholera	amyotrofe laterale sclerose
epilepsie	roodvonk	brucellose
nieraandoening die een dialysebehandeling vergt		ziekte van Pompe

Module 4: Hulpverlening

Iedere verzekerde met de waarborg hospitalisatie, geniet ook de waarborg hulpverlening. SBAI Mondial Hulpverlening n.v., hierna de Hulpverlener genoemd, ontvangt de oproepen, organiseert de hulpverlening en verzekert het repatriërisico 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 enkel terugbetaald na voorlegging van de originele bewijsstukken:
 1. tot € 1.000 voor het vervoer naar de dichtstbijzijnde geneesheer of de dichtstbijzijnde ziekenhuisinstelling voor de ontvangst van de eerste zorgen;
 2. voor het plaatselijke vervoer per ziekenwagen indien voorgeschreven door een geneesheer.
- de Hulpverlener heeft de volgende hulpverleningsplicht:
 1. het leggen van al de nodige contacten tussen zijn medische dienst en de behandelende geneesheer en, zo nodig, de huisarts van de verzekerde.
 2. de nodige beslissingen nemen rekening houdend met de medische belangen van de verzekerde en met de geldende gezondheidsregels, meer bepaald:
 - de keuze tussen wachten, een 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 gerepatriëerde persoon te vergezellen tot op de plaats van bestemming.
 3. 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 in België van de verzekerde, of tot zijn woonplaats in België 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, kan de Hulpverlener die kosten voorschieten tot beloop van € 1.240.

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 18 jaar.

De Hulpverlener komt ook tegemoet in de verblijfkosten 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 verwante 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 het toezicht van de minderjarige kinderen die de verzekerde vergezellen kan verzekeren, 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 één nacht, ten laste.
- wanneer een gebeurtenis tot de hospitalisatie van een verwante 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 het ziekenhuis 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.

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 één 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.

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 de vrijwillige deelneming aan een misdaad of misdrijf;
- dat voortvloeit uit een zelfmoord of 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;
- overkomen aan de verzekerde wanneer hij zich in staat van dronkenschap bevindt of onder de invloed is van alcohol, van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs of deze veroorzaakt door het misbruiken van geneesmiddelen, op voorwaarde dat het bewijs geleverd wordt dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestand en de schadegeval;
- 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 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 basis 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 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 de periode van twee jaar die volgt op de datum van aansluiting niet werd gehospitaliseerd of behandeld in verband met de vooraf bestaande oorzaak;
- voor elke vorm van sterilisatie, de gevolgen en consequenties ervan;
- voor een hospitalisatie waarbij de verzekerde zich doelbewust naar het buitenland 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, doch met uitsluiting van de ereloonsupplementen en van het medisch materiaal waarvoor de Z.I.V. niet voorziet in terugbetaling;
- voor tandverzorging, tandmateriaal en tandprothesen, dentomaxillaire faciale orthopedie met inbegrip van orthodontische behandelingen, behalve:
 - a) tandverzorging, tandbehandeling, plaatsing van tandmateriaal of tandprothesen als gevolg van een gewaarborgd ongeval;
 - b) tandverzorging en tandbehandeling door een stomatoloog gedurende een hospitalisatie, die het gevolg is van een ziekte of aandoening, die geen tand- en/of stomatologische ziekte of aandoening is;
 onder voorbehoud van voorafgaande toelating zoals bepaald in artikel 10.

1.2 Er is geen uitsluiting van de terugbetaling van de kosten maar wel een beperking in tijd voor wat de volgende gevallen betreft:

- 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 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 verstreken zijn, worden deze beschouwd als deel uitmakend van een zelfde hospitalisatie.
- voor de behandeling van aandoeningen van neurologische of psychische aard, 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 gedekte 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 een behandeling van 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. Indien deze voorwaarden niet vervuld zijn, betaalt de verzekeringsonderneming geen enkele kost terug.

2. Bepalingen met betrekking tot de waarborg ziektekosten 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 de periode van twee jaar die 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

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 behandelingen van zwaarlijvigheid, de gevolgen en consequenties.

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.

Artikel 11 - Wachtijd

De waarborg is verworven:

- met onmiddellijke uitwerking op de datum van aansluiting bij ongeval;
- na drie maanden vanaf de datum van aansluiting bij ziekte.

Hoofdstuk III - De premies

Artikel 12 - Premiebetaling

De premie is een jaarpremie. De premies of premiegedeelten zijn op vertoon van de kwitantie of van het vervaldagbericht vooraf betaalbaar op de premievervaldata bepaald in de bijzondere voorwaarden. De premies zijn eveneens verschuldigd tijdens de duur van een schadegeval.

Alle taksen en bijdragen van welke aard ook die nu op het contract slaan of er later op zouden slaan, vallen ten laste van de verzekeringnemer. Ze worden samen met de premie geïnd.

Wanneer de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt, wordt de premie vanaf de volgende jaarlijkse vervaldag opgetrokken tot het bedrag dat met deze leeftijd overeenstemt.

Artikel 13 - Opzegging van het contract wegens niet-betaling van de premie

Bij gebrek aan betaling van een premie kan de maatschappij het verzekeringscontract opzeggen op voorwaarde dat de verzekeringnemer bij aangetekend schrijven in gebreke werd gesteld.

Wordt de betaling niet verricht binnen een termijn van zestien dagen te rekenen vanaf de dag volgend op het neerleggen van de aangetekende ingebrekestelling, dan heeft de opzegging uitwerking bij het verstrijken van deze termijn.

Artikel 14 - Indexering van de premie, contractuele schadevrijstelling en andere bedragen

De premie, de contractuele schadevrijstelling en de andere bedragen worden aangepast op de jaarlijkse vervaldag van de premie op grond van het indexcijfer van de consumptieprijsen.

Niettemin, op basis van de vaststelling van een duurzame schommeling van de reële kosten van de waarborgen kunnen de premie, de contractuele schadevrijstelling en de andere bedragen worden aangepast op grond van een andere index aanvaard door de bevoegde instanties.

Hoofdstuk IV - Aangifte van schadegeval en terugbetaling van de kosten door de verzekeringsonderneming in de formule : A/ Globaal
Artikel 15 - Aangifte

Wanneer de verzekeringnemer zich op de in de voorwaarden van zijn contract gestipuleerde waarborgen beroept, moet hij in de hieronder vermelde punten a), b) of c) beschreven werkwijze volgen:

a) Schadeaangifte

In geval van hospitalisatie in het buitenland of in 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 zoals voorzien in deze overeenkomst, op voorwaarde dat het bewijs geleverd wordt dat de aangifte zo vlug gedaan werd als redelijk mogelijk was.

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 elektronische kaart, **AssurCard** genoemd, kan de schade aangeven via het systeem van gegevensuitwisseling dat hem ter beschikking wordt gesteld. Hij kan bij een hospitalisatie zonder betaling van een voorschot het stelsel van derde betaler genieten.

De volgende voorwaarden moeten vervuld zijn:

- de ziekenhuisinstelling moet uitgerust zijn met een infrastructuur **AssurCard**;
- het gebruik van de **AssurCard** door de verzekerde, houder van de kaart, of door zijn vertegenwoordiger, impliceert de instemming van de verzekerde omtrent het stelsel van derde betaler en omtrent de mededeling van de medische gegevens aan de adviserende geneesheer van de verzekeringsonderneming. Deze instemming zal hernieuwd worden bij elke hospitalisatie;
- de tijdens de hospitalisatie gemaakte kosten worden door de verzekeringsonderneming rechtstreeks aan de ziekenhuisinstelling terugbetaald, voor zover de oorzaak van de hospitalisatie gewaarborgd is door onderhavige verzekeringsovereenkomst;
- de door onderhavige verzekeringscontract niet terugbetaalbare kosten en de contractuele schadevrijstelling worden aangerekend aan de verzekerde en/of de verzekeringnemer en moeten door hem/hen vereffend worden;
- de verzekerde en/of de verzekeringnemer ontvangt een brief met de gedetailleerde afrekening van die kosten. Indien de betaling niet gebeurd is na herinneringsbrief, ontvangt de verzekerde en/of de verzekeringnemer een tweede herinneringsbrief;
- indien de niet terugbetaalbare kosten niet binnen vijf dagen vanaf de datum van de tweede herinneringsbrief aan de verzekeringsonderneming worden betaald, zullen de verzekerden geen gebruik meer kunnen maken van hun **AssurCard**.
De verzekeringsonderneming heeft het recht de betrokken kaart(en) terug te vragen aan de verzekerde en/of de verzekeringnemer die er zich toe verbindt ze binnen dertig dagen terug te sturen;
- de verzekeringsonderneming schorst elke betaling met betrekking tot het contract op vanaf het opsturen van de eerste herinneringsbrief en dit tot betaling van de gevorderde kosten;

- de verzekeringsonderneming geeft aan de verzekerde en/of de verzekeringnemer per brief kennis van haar intentie om de verzekerde en/of de verzekeringnemer te dagvaarden voor de terugvordering van de onbetaald gebleven bedragen. De verzekeringsonderneming geeft hem eveneens te kennen dat deze procedure overeenkomstig onderhavige voorwaarden het verlies van zijn hoedanigheid van verzekerde met zich meebrengt. Hij verliest tegelijk het recht op het stelsel van derde betaler en het recht tot gebruik van de kaart.

De verzekeringsonderneming zal de hospitalisatiekosten die zij ten onrechte betaald heeft aan de ziekenhuisinstelling, integraal terugvorderen

- indien de verzekerde gebruik maakt van zijn kaart wanneer hij niet langer verzekerd is;
- indien, tijdens de schaderegeling, de verzekeringsonderneming een gebrek aan overeenstemming vaststelt tussen de schadeaanpak, die tot de beslissing van tenlasteneming leidde, en de facturatie van de kosten.

Voor alle bijkomende inlichtingen betreffende **AssurCard**, kan de verzekerde bellen naar het groene nummer 0800 32 213.

- c) Elk verzoek tot hulpverlening in het buitenland 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 kan alle bijkomende stukken opvragen die noodzakelijk worden geacht en de verzekerde verbindt er zich toe die aan zijn behandelende geneesheer te vragen.

Alle medische gegevens worden vastgesteld door de adviserende geneesheer van de verzekeringsonderneming.

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 16 - 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 in het buitenland gemaakte ziektekosten door de overeenkomst terugbetaalbaar gesteld, 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 ziektekosten - 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 het geheel van de medische kosten ten laste van de patiënt integraal terugbetaald. Is er geen wettelijke tegemoetkoming dan worden de kosten ten laste van de patiënt voor 50% terugbetaald:
- voor de verblijfkosten betaalt de verzekeringonderneming 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 verzekeringonderneming 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 verzekeringonderneming 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 verzekeringonderneming 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 contractuele schadevrijstelling.
- d) het saldo wordt terugbetaald door de verzekeringonderneming, rekening houdend 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 overeenkomst. 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 overeenkomst verzekerde hulpverlening.
- c) logementkosten:
deze kosten worden slechts ten laste genomen wanneer het gaat om supplementaire kosten ten gevolge van een verzekerde gebeurtenis. Zij worden uitdrukkelijk beperkt tot de kosten van een kamer met ontbijt, met een maximum van € 620. Deze kosten worden terugbetaald na voorlegging van de bewijsstukken aan de Hulpverlener.
- d) 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.
- e) 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 (of bij ontstentenis de verzekeringnemer) 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.

Hoofdstuk V – Aangifte van een schadegeval en terugbetaling van de kosten door de verzekeringsonderneming in de formule B/ veelvoud van wettelijke tussenkomst (Z.I.V.)
Artikel 17 - Aangifte

Wanneer de verzekeringnemer zich op de in de voorwaarden van zijn contract gestipuleerde waarborgen beroept, moet hij de in de hieronder vermelde punten a), b) beschreven werkwijze volgen:

a) Schadeaangifte

In geval van hospitalisatie in het buitenland of in 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 zoals voorzien in deze overeenkomst, op voorwaarde dat het bewijs geleverd wordt dat de aangifte zo vlug gedaan werd als redelijk mogelijk was.

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) Elk verzoek tot hulpverlening in het buitenland 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 kan 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.

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 18 – 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 in het buitenland gemaakte ziektekosten door de overeenkomst terugbetaalbaar gesteld, 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 ziektekosten - 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) voor de ziektekosten waarvan sprake in artikel 7,1 andere dan de verblijfskosten in een ziekenhuisinstelling, beperkt de verzekeringsonderneming, per prestatieverstrekking, haar tegemoetkoming tot een maximaal bedrag dat het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming vertegenwoordigt, vermenigvuldigd met een in de bijzondere voorwaarden vermelde coëfficiënt. Niettemin wordt deze limiet berekend voor het geheel van de geneesmiddelen voorgeschreven en gebruikt tijdens de hospitalisatie.
- Voor de verblijfskosten m.b.t. de hospitalisatie, beperkt de verzekeringsonderneming haar tegemoetkoming tot maximum één keer het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming.
- Voor alle andere ziektekosten ten laste van de patiënt, opgelopen buiten de hospitalisatie, beperkt de verzekeringsonderneming, per prestatieverstrekking, haar tegemoetkoming tot een maximaal bedrag dat het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming vertegenwoordigt, vermenigvuldigd met een in de bijzondere voorwaarden vermelde coëfficiënt.
- c) Het aldus bepaald bedrag wordt verminderd met de in de bijzondere voorwaarden bepaalde contractuele schadevrijstelling.
- d) Het saldo wordt teruggbetaald door de verzekeringsonderneming rekening houdend met de grensbedragen bepaald in de algemene en bijzondere voorwaarden.
- e) De verzekerde die de formule B gekozen heeft geniet geen stelsel van derde betaler via Assurcard.

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 overeenkomst. 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 teruggbetaald voor elke tot de Hulpverlener gerichte communicatie betreffende een door deze overeenkomst verzekerde hulpverlening.
- c) logementkosten:
deze kosten worden slechts ten laste genomen wanneer het gaat om supplementaire kosten ten gevolge van een verzekerde gebeurtenis. Zij worden uitdrukkelijk beperkt tot de kosten van een kamer met ontbijt, met een maximum van € 620. Deze kosten worden teruggbetaald na voorlegging van de bewijsstukken aan de Hulpverlener.
- d) zelf georganiseerde hulpverlening:
de kosten van zelf georganiseerde hulpverlening (hoofdstuk II, artikel 7, module 4) worden slechts teruggbetaald tot beloop van deze die de Hulpverlener zou gedragen hebben indien hij de hulpverlening zelf had moeten organiseren.
- e) 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 (of bij ontstentenis de verzekeringnemer) 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.

Hoofdstuk VI: Betaling van de prestaties en medische expertise

Artikel 19 - Betaling van de prestaties door de verzekeringsonderneming

- a) De prestaties worden uitbetaald aan de in de bijzondere voorwaarden vermelde begunstigde of aan zijn erfgenamen of aan elke 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 de formule A gekozen heeft en 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 20 - 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 VII- Diverse bepalingen

Artikel 21 - Inwerkingtreding van het contract

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

Indien de premie, uiterlijk 45 dagen na de uitgifte van het verzekeringscontract niet is betaald, dan wordt het contract als niet bestaande beschouwd .

Voor de aansluiting van elke andere persoon, of elke waarborguitbreiding moet er een nieuw verzekeringsvoorstel worden ingediend.

Artikel 22 - Duur van het contract

De overeenkomst wordt, tenzij anders bepaald in de bijzondere voorwaarden, voor het leven aangegaan. De verzekeringnemer mag het contract opzeggen op de jaarlijkse vervalddag of de verjaardag van de inwerktrading van het contract. In dat geval blijft artikel 24 van toepassing.

Artikel 23 - Wijziging van het contract

De verzekeringsonderneming kan het tarief en/of de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst wijzigen in de volgende gevallen:

- in geval van verzwaring van de technische, administratieve of financiële lasten met betrekking tot de waarborgen voorzien in de ziekte- en hospitalisatieverzekeringsovereenkomsten;
- in geval van conventionele, wettelijke of reglementaire wijzigingen inzake sociale zekerheid of verplichte verzekering tegen arbeidsongevallen en ongevallen op de weg naar en van het werk of beroepsziekten of van wijziging van de wet op de ziekenhuizen of enige andere wettelijke of regelgevende wijziging die een betekenisvolle invloed heeft op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties.

De verzekeringsonderneming behoudt zich het recht voor om de verzekeringsvoorwaarden te wijzigen na voorafgaand akkoord van de bevoegde instanties en na de verzekeringnemer ervan ten minste vier maanden voor de jaarlijkse vervalddag van de verzekeringsovereenkomst verwittigd te hebben. De verzekeringnemer kan de overeenkomst in elk geval opzeggen binnen de drie maanden na de kennisgeving van de wijziging.

De verzekeringsonderneming mag overeenkomstig artikel 13 het contract opzeggen in geval van niet-betaling van de premie.

Artikel 24 - Einde van de prestaties van de verzekeringsonderneming

De verzekeringswaarborg blijft gelden voor een opname die begint voor de opzegging of voor het einde van het contract. De prestaties in verband met de kosten van deze hospitalisatie worden gedurende maximum zes maanden voortgezet, op voorwaarde dat het gaat om een ononderbroken hospitalisatie. De kosten van posthospitalisatie vallen hierbuiten.

Artikel 25 - Verzekeringsgebied

- a) De waarborgen zijn verworven voor zover de verzekerde in België gedomicilieerd is en er zijn hoofdverblijfplaats heeft en voor zover dat hij aan de Belgische sociale zekerheid is onderworpen. Indien de verzekerde meer dan drie maanden in het buitenland vertoeft, moet hij zijn verzekeringsonderneming verwittigen die de voorwaarden van zijn hospitalisatieverzekeringsovereenkomst zal mogen aanpassen.
- b) Het contract is geldig in de hele wereld, voor zover de controle waarvan sprake in artikels 15,17 en 20 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 26 - 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.

Elke kennisgeving van de ene partij aan de andere wordt geacht verricht te zijn op de datum van de afgifte op de post.

Artikel 27 - Indeplaatsstelling van de verzekeringsonderneming

Door het feit dat deze verzekeringswaarborg 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 28 - Toepasselijke wetgeving - bevoegde rechtbank

De Belgische wet is van toepassing op het contract.

Betwistingen tussen de partijen betreffende de uitvoering van het contract 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 Benelux n.v. worden meegedeeld, dienen uitsluitend voor de volgende doelstellingen: evaluatie van de verzekerde risico's, beheer van de commerciële relatie, van het verzekeringscontract en van de erdoor gedekte schadegevallen, het toezicht op de portefeuille, de preventie van de misbruiken en de fraudes. Enkel voor deze doeleinden kunnen zij indien noodzakelijk worden overgemaakt aan een herverzekeraar, een expert of een raadgever. Deze gegevens zijn toegankelijk voor de acceptatie- en schadebeheerdiensten alsook voor de Juridische Dienst en Compliance in het kader van een eventueel geschil of van een controle door de Dienst Audit in het strikte kader van de opdrachten die hem toevertrouwd worden.

De verzekerde geeft zijn toestemming voor het verwerken van de medische persoonsgegevens door de Medische Dienst en door de voornoemde geadresseerden wanneer dit nodig is voor het beheer van een contract of van een schadegeval. De verzekerde aanvaardt dat de verzekeringnemer en de bemiddelaar kennis mogen nemen van de inhoud van het contract of van zijn eventuele uitsluitingsclausules. Het verzuimen de vereiste gegevens mee te delen kan tot gevolg hebben voor Allianz Benelux n.v. naargelang van het geval, dat het een commerciële relatie niet mag aangaan of dat het ze weigert, dat het deze niet mag voortzetten of dat het geen handeling mag uitvoeren die de betrokken persoon zou gevraagd hebben. 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 Benelux n.v.**, Lakensestraat 35, 1000 Brussel. Bij dit verzoek moet er een kopie worden gevoegd van zijn identiteitskaart en moet de naam en het adres van de geneesheer worden vermeld aan wie onze adviserende geneesheer eventuele medische gegevens mag meedelen.

Deze persoon is verder gerechtigd alle onjuiste persoonsgegevens die op hem betrekking hebben 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 de overeenkomst kan worden gericht aan: - de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeüsplantsoen, 35, 1000 Brussel, fax: 02/547.59.75, info@ombudsman.as, of - de Ombudsdienst van de maatschappij Allianz Benelux n.v., Lakensestraat, 35, 1000 Brussel, fax: 02/214.61.71, Ombudsdienst@allianz.be, onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer om een rechtsvordering in te stellen.