

AMMA HOSPI
SAFE - SERENITY
ALGEMENE VOORWAARDEN

AMMA VERZEKERINGEN o.v.
Vereniging voor onderlinge verzekeringen met vaste en onveranderlijke bijdragen
krachtens artikel 2, § 2 van de wet van 25.06.1992 (B.S. 20.08.1992)

toegelaten onder codenummer 0126
voor de takken ongevallen, ziekte, auto, brand, andere schade, b.a. auto en algemene b.a.
(K.B. 04 en 13.07.1979 – B.S. 14.07.1979)

opgericht op 20.12.1944
statuten gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 27.12.2011

info@amma.be
www.amma.be

INHOUDSTAFEL

AMMA HOSPI	1
SAFE - SERENITY	1
ALGEMENE VOORWAARDEN	1
DEFINITIES-LEXICON	4
VOORWOORD	8
ART. 1 DE WAARBORG HOSPITALISATIE	8
ART. 2 DE WAARBORG PRE - EN POSTHOSPITALISATIE	9
ART. 3 DE WAARBORG AMBULANTE ZORGEN – ERNSTIGE ZIEKTEN	10
ART. 4 DE WAARBORG PALLIATIEVE ZORGEN	11
ART. 5 VERZEKERBAARHEID	12
ART. 6 DE TOETREDING	12
ART. 7 CRITERIA VOOR DE TERUGBETALING VAN DE KOSTEN	12
ART. 8 WACHTTIJDEN	12
ART. 9 VRIJSTELLING	14
ART. 10 BEREKENING VAN DE TUSSENKOMST VAN DE VERZEKERAAR	14
ART. 11 TERUGBETALING VAN DE UITKERINGEN	14
ART. 12 VOORSCHOT	15
ART. 13 UITGESLOTEN RISICO'S	15
ART. 14 BEPALINGEN I.V.M. TERRORISME	16
ART. 15 SANCTIES	17
ART. 16 VERPLICHTINGEN BIJ SCHADE	17
ART. 17 BETWISTING EN EXPERTISE	18
ART. 18 OVEREENKOMSTEN MET DERDEN	18
ART. 19 VERHAAL OP DERDEN	18
ART. 20 BIJDRAGEN	18
ART. 21 BIJDRAGEBETALING	19
ART. 22 WIJZIGING VAN TARIEF EN/OF VERZEKERINGSVOORWAARDEN	19
ART. 23 TERRITORIALITEIT	20
ART. 24 DUUR	20
ART. 25 AANVANGSDATUM	21
ART. 26 EINDE VAN DE VERZEKERINGSOVEREENKOMST	21
ART. 27 EINDE VAN DE VERZEKERDE PRESTATIES	22
ART. 28 WIJZIGINGEN IN DE SAMENSTELLING VAN HET VERZEKERDE GEZIN	22
ART. 29 MEDEDELINGSPLICHT	22
ART. 30 VERJARING	23
ART. 31 DOMICILIE	23
ART. 32 BEVOEGDE RECHTBANKEN	23
ART. 33 BESCHERMING VAN HET PRIVÉLEVEN	23
ART. 34 BASIS WAAROP DE VERZEKERINGSOVEREENKOMST IS OPGEMAAKT	23

ART. 35	KLACHTEN	24
	BIJSTAND HOSPITALISATIE IN HET BUITENLAND	25
ART. 1	BIJSTAND AAN DE VERZEKERDE ZELF	25
ART. 2	BIJSTAND AAN DE VERZEKERDE REISGENOTEN	27
ART. 3	TRANSPORT VAN BAGAGE EN HUISDIEREN	27

DEFINITIES-LEXICON

Voor de toepassing van onderhavige verzekeringsovereenkomst wordt onder volgende begrippen verstaan:

- Aanvullende tussenkomst:** de terugbetalingen ontvangen krachtens elke andere verzekering voor schadeloosstelling, onderschreven met hetzelfde doel of andere soortgelijke tussenkomsten.
- Ambulante zorgen:** de medische verzorging verstrekt of voorgeschreven door een geneesheer zonder dat er hospitalisatie is.
- Begunstigde:** de persoon aan wie de uitkeringen verschuldigd zijn in toepassing van de verzekeringsovereenkomst.
- Behandeling:** geheel van medische, therapeutische, verpleegkundige paramedische middelen voorgeschreven door een geneesheer en gebruikt om de gezondheidstoestand te genezen, te herstellen of te stabiliseren.
- Endoscopisch en viscerosynthesemateriaal:** elk instrument, apparaat, uitrusting, elke stof of artikel, dat alleen of in samenhang gebruikt wordt, met inbegrip van toebehoren en toestellen die nodig zijn voor de goede werking ervan en die door de fabrikant vervaardigd worden om uitsluitend bij de mens gebruikt te worden, voornamelijk voor volgende doeleinden:
- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte, verwonding of handicap;
 - onderzoek, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces waarbij de belangrijkste beoogde werking op het menselijk lichaam niet met farmacologische, chemische of immunologische middelen of door het metabolisme wordt bereikt.
- Het endoscopisch en/of viscerosynthesemateriaal dringt gedurende de beoogde tijdsduur gedeeltelijk of volledig in het lichaam binnen door een chirurgische ingreep, via een natuurlijke lichaamsopening of door het lichaamsoppervlak heen.
- Geneesheer:** dokter in de geneeskunde, lid van de Orde van Geneesheren van België, in het buitenland, wettelijk erkend als geneeskundige.
- Geneesmiddel:** ieder product dat uitsluitend in de apotheek wordt verkocht, dat voorgeschreven is door een geneesheer en dat als dusdanig geregistreerd is door de bevoegde Minister van Volksgezondheid.
- Hospitalisatie:** elk verblijf in een verpleeginrichting.

Om recht te geven op een uitkering van de verzekeraar, moet dit verblijf:

- ofwel de facturatie voor één ligdag met het oog op onderzoek of chirurgische operatie met zich meebrengen;
- ofwel de facturatie van een mini of maxi-forfait of een A-, B-, C-, D-forfait (ééndagshospitalisatie) met zich meebrengen;

Instelling gespecialiseerd in en erkend voor palliatieve behandelingen:

elk verblijfscentrum bestemd voor het verblijf van personen van wie de gezondheidstoestand een palliatieve behandeling vereist waarbij observatie, toezicht en continuïteit noodzakelijk zijn.

Kraamhulp:

de door de kraaminstelling gefactureerde kosten voor de zorgen die thuis verstrekt worden door de bevoegde kraamverzorger aan de moeder, de pasgeborene en het gezin na een thuisbevalling of een bevalling met een kort ziekenhuisverblijf.

Ongeval:

plotselinge gebeurtenis die de fysieke integriteit van de verzekerde aantast en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten zijn organisme ligt.

Orthopedisch toestel:

een apparaat bestemd om lichamelijke afwijkingen te corrigeren of om het lichaam te beschermen.

Palliatieve zorgen:

de behandeling van personen die zich in een terminale fase bevinden van één of meerdere onomkeerbare aandoeningen die ongunstig evolueren. Zij verzacht de symptomen van deze aandoening(en) en is gericht op de fysieke en psychische behoeften van de patiënt teneinde hem een zekere levenskwaliteit te waarborgen.

Prothese:

een apparaat dat geheel of gedeeltelijk de functie van een orgaan of lidmaat vervangt.

Schadegeval:

elke gebeurtenis die aanleiding geeft tot de waarborg van de verzekeringsovereenkomst.

Verblijfskosten:

dit bedrag omvat:

- de prijs van een onderhoudsdag;
- het supplement gefactureerd, binnen de wettelijk toegelaten grenzen, voor het verblijf in een gemeenschappelijke kamer, een tweepersoonskamer of een éénpersoonskamer van het kamergamma dat in het betrokken ziekenhuis voorgesteld wordt;
- het dagelijks forfait voor de geneesmiddelen.

Verpleeginrichting:

een instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis en waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen, met uitzondering van:

- gesloten psychiatrische instellingen;
- medisch-pedagogische instellingen;
- instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen;
- rusthuizen;
- ziekenhuizen of afdelingen van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" verkregen hebben of palliatieve verzorging verlenen.

Verzekeraar: Amma Verzekeringen, met sociale zetel te 1000 Brussel, Regentschapsstraat 52, erkend onder het nummer 0126.

Verzekerde: de in de bijzondere voorwaarden aangeduide personen op wie het risico rust en die de begunstigde zijn van de verzekeringsovereenkomst, behoudens afwijking voorzien in de verzekeringsovereenkomst of op een andere wijze.

Verzekeringsjaar: de periode van 12 maanden te rekenen vanaf de jaarlijkse vervaldatum, dewelke onveranderd blijft ongeacht enige toevoeging of wijziging van welke aard ook. Indien de aanvang van een onderschreven verzekeringsovereenkomst niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum, is het eerste verzekeringsjaar samengesteld door het aantal maanden gelegen tussen de begindatum en de jaarlijkse vervaldatum.

Verzekeringnemer: de natuurlijke persoon of de rechtspersoon die de verzekeringsovereenkomst sluit.

Vrijstelling: deel van de terugbetaalbare kosten die ten laste blijven van de verzekerde per verzekeringsovereenkomst en gepreciseerd wordt in de algemene en/of de bijzondere voorwaarden.

Wachttijd: periode die aanvangt vanaf de aanvangsdatum en gedurende dewelke de verzekeraar geen enkele terugbetaling moet uitvoeren.

Wettelijke tussenkomst: a) voor de kosten gemaakt in België: elke terugbetaling die door de Belgische wetgeving voorzien werd en van toepassing is op de bezoldigde werknemers m.a.w.:

- de wetgeving betreffende de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit (Z.I.V.);
- de wetgeving betreffende de arbeidsongevallen;
- de wetgeving betreffende de beroepsziekten.

b) voor de kosten gemaakt in het buitenland: elke terugbetaling voorzien door een met het betrokken land gesloten overeenkomst inzake de sociale zekerheid van de bezoldigde werknemers of, bij ontstentenis daarvan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling bepaald in de Belgische wetgeving die van toepassing is op de bezoldigde werknemers.

Ziekte:

aantasting van de gezondheid van de verzekerde die niet het gevolg is van een ongeval en die objectieve symptomen vertoont die de medische diagnose onbetwistbaar maken.

VOORWOORD

Doel van het contract

Het contract beschermt de verzekerde tegen de financiële gevolgen van een ziekenhuisopname

Samenstelling van het contract

De algemene voorwaarden beschrijven de werking van het contract en de verbintenissen tussen de verzekeraar en de verzekerde. Ze geven de inhoud van de waarborgen en de algemene uitsluitingen nauwkeurig weer.

De bijzondere voorwaarden beschrijven de persoonlijke gegevens van het contract. Ze vermelden de keuzen van de verzekerde, de gesloten waarborgen en de te betalen premie.

Formules van het contract

In deze contract zijn twee formules beschikbaar:

- De Formule Safe omvat de vergoeding van de kosten in een tweepersoonskamer zowel als een gemeenschappelijke kamer en bevat het Pack standaard-dekkingen.
- De Formule Serenity omvat de vergoeding van kosten in een éénpersoonskamer en omvat het Pack uitgebreide dekkingen.

De limieten en waarborgen die door het Pack uitgebreide dekkingen worden beïnvloed, staan vermeld in de desbetreffende artikelen van de algemene voorwaarden.

ART. 1 DE WAARBORG HOSPITALISATIE

1.1. Dekking

Wanneer een verzekerde in een verpleeginrichting opgenomen wordt ten gevolge van een ongeval, een ziekte, een zwangerschap of een bevalling, dekt de waarborg "Hospitalisatie", binnen de grenzen bepaald door de algemene voorwaarden en de bijzondere voorwaarden, de terugbetaling van de tijdens de hospitalisatie gemaakte kosten om een diagnose te stellen of een behandeling te ondergaan en voor zover deze kosten in rechtstreeks verband staan met de oorzaak van de hospitalisatie.

De verzekerde heeft de vrije keuze van verpleeginrichting.

De volgende kosten worden terugbetaald:

- a) de verblijfskosten (ééndagshospitalisatie inbegrepen);
- b) de medische honoraria;
- c) de onderzoekskosten;
- d) de behandelingskosten;
- e) de kosten voor geneesmiddelen;
- f) de kosten voor prothesen en orthopedische toestellen in zover deze een rechtstreeks gevolg zijn van het schadegeval en door een geneesheer voorgeschreven zijn;
- g) de kosten voor homeopathische behandelingen, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie in zover dat deze behandelingen door een geneesheer voorgeschreven zijn;
- h) medisch materiaal zoals endoscopisch- en viscerosynthesemateriaal;
- i) de huur van medisch materiaal zoals o.m. aërosolapparaat, rolstoel, matras ter voorkoming van doorligwonden, ... (de huurwaarborgen worden niet terugbetaald);

- j) de aankoop van het medisch materiaal opgenomen in volgende limitatieve lijst: een thermometer, een spalk, één paar spataderkousen, een halskraag, verbanden en draden, breukband, drukverbanden voor zwaar verbranden;
- k) de verblijfskosten van een donor in geval van transplantatie van een orgaan of een weefsel bij de verzekerde;
- l) de kosten voor kraamhulp na de bevalling;
- m) de kosten met betrekking tot maximum één wiegendoodtest;
- n) de kosten van extractie van wijsheidstanden onder algemene verdoving in een verpleeginrichting;
- o) de verblijfskosten van een ouder van een gehospitaliseerd kind van minder dan 14 jaar, voor zover beide door de huidige verzekering gedekt zijn en gedurende maximum 10 dagen;
- p) de verblijfskosten van een huwelijkspartner of een samenwonende partner van een gehospitaliseerde verzekerde, voor zover ze door de huidige verzekering gedekt zijn en gedurende maximum 10 dagen;
- q) de medische honoraria met betrekking tot het neonataal onderzoek voor zover ze in de hospitalisatiefactuur van de bevalling zijn opgenomen;
- r) de mortuariumkosten (indien vermeld op de hospitalisatiefactuur);
- s) de dringende vervoerskosten van een patiënt naar een verpleeginrichting per ziekenwagen en in voorkomend geval per helikopter voor zover geen ander transportmiddel kan gebruikt worden. De transferkosten naar een andere verpleeginrichting worden eveneens terugbetaald;
- t) de kosten voor de tandheelkundige behandelingen, de kosten van tandheelkundige prothesen en de chirurgische maxillo-faciale zorgen wat de oorzaak er ook mag van zijn, als die het gevolg zijn van een ernstige ziekte of van een ongeval en die recht geven op een wettelijke tussenkomst.

De waarborg "Hospitalisatie" wordt uitgebreid tot de thuisbevallingen.

Als een verzekerde het slachtoffer is van een zenuw - of geestesziekte komt de verzekeraar tussen in de kosten voor een maximale duur van 720 dagen hospitalisatie, opeenvolgend of niet, te tellen vanaf het begin van de eerste hospitalisatie.

1.2. Terugbetaalde bedragen

De terugbetaling van deze kosten is onbeperkt rekening houdend met een maximum van:

- a) € 1.500 per jaar voor de vervoers- en transferkosten;
- b) € 1.500 per jaar voor geneesmiddelen waarvoor geen wettelijke tussenkomst is;
- c) € 1.500 per jaar voor de behandelingen, de prothesen, de orthopedische toestellen en het medisch materiaal waarvoor geen wettelijke tussenkomst is;
- d) € 1.500 per jaar voor de verblijfskosten van een donor;
- e) € 1.500 per jaar voor de kosten voor homeopathische behandeling, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie;
- f) € 100 per dag met een maximum van 7 dagen na de bevalling voor de kraamhulp.

Bij onderschrijving van het Pack uitgebreide dekkingen, worden de limieten van € 1.500 per jaar verdubbeld; namelijk € 3.000 per jaar.

ART. 2 DE WAARBORG PRE - EN POSTHOSPITALISATIE

2.1. Dekking

De waarborg pre – en posthospitalisatie dekt, in geval van ongeval, ziekte, zwangerschap of bevalling van de verzekerde, binnen de grenzen bepaald door de algemene voorwaarden en de bijzondere voorwaarden, de terugbetaling van de volgende kosten van ambulante zorgen voor zover ze in rechtstreeks verband staan met de oorzaak van de hospitalisatie of de thuisbevalling:

- a) de ambulante zorgen;
- b) de medische honoraria;
- c) de onderzoekskosten;
- d) de behandelingskosten;
- e) de kosten voor geneesmiddelen;
- f) de kosten voor prothesen en orthopedische toestellen in zover deze een rechtstreeks gevolg zijn van het schadegeval en door een geneesheer voorgeschreven zijn;
- g) de kosten voor homeopathische behandelingen, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie in zover dat deze behandelingen door een geneesheer voorgeschreven zijn;
- h) de huur van medisch materiaal zoals o.m. aërosolapparaat, rolstoel, matras ter voorkoming van doorligwonden, ... (de huurwaarborgen worden niet terugbetaald);
- i) de aankoop van het medisch materiaal opgenomen in volgende limitatieve lijst: een spalk, een halskraag, een breukband, drukverbanden voor zwaar verbranden;
- j) de paramedische behandelingen zoals kinesithérapie, fysiotherapie en logopedie indien voorgeschreven door een geneesheer.

Deze kosten worden toegevoegd aan deze gemaakt in een verpleeginrichting of aan de kosten voor een thuisbevalling, zonder dat een nieuwe vrijstelling toegepast wordt.

De verzekeraar komt tussen in de kosten van de zorgen die verstrekt worden binnen de 30 dagen die aan de aanvang van de hospitalisatie of de datum van de thuisbevalling voorafgaan, en binnen de 90 dagen die volgen op de beëindiging van de hospitalisatie of de thuisbevalling.

Bij onderschrijving van het Pack uitgebreide dekkingen, worden de aantal dagen verdubbeld; respectievelijk 60 dagen voor prehospitalisatie zorgen en 180 dagen voor posthospitalisatie zorgen.

De behandelingen van kinesithérapie voortvloeiend uit een traumatologische of orthopedische aandoening worden gedekt tot 360 dagen na de beëindiging van de hospitalisatie. De vervoer - en transferkosten worden niet gedekt.

2.2. Terugbetaalde bedragen

De terugbetaling van deze kosten is onbeperkt, rekening houdend met een maximum van:

- a) € 1.500 per jaar voor geneesmiddelen waarvoor geen wettelijke tussenkomst is;
- b) € 1.500 per jaar voor de behandelingen, de prothesen, de orthopedische toestellen en het medisch materiaal waarvoor geen wettelijke tussenkomst is;
- c) € 1.500 per jaar voor de kosten voor homeopathische behandeling, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie.

Bij onderschrijving van het Pack uitgebreide dekkingen, worden de limieten van € 1.500 per jaar verdubbeld; namelijk € 3.000 per jaar.

ART. 3 DE WAARBORG AMBULANTE ZORGEN – ERNSTIGE ZIEKTEN

3.1. Dekking

Wanneer een verzekerde het slachtoffer wordt van een ernstige ziekte, dekt de waarborg "Ambulante zorgen - Ernstige ziekten", binnen de grenzen bepaald in de algemene voorwaarden en de bijzondere voorwaarden, de terugbetaling van de volgende kosten, voor zover ze rechtstreeks verband houden met een gediagnosticeerde ernstige ziekte:

- a) de ambulante zorgen;
- b) de medische honoraria;
- c) de onderzoekskosten;
- d) de behandelingskosten;
- e) de kosten voor geneesmiddelen;
- f) de kosten voor prothesen en orthopedische toestellen in zover deze een rechtstreeks gevolg zijn van het schadegeval en door een geneesheer voorgeschreven zijn;
- g) de kosten voor homeopathische behandelingen, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie in zover dat deze behandelingen door een geneesheer voorgeschreven zijn;
- h) de huur van medisch materiaal zoals o.m. aërosolapparaat, rolstoel, matras ter voorkoming van doorligwonden, ... (de huurwaarborgen worden niet terugbetaald).
- i) de aankoop van het medisch materiaal opgenomen in volgende limitatieve lijst: een spalk, een halskraag, een breukband, drukverbanden voor zwaar verbranden.
- j) de paramedische behandelingen zoals kinesitherapie, fysiotherapie en logopedie indien voorgeschreven door een geneesheer.

De terugbetaling van deze kosten gebeurt zolang de behandeling noodzakelijk is en vereist geen voorafgaandelijke ziekenhuisopname.

De vervoer - en transferkosten worden niet gedekt.

De ernstige ziekten die gedekt worden zijn de volgende : kanker en leukemie, de ziekte van Hodgkin, de ziekte van Parkinson, multiple sclerose, difterie, poliomyelitis, cerebrospinale meningitis, pokken, tyfus, tyfeuze of paratyfeuze koorts, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera en tuberculose, de nieraandoeningen die een dialyse vereisen, roodvonk, virale hepatitis, suikerziekte, AIDS, de ziekte van Alzheimer, mucoviscidose, progressieve musculaire dystrofie, malaria, de ziekte van Crohn, amyotrofische laterale sclerose, brucellose, de ziekte van Pompe en de ziekte van Creutzfeldt-Jakob.

De verzekeraar kan het recht op uitkering ondergeschikt maken aan het voorleggen van medische stukken die de gestelde diagnose objectiveren.

3.2. Terugbetaalde bedragen

De terugbetaling van deze kosten is onbeperkt, rekening houdend met een maximum van:

- a) € 1.500 per jaar voor geneesmiddelen waarvoor geen wettelijke tussenkomst is;
- b) € 1.500 per jaar voor de behandelingen, de prothesen, de orthopedische toestellen en het medisch materiaal waarvoor geen wettelijke tussenkomst is;
- c) € 1.500 per jaar voor de kosten voor homeopathische behandeling, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie.

Bij onderschrijving van het Pack uitgebreide dekkingen, worden de limieten van € 1.500 per jaar verdubbeld; namelijk € 3.000 per jaar.

ART. 4 DE WAARBORG PALLIATIEVE ZORGEN

4.1. Dekking

De verzekering "Palliatieve zorgen" dekt, binnen de grenzen bepaald door de algemene voorwaarden en de bijzondere voorwaarden, de terugbetaling van de kosten voor palliatieve zorgen indien ze verstrekt worden in een verpleeginrichting, een instelling gespecialiseerd in en erkend voor palliatieve behandelingen, alsook thuis.

4.2. Terugbetaalde bedragen

De terugbetaling van deze kosten is onbeperkt, rekening houdend met een maximum van € 100 per dag.

ART. 5 VERZEKERBAARHEID

Is verzekeraar elke persoon die:

- a) bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst de leeftijd van 66 jaar niet heeft bereikt;
- b) in België woonachtig is en daar gewoonlijk verblijft;
- c) onderworpen is aan de Belgische sociale zekerheid en ervan geniet.

Aan de laatste twee voorwaarden moet tijdens de volledige duur van de verzekeringsovereenkomst voldaan worden.

ART. 6 DE TOETREDING

De verzekeringstoetreding moet door de verzekeringsnemer ingevuld en ondertekend worden en vergezeld worden van een volledig ingevulde medische vragenlijst, teneinde de verzekeraar toe te laten het te verzekeren risico te evalueren.

Deze formaliteit is niet van toepassing voor pasgeborenen, op voorwaarde dat de vader of de moeder reeds verzekerd zijn gedurende tenminste 360 dagen, vóór de geboortedatum van de pasgeborene en dat de aanvraag tot verzekering gebeurt binnen de 60 dagen volgend op de geboortedatum.

ART. 7 CRITERIA VOOR DE TERUGBETALING VAN DE KOSTEN

Worden enkel vergoed, in het kader van een schadegeval, de kosten die:

- a) een curatief, diagnostisch of palliatief karakter hebben;
- b) medisch noodzakelijk zijn;
- c) verstrekt worden door erkende zorgverstrekkers;
- d) op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn; gemaakt zijn tijdens de duur van het schadegeval.

ART. 8 WACHTTIJDEN

8.1. Algemene wachttijden

Met uitzondering van de afwijkingen voorzien in de bijzondere voorwaarden, is er voor elke verzekerde een wachttijd voorzien die als volgt wordt bepaald:

- a) een algemene wachttijd van 180 dagen die begint op de aanvangsdatum;

- b) een wachttijd van 10 maanden voor zwangerschappen en bevallingen die begint op de aanvangsdatum.

Bij onderschrijving van het Pack uitgebreide dekkingen, wordt de algemene wachttijd vermindert tot 90 dagen.

8.2. Gevallen van niet-toepassing

De algemene wachttijd is niet van toepassing bij:

- a) ongevallen;
- b) de volgende acute infectieziekten: rode hond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difterie, kinkhoest, bof, poliomyelitis, cerebrospinale meningitis, dysenterie, tyfeuze of paratyfeuze koorts, vlektyfus, cholera, pokken, malaria, terugkerende koorts, encefalitis, miltvuur en tetanus;
- c) elke ziekte van een pasgeborene, op voorwaarde dat de vader of de moeder reeds verzekerd zijn gedurende tenminste 360 dagen, vóór de geboortedatum van de pasgeborene en dat de aanvraag tot verzekering gebeurt binnen de 60 dagen volgend op de geboortedatum;
- d) overname van een analoog bestaande collectieve of individuele verzekeringsovereenkomst waarvan de wachttijden voorzien door huidige verzekeringsovereenkomst afgelopen zijn en op voorwaarde dat er geen onderbreking is tussen beide verzekeringsovereenkomsten;
- e) in geval van huwelijk voor de echtgeno(o)t(e) van een persoon die minstens reeds 90 dagen verzekerd is en voor zover de aansluiting plaatsheeft binnen de 60 dagen volgend op de gebeurtenis;
- f) het sluiten van een nieuwe verzekeringsovereenkomst zoals bepaald in artikel 27 op voorwaarde dat de wachttijden waarvan sprake in huidig artikel afgelopen zijn in de vorige verzekeringsovereenkomst en op voorwaarde dat er geen onderbreking is tussen beide verzekeringsovereenkomsten;
- g) het verderzetten van de overeenkomst zoals bepaald in artikel 25.3 op voorwaarde dat de wachttijden waarvan sprake in huidig artikel afgelopen zijn en dat er geen onderbreking van de dekking is.

8.3. Wachttijd met aanpassing van het contract

In geval van wijziging van het contract op verzoek van de verzekeringnemer met als doel de eerder onderschreven waarborgen te verbeteren, zoals de onderschrijving van de Formule Serenity in plaats van de Formule Safe, geldt een wachttijd van 60 dagen vanaf de effectieve datum van de wijziging van het contract voor de aanvullende dekkingen en waarborgen die de wijziging met zich meebrengt. Dit wachttijd is niet van toepassing voor ongevallen.

ART. 9 VRIJSTELLING

Er wordt een vrijstelling toegepast per verzekeringsjaar en per verzekerde op het geheel van de hospitalisatiekosten en de pré- en posthospitalisatie. Deze vrijstelling is echter niet van toepassing voor alle ernstige ziekten. De vrijstelling voor een verblijf in een tweepersoonskamer of een gemeenschappelijk kamer is ook niet van toepassing als het contract de kosten van een eenpersoonskamer dekt. Deze vrijstelling wordt gehalveerd bij ééndagshospitalisatie (one day clinic).

Bij onderschrijving van het Pack uitgebreide dekkingen is er geen vrijstelling voor ééndagshospitalisatie (one day clinic).

De vrijstelling kunnen overeenkomstig de toepasselijke wetgeving op elke jaarvervaldag worden aangepast aan de jaarlijkse positieve evolutie van de Consumptieprijsindex of medische index "waarborg twee- en meerpersoonskamer" of "waarborg eenpersoonskamer"; indien en voor zover de evolutie van deze specifieke medische index de evolutie van Consumptieprijsindex overschrijdt.

De vrijstelling wordt maar één keer toegepast als meerdere verzekerden uit 1 gezin samen worden gehospitaliseerd bij een ongeval of een bevalling.

In geval een hospitalisatie twee verzekeringsjaren overlapt zonder onderbreking, zal er slechts één forfaitaire vrijstelling toegepast worden op deze hospitalisatie.

ART. 10 BEREKENING VAN DE TUSSENKOMST VAN DE VERZEKERAAR

De tussenkomst van de verzekeraar wordt berekend op het verschil tussen enerzijds de werkelijk opgelopen kosten die onder de waarborgen van deze verzekering vallen en anderzijds de verplichte wettelijke tussenkomst, verhoogd met de eventuele aanvullende tussenkomsten.

De verzekeraar beperkt zijn tussenkomst zoals bepaald in de algemene en/of bijzondere voorwaarden. Van het aldus bekomen bedrag neemt de verzekerde de vrijstelling ten laste die gedefinieerd is in de algemene en/of bijzondere voorwaarden.

De tussenkomst van de verzekeraar is dus gelijk aan het saldo.

Verder wordt er bepaald dat als de verzekerde niet van een wettelijke tussenkomst kan genieten of er geen recht op heeft om welke reden dan ook, en op voorwaarde dat de verzekerde aangesloten is bij een Belgische mutualiteit en in orde is met de bijdragen aan dit organisme of als de verzekerde aangesloten is bij een buitenlands verzekeringsorganisme dat een bilaterale overeenkomst inzake sociale zekerheid heeft gesloten met België, dan zal de tussenkomst van de verzekeraar gelijk zijn aan de terugbetaling voorzien door de Belgische wetgeving die van toepassing is op de bezoldigde werknemers.

ART. 11 TERUGBETALING VAN DE UITKERINGEN

De terugbetaling van de gedekte kosten wordt uitgevoerd na ontvangst van de bewijsstukken van de onkosten ten laste van de verzekerde. De verzekeraar kan bijkomende bewijsstukken vragen indien hij dit nodig acht. In geen enkel geval zijn interesten verschuldigd.

ART. 12 VOORSCHOT

Op aanvraag van de verzekerde, keert de verzekeraar hem een voorschot uit.

Het bedrag van dit voorschot is bestemd voor de dekking van de provisie voor de kosten van verblijf, in de mate dat een dergelijke provisie door de verpleeginrichting wordt gevorderd.

Een kopie van de aanvraag tot uitkering van een voorschot dient aan de verzekeraar te worden overgemaakt, die het voorschot ten belope van 50% van het bedrag van bedoelde provisie voorschiet en, desgevallend, na aftrek van de vrijstelling.

Het voorschot van de verzekeraar verhoogd tot 100% van het bedrag van de provisie met het Pack uitgebreide dekkingen. Bij ééndagshospitalisatie (one day clinic), blijft het voorschot gelimiteerd aan maximum 50% van het bedrag van de provisie.

Dit voorschot wordt afgehouden op het ogenblik van de berekening van de terugbetaalbare kosten. Indien het bedrag van het voorschot hoger ligt dan dat van de terugbetaalbare kosten, beschikt de verzekerde over een termijn van 15 werkdagen vanaf de datum van de per aangetekend schrijven betekende aanvraag van de verzekeraar om het teveel ontvangen bedrag terug te betalen.

In geval van niet-terugbetaling binnen de hierboven voorziene termijn, brengt het voorschotrente op, overeenkomstig de op dat ogenblik wettelijke intrestvoet.

ART. 13 UITGESLOTEN RISICO'S

13.1. Gevallen van niet-tussenkost

De verzekeraar komt niet tussen in de kosten van een ziekte of ongeval die het gevolg zijn van:

- a) schadegevallen die optreden ingevolge een ongeval dat zich heeft voorgedaan of een ziekte waarvan de symptomen zich hebben gemanifesteerd vóór de aanvangsdatum van de verzekeringsovereenkomst. Niettemin wordt de verzekeringswaARBorg verleend indien deze schadegevallen optreden na een periode van tenminste twee jaar te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de verzekeringsovereenkomst, behoudens indien bij het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst, het ongeval, de ziekte of haar gekende symptomen niet ter beoordeling van het risico aan de verzekeraar werden meegedeeld;
- b) de esthetische zorgen en behandelingen, tenzij deze veroorzaakt worden door een verzekerde ziekte of een verzekerd ongeval;
- c) de check-ups, de preventieve onderzoeken en de inentingën;
- d) kuurbehandelingen zoals bijvoorbeeld badkuren, thalassotherapie, diëten;
- e) refractieve chirurgie;
- f) contraceptie, sterilisatie, kunstmatige inseminatie en in-vitrofertilisatie;
- g) de behandeling van impotentie, de opsporing en behandeling van seksuele identiteitsstoornissen alsmede de vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen;
- h) bijstand, toezicht en onderhoud van de verzekerde;
- i) kosten die door het betrokken ziekenhuis als diversen worden aangemerkt en die geen verband houden met de zorgen en behandelingen van de verzekerde;
- j) een hospitalisatie die loopt op de aanvangsdatum of voor ambulante zorgen ingevolge een zware ziekte waarvan de behandeling loopt op het ogenblik van de aansluiting;
- k) elk feit of opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong, die voortspruiten uit of het resultaat zijn van radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire brandstoffen, producten of radioactieve afvalstoffen;
- l) elke bron van ioniserende stralingen, al dan niet rechtstreeks, met uitzondering van:

- een professioneel risico, als dit gedekt is;
- bestralingen die noodzakelijk zijn voor een medisch onderzoek of een medische behandeling.

De verzekeraar komt niet ook tussen in de supplementen gefactureerd voor het verblijf en de honoraria:

- van ééndagshospitalisatie (one day clinic) in een éénpersoonskamer
- of van hospitalisatie in het buitenland in een éénpersoonskamer.

13.2. Uitsluitingen

Zijn eveneens uitgesloten, de kosten n.a.v.:

- a) de beroepshalve uitoefening van om het even welke sport (trainingen inbegrepen);
- b) een opzettelijke daad van de verzekerde;
- c) dronkenschap, alcoholisme, alcoholintoxicatie, het gebruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs;
- d) een oorlogsgebeurtenis;
- e) burgerlijke onlusten of oproer, tenzij de verzekerde er niet actief aan deelnam of zich in een toestand van wettelijke zelfverdediging bevond.

De uitsluitingen vermeld in de twee laatste uitsluitingen zijn nochtans niet van toepassing als de verzekerde bewijst dat er geen enkel oorzakelijk verband bestaat tussen die feiten en de kosten die het voorwerp uitmaken van de aangifte van het schadegeval.

ART. 14 BEPALINGEN I.V.M. TERRORISME

Er wordt bepaald dat de schade veroorzaakt door terrorisme vanaf huidige vervaldatum verzekerd wordt in uw contract overeenkomstig de wet van 01/04/2007, die voorziet o.a. in een solidariteitsmechanisme waarvan sprake in art. 3, 7 en 8 van deze Wet dat vorm kreeg door onze deelname aan de vzw TRIP (TERRORISM REINSURANCE & INSURANCE POOL) waarvan sprake in art. 4 van deze wet.

Voor wat betreft de schade veroorzaakt door wapens of tuigen bestemd om te ontploffen door structuurwijziging van de atoomkern, die blijft uitgesloten.

Er wordt nader bepaald dat schade veroorzaakt door terrorisme uitgesloten blijft indien de verzekeringnemer vrijwillig en actief aan deze gebeurtenis deelgenomen heeft.

Definitie van terrorisme volgens de wet van 01/04/2007: "een clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld wordt gepleegd op personen of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onveiligheid te scheppen of de overheid onder druk te zetten, ofwel om het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren".

ART. 15 SANCTIES

Wanneer de verzekerde de verzekeraar op een dwaalspoor brengt om bedrieglijke redenen:

- a) bij het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst, is deze nietig;
- b) in de loop van de verzekeringsovereenkomst, mag de verzekeraar de verzekerings- overeenkomst onmiddellijk opzeggen en de bijdragen die vervallen waren op het ogenblik dat zij kennis kreeg van dit verzuim of de opzettelijke onjuistheid van de gegevens, behouden als schadeloosstelling.

In deze gevallen zal de verzekeraar weigeren haar waarborgen te verlenen.

ART. 16 VERPLICHTINGEN BIJ SCHADE

De verzekeraar moet op de hoogte gebracht worden van elke hospitalisatie van een verzekerde, evenals van elk ander voorval dat het recht op een uitkering van de verzekering met zich mee kan brengen, en dit door middel van de standaardformulieren die door de verzekeraar ter beschikking gesteld worden.

De verzekerde moet de aangifte invullen en zo snel mogelijk opsturen naar de verzekeraar, ten laatste 30 dagen na het begin van een hospitalisatie of na de datum van de thuisbevalling.

De verzekeraar behoudt zich het recht voor de aangiftes en de antwoorden op haar vragen naar informatie na te kijken en bijkomende bewijsstukken zoals verslagen te vragen.

Niettemin zal de verzekeraar de aangiftes die buiten deze termijn zijn ingediend, in acht nemen op voorwaarde dat deze aangiftes zo spoedig als redelijkerwijze mogelijk is, zijn gedaan.

De verzekerde moet de verzekeraar zonder uitstel alle nodige inlichtingen bezorgen en de vragen beantwoorden teneinde de omstandigheden en de omvang van de schade te bepalen.

Indien aan de bovengenoemde verplichtingen niet werd voldaan en voor zover er voor de verzekeraar een nadeel uit voortvloeit, behoudt deze zich het recht voor zijn prestaties te verminderen, ten belope van zijn opgelopen nadeel.

De verzekeraar mag zijn waarborg weigeren als de verzekerde, met het oogmerk om te bedriegen, zijn verplichtingen niet heeft uitgevoerd.

De verzekerde machtigt de behandelende geneeshe(e)r(en) om aan de raadgevende geneesheer van de verzekeraar alle inlichtingen te verschaffen waarover deze beschikt/beschikken betreffende zijn gezondheidstoestand.

De verzekeraar heeft het recht om te eisen dat de medische controle in België plaatsvindt.

Alle terugbetalingen met betrekking tot de kinderen van een verzekerde zullen gestort worden aan de begunstigde.

De originele onkostennota's dienen ingediend te worden. Ze moeten de naam vermelden van de persoon die de medische verzorging ondergaat en de aard van de ziekte, evenals de data, de staat van de medische of technische prestaties, de onkosten en honoraria.

De verzekeraar is gerechtigd de terugbetaling ondergeschikt te maken aan de indiening van voldane en vertaalde onkostennota's indien zij uitgegeven zijn in een vreemde taal waarvan de vertaling redelijkerwijze noodzakelijk blijkt voor het onderzoek. De uitkering geschiedt in euro.

Indien de verzekerde een tussenkomst van een andere instelling heeft gekregen kan hij afschriften indienen, maar in dat geval, samen met een kopie van de afrekening van de betalende instelling.

Bovendien moet de verzekerde aan de verzekeraar alle overzichten bezorgen met de details van de wettelijke tussenkomst en van alle andere ontvangen aanvullende tussenkomsten.

De verzekeraar behoudt zich het recht voor enkel tussen te komen voor het bedrag van de betaalde en voldane facturen met vermelding van de data van betaling.

ART. 17 BETWISTING EN EXPERTISE

De verzekeraar heeft op elk ogenblik het recht de juistheid van de verklaringen van de verzekerde te laten controleren door een geneesheer die door hem is aangesteld.

Elke betwisting van medische aard wordt voorgelegd in aanwezigheid van beide partijen aan twee deskundige geneesheren, benoemd en volwaardig gemandateerd, de ene door de verzekerde, de andere door de verzekeraar.

Indien deze deskundige geneesheren niet tot een akkoord komen, zullen ze een derde deskundige aanduiden. De drie deskundige geneesheren zullen dan samen een beslissing nemen, maar bij gebrek aan een meerderheid zal het advies van de derde deskundige doorslaggevend zijn.

Als één van de partijen haar deskundige geneesheer niet aanduidt, of als beide deskundige geneesheren het niet eens zijn over de keuze van een derde geneeskundige, wordt deze laatste aangeduid door de Voorzitter van de Rechtbank van Eerste Aanleg van de woonplaats van de verzekerde en dit op verzoek van de meest gerede partij.

Elke partij betaalt de kosten en de honoraria van haar deskundige. De kosten en honoraria van de derde deskundige zijn voor rekening van beide partijen, elk voor de helft.

De deskundige geneesheren worden vrijgesteld van alle formaliteiten.

ART. 18 OVEREENKOMSTEN MET DERDEN

De overeenkomsten afgesloten tussen de verzekerde en derden die rechten tot voorwerp hebben die voortkomen uit de verzekeringsovereenkomst of die ontstaan bij de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, zijn slechts tegenstelbaar aan de verzekeraar vanaf de datum waarop ze door hem schriftelijk zijn goedgekeurd.

ART. 19 VERHAAL OP DERDEN

Ten belope van zijn uitgaven wordt de verzekeraar in de rechten gesteld van de verzekerde en/of de begunstigde tegenover de aansprakelijke derden.

De verzekerde en/of de begunstigde mogen zonder schriftelijk akkoord van de verzekeraar niet met een willekeurige derde overeenkomen dat de verzekeraar zijn verhaalsrecht tegen de derde persoon die aansprakelijk is voor het schadegeval, niet mag uitoefenen.

ART. 20 BIJDRAGEN

De jaarbijdrage is ondeelbaar en is te aanzien als een haalschuld.

De bijdrage is het bedrag in de overeenkomst bepaald, verhoogd met de polis- en bijvoegselkosten, de verzekeringstaks en de belastingen en/of bijkomende heffingen van welke aard ook, bij wet of bij enige andere reglementaire beschikking opgelegd.

De bijdrage is betaalbaar door de verzekeringsnemer.

De bijdrage kunnen overeenkomstig de toepasselijke wetgeving op elke jaarvervaldag worden aangepast aan de jaarlijkse positieve evolutie:

- van de Consumptieprijsindex
- of van de medische index "waarborg twee- en meerpersoonskamer" of "waarborg eenpersoonskamer" die overeenkomt met de leeftijdsklasse waartoe de verzekerde op het ogenblik van de jaarvervaldag behoort; indien en voor zover de evolutie van deze specifieke medische index de evolutie van Consumptieprijsindex overschrijdt.

De specifieke medische indexcijfers worden jaarlijks op de eerste werkdag van juli gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad en kunnen geraadpleegd worden op de websites van de FOD Economie.

De bijdrage varieert automatisch volgens de leeftijdscategorieën vastgesteld in het tarief, dat vermeld wordt in een bijlage aan de bijzondere voorwaarden.

ART. 21 BIJDRAGEBETALING

In geval van niet-betaling van de bijdrage, zal de verzekeraar, na een termijn van 30 dagen vanaf de vervaldatum, een aangetekende brief naar de verzekeringsnemer sturen waarin hem wordt aangemaand zijn schuld te vereffenen en waarin wordt herinnerd aan de gevolgen van het niet-betalen van de bijdrage.

De verzekeringsovereenkomst zal, ten vroegste 15 dagen na het versturen van deze brief, van rechtswege en met onmiddellijke ingang, ontbonden worden.

Iedere onderbreking van de dekking brengt de toepassing mee van nieuwe wachttijden zoals voorzien in artikel 8.

ART. 22 WIJZIGING VAN TARIEF EN/OF VERZEKERINGSVOORWAARDEN

De verzekeraar behoudt zich het recht voor het tarief en/of de verzekeringsvoorwaarden aan te passen in volgende gevallen:

- a) in geval van substantiële wijziging van de wetgeving inzake sociale zekerheid, van de ziekenhuiswet of van elke wetgeving of omstandigheid die een betekenisvolle en duurzame invloed heeft op de reële kostprijs van de gewaarborgde prestaties op basis van een bij de bevoegde overheden neergelegd en gemotiveerd dossier. Deze aanpassing zal steeds gebeuren in verhouding tot de gewijzigde omstandigheden;
- b) in het geval dat de wijziging van het tarief en/of de verzekeringsvoorwaarden het gevolg is van een algemene wijzigingsopdracht die opgelegd is door de bevoegde autoriteiten en die bij zijn uitvoering conform is voor alle verzekeraars;
- c) indien, aan de hand van een dossier neergelegd bij de daarvoor bevoegde instantie wordt aangetoond dat de toegepaste bijdrage en de eventuele jaarlijkse aanpassingen ervan, ontoereikend zijn om de verhoging te dekken van de reële kostprijs van de gewaarborgde prestaties;

- d) bij tariefaanpassingen opgelegd door de bijstandsverzekeraar binnen het kader van de waarborgen ad hoc.

Wanneer de verzekeraar de verzekeringsvoorwaarden en de tarieven of enkel de tarieven wijzigt, stelt hij de verzekeringsnemer tenminste vier maanden vóór de vervalddag op de hoogte van de wijziging. De verzekeringsnemer kan de verzekeringsovereenkomst echter opzeggen conform artikel 26.1.b. Indien de verzekeringsnemer de verzekeringsovereenkomst niet opzegt conform hogervermeld artikel zal de wijziging in voege treden op de jaarlijkse vervalddag van de verzekeringsovereenkomst.

Indien de mededeling van de wijziging, voorzien in de voorgaande paragraaf, geschiedt minder dan vier maanden vóór de jaarlijkse vervalddag van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekeringsnemer opzeggen conform artikel 26.1.c. Indien de verzekeringsnemer de verzekeringsovereenkomst niet opzegt conform hogervermeld artikel zal de wijziging in voege treden vanaf de betaling van de volgende premie.

ART. 23 TERRITORIALITEIT

De waarborg is over de hele wereld geldig voor zover de verzekerde zijn adres en hoofdverblijfplaats in België heeft of als de verzekerde in België verblijft en geniet van uitkeringen die worden terugbetaald in het kader van één van de bilaterale akkoorden inzake sociale zekerheid afgesloten met België. Elke verzekerde die meer dan 90 opeenvolgende dagen in het buitenland verblijft, wordt niet meer verondersteld zijn hoofdverblijfplaats in België te hebben.

Als de verzekerde niet van een wettelijke tussenkomst kan genieten of er geen recht op heeft om welke reden dan ook, en op voorwaarde dat de verzekerde aangesloten is bij een Belgische mutualiteit en in orde is met de bijdragen aan dit organisme of als de verzekerde aangesloten is bij een buitenlands verzekeringsorganisme dat een bilaterale overeenkomst inzake sociale zekerheid heeft gesloten met België, zal de tussenkomst van de verzekeraar gelijk zijn aan de terugbetaling voorzien door de Belgische wetgeving die van toepassing is op de bezoldigde werknemers.

Bij hospitalisatie in het buitenland worden de waarborgen slechts verleend op voorwaarde dat de hospitalisatie een dringend en onvoorzienbaar karakter heeft of dat de verzekerde het voorafgaandelijk akkoord van de verzekeraar ontving.

Bij onderschrijving van het Pack uitgebreide dekkingen, wordt de waarborg uitgebreid aan hospitalisatie gepland in een land van Europese Unie voor een verzekerde die in België verblijft.

De verzekeraar zal tussenkomen voor zover de prestaties die in het buitenland zijn geleverd in aanmerking worden genomen door de verplichte ziekte – en invaliditeitsverzekering (Z.I.V.).

De details van de waarborgen Bijstand in het buitenland zijn gepreciseerd in bijlage.

ART. 24 DUUR

De verzekeringsovereenkomst wordt levenslang afgesloten, behoudens afwijking voorzien in de bijzondere voorwaarden.

De verzekeringsnemer kan de overeenkomst jaarlijks opzeggen op iedere jaarlijkse vervalddag.

De overeenkomst wordt opgezegd bij een ter post aangetekende brief of bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs, minstens 3 maanden voor de jaarlijkse vervalddag van de bijdrage.

ART. 25 AANVANGSDATUM

De verzekeringsovereenkomst wordt van kracht vanaf het ogenblik dat het werd ondertekend door de verzekeringnemer en de verzekeraar; het treedt in werking vanaf de datum vermeld in de bijzondere voorwaarden op voorwaarde dat de eerste bijdrage betaald werd.

De betaling van de eerste bijdrage wordt gelijkgesteld met de aanvaarding van de voorwaarden door de verzekeringnemer.

In de gevallen voorzien door artikel 22 worden de nieuwe voorwaarden aanzien als aanvaard van zodra de eerste bijdrage volgend op de betekenis van de wijziging van de voorwaarden en/of het tarief, wordt betaald.

ART. 26 EINDE VAN DE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

26.1. Opzeg door de verzekeringnemer

De verzekeringnemer kan de verzekeringsovereenkomst opzeggen in de volgende gevallen:

- a) tenminste 3 maanden vóór de jaarlijkse vervalddag;
- b) per aangetekend schrijven, binnen de 3 maanden vóór de jaarlijkse vervalddag volgend op de mededeling van een wijziging van de algemene en/of tarifaire verzekeringsovereenkomsten, die tenminste 4 maanden vóór de jaarlijkse vervalddag van de lopende verzekeringsovereenkomst is gebeurd. De beëindiging treedt in voege op de jaarlijkse vervalddag van de verzekeringsovereenkomst.
- c) per aangetekend schrijven, binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een wijziging van de algemene en/of tarifaire verzekeringsovereenkomsten, die minder dan 4 maanden vóór de jaarlijkse vervalddag van de lopende verzekeringsovereenkomst is gebeurd. De beëindiging treedt in voege één maand volgend op de dag na de mededeling of de datum van ontvangst of, in geval van een aangetekend schrijven, volgend op de dag na levering aan de post.

26.2. Opzeg door de verzekeraar

De verzekeraar kan de verzekeringsovereenkomst opzeggen in de volgende gevallen:

- a) in geval van bedrog of poging tot bedrog in hoofde van de verzekerde;
- b) bij niet-betaling van de bijdrage;
- c) bij overbrenging van zijn woonplaats door de verzekerde buiten België;
- d) het niet meer onderworpen zijn van de verzekerde aan de sociale zekerheid in België of verlies van het genot ervan;
- e) in geval van niet-naleving van de in artikel 16 opgelegde verplichtingen.

26.3. Overlijden

De verzekeringsovereenkomst eindigt bij het overlijden van de verzekeringsnemer. De verzekerden hebben echter het recht de verzekeringsovereenkomst voort te zetten, op voorwaarde dat ze binnen de 60 dagen een andere verzekeringsnemer aanduiden.

ART. 27 EINDE VAN DE VERZEKERDE PRESTATIES

De betaling van de gewaarborgde prestaties neemt een einde op hetzelfde ogenblik als de overeenkomst en dit eveneens voor de nog lopende schadegevallen.

ART. 28 WIJZIGINGEN IN DE SAMENSTELLING VAN HET VERZEKERDE GEZIN

De verzekeringsnemer verbindt er zich toe om de verzekeraar op de hoogte te brengen van het tijdstip waarop een persoon het verzekerde gezin verlaat en van diens nieuwe verblijfplaats.

Op basis van die gegevens richt de verzekeraar binnen de 30 dagen een verzekeringsaanbod aan die verzekerde, en eventueel aan de leden van zijn gezin die in de gezinsverzekeringsovereenkomst waren opgenomen.

De verzekerde beschikt over een termijn van 60 dagen om het verzekeringsvoorstel te aanvaarden. Bij verstrijken van deze termijn vervalt het recht om het voorstel te aanvaarden.

De verzekeringsovereenkomst die de verzekerde heeft aanvaard, gaat in op het tijdstip waarop hij het voordeel van de vorige verzekering verliest, zonder nieuwe medische formaliteiten en volgens het tarief in voege.

ART. 29 MEDEDELINGSPLICHT

De verzekeringsnemer en de verzekerde dienen zowel bij het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst als tijdens de duur ervan:

- a) het risico volledig en juist aan de verzekeraar voor te stellen;
- b) alle hem bekende omstandigheden, waarvan hij redelijkerwijze kan aannemen dat deze een invloed kunnen hebben op de beoordeling van het risico door de verzekeraar, nauwkeurig mee te delen zoals o.m. de gevallen vermeld in artikel 13.1.a;
- c) alle andere verzekeringen met hetzelfde voorwerp op te geven;
- d) iedere samenstelling van zijn/haar gezin op te geven.

Bij verzwijging of onjuiste mededeling zal de verzekeraar naargelang het geval zijn tussenkomst beperken of weigeren volgens de bepalingen van de wetgeving op de landverzekeringsovereenkomst (WLVO).

ART. 30 VERJARING

De verjaringstermijn voor elke rechtsvordering die voortvloeit uit de verzekeringsovereenkomst is drie jaar.

De termijn loopt vanaf de dag van de gebeurtenis die de aanzet geeft tot de actie.

Indien degene die de rechtsvordering heeft geopend bewijst dat hij pas op de hoogte was van de gebeurtenis op een latere datum, begint de termijn pas te lopen vanaf deze datum, zonder een periode van vijf jaar te overschrijden vanaf de datum van de gebeurtenis, behalve in geval van fraude.

ART. 31 DOMICILIE

Het domicilie van de partijen is bij wet aangeduid, te weten:

- a) die van de verzekeraar op haar sociale zetel;
- b) die van de verzekeringsnemer en de verzekerde op het adres vermeld in de verzekeringsovereenkomst of op het laatste adres dat officieel bij de verzekeraar is bekend.

Elke communicatie is rechtsgeldig op deze vestigingsplaatsen.

ART. 32 BEVOEGDE RECHTBANKEN

Betwistingen tussen partijen die betrekking hebben op de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst vallen uitsluitend onder de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken.

ART. 33 BESCHERMING VAN HET PRIVÉLEVEN

De persoonsgegevens worden verwerkt door AMMA Verzekeringen, als verantwoordelijke voor de verwerking, overeenkomstig Verordening (EU) 2016/679 (AVG) en de toepasselijke Belgische wetgeving inzake gegevensbescherming. De volledige modaliteiten van de verwerking en de rechten van de betrokkenen worden beschreven in het Privacycharter, beschikbaar via www.amma.be/nl/charter-privéleven.

ART. 34 BASIS WAAROP DE VERZEKERINGSOVEREENKOMST IS OPGEMAAKT

De wet van toepassing op de verzekeringsovereenkomst is de Belgische wet.

De verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a) de wettelijke en reglementaire bepalingen van toepassing op de verzekering,
- b) de bijzondere voorwaarden, de algemene voorwaarden en bijhorende bijlagen en aanhangsels,
- c) de verklaringen van de verzekerde en de verzekeringsnemer.

De verzekeraar zal enkel gebonden zijn door de contractuele bepalingen die schriftelijk met haar zijn overeengekomen.

ART. 35 KLACHTEN

Elke klacht met betrekking tot deze verzekeringsovereenkomst kan gericht worden aan de Ombudsman Verzekeringen, de Meeûssquare 35 te 1000 Brussel. (tel 02/547.58.71 – fax 02/547.59.75 – www.ombudsman.as). Het indienen van een klacht doet geen afbreuk aan de mogelijkheid om een rechtszaak aan te spannen.

BIJLAGE BIJ DE ALGEMENE VOORWAARDEN VOOR DE VERZEKERINGSOVEREENKOMST AMMA HOSPI

BIJSTAND HOSPITALISATIE IN HET BUITENLAND

Voor deze waarborg doet de verzekeraar beroep op haar bijstandscorrespondent, EUROP ASSISTANCE BELGIUM N.V. verzekeringsonderneming toegelaten onder het codenummer 1401 voor het verrichten van tak 18 (Bijstand), bij K.B. van 02.12.1996 (B.S. 21.12.1996), gelegen Triomflaan 172 te 1160 Brussel, hierna "wij" of de "bijstandsverlener" genoemd.

De waarborg van bijstand is verworven voor elke verzekerde die het slachtoffer is van een ziekte of een ongeval in het buitenland, tijdens een verblijf voor professionele of privédoeleinden (met uitzondering van elke technische of sportieve activiteit die algemeen als gevaarlijk bekend staat).

ART. 1 BIJSTAND AAN DE VERZEKERDE ZELF

1.1. Eerste hulp en oproepen naar de bijstandsdienst

Voor de eerste spoedeisende hulp en/of het eerste transport, dienen de plaatselijke eerstehulpdiensten opgeroepen te worden die niet door EUROP ASSISTANCE kunnen worden vervangen maar waarvan de kosten - op vertoon van de originele bewijsstukken - vergoed worden ten belope van € 620 (taksen inbegrepen) per persoon en per gebeurtenis. Vervolgens dient zonder verwijl EUROP ASSISTANCE opgebeld te worden.

1.2. Verplichting tot bijstand, beslissing en verantwoordelijkheid

De verplichtingen tot het verlenen van bijstand van EUROP ASSISTANCE bestaan uit:

- a) het organiseren van alle nodige contacten tussen haar medische dienst en de behandelende geneesheer van de verzekerde ter plaatse en, indien nodig, de geneesheer van de verzekerde in België.
- b) het nemen van meerdere beslissingen uit hoofde van de medische belangen van de verzekerde en de geldende gezondheidsvoorschriften en die betrekking hebben op:
 - de keuze tussen het afwachten, een verlenging van het verblijf, een regionaal transport of een repatriëring,
 - het vastleggen van de datum van het transport,
 - de keuze van het transportmiddel,
 - de noodzaak van een medische begeleiding,
 - de eventuele verplaatsing van een verzekerde reisgenoot om de vervoerde of gerepatriëerde persoon te begeleiden naar de plaats van bestemming.
- c) het organiseren van het transport naar een verpleeginrichting die het meest geschikt is om de nodige verzorging te verlenen; in geval van repatriëring wordt het transport georganiseerd naar een erkende verpleeginrichting in de nabijheid van de verblijfplaats van de verzekerde, of, indien zijn toestand geen hospitalisatie vereist, naar zijn verblijfplaats.

In geval van onschuldige aandoeningen of lichte verwondingen die ter plaatse kunnen worden verzorgd, worden enkel de medische kosten terugbetaald binnen de grenzen bepaald in de verzekeringsovereenkomst en wordt het transport georganiseerd tot op de plaats waar de noodzakelijke zorgen kunnen worden verstrekt.

1.3. Bijstand in het ziekenhuis

Wanneer een verzekerde in het ziekenhuis wordt opgenomen en hij tijdens zijn verplaatsing niet vergezeld werd, organiseert EUROP ASSISTANCE de heen- en terugreis van een in België verblijvend familielid, om zich naar het ziekbed te begeven indien uit de eerste medische contacten zou blijken dat het transport of de repatriëring niet verzekerd kan worden binnen de 7 dagen te tellen vanaf de datum waarop de gebeurtenis werd aangegeven. Deze minimumduur van 7 dagen is niet vereist wanneer de aangesloten persoon een kind is van minder dan 18 jaar.

EUROP ASSISTANCE draagt bij in de overnachtingskosten van de verwante die bij het ziekbed van de verzekerde blijft ten belope van € 500 (taksen inbegrepen).

1.4 Verlenging van het verblijf in het buitenland

EUROP ASSISTANCE neemt, na daartoe de beslissing te hebben genomen, de overnachtingskosten ten laste die betrekking hebben op een verlenging van het verblijf na de datum die oorspronkelijk voorzien was voor de terugkeer naar België, ten belope van € 500 (taksen inbegrepen) per zieke of gewonde verzekerde die in de onmogelijkheid verkeert zijn terugreis te beginnen.

1.5 In geval van overlijden

Als een aangesloten persoon overlijdt tijdens een verplaatsing, organiseert EUROP ASSISTANCE het overbrengen of de repatriëring van het stoffelijk overschot naar België vanuit het ziekenhuis of mortuarium naar de begraafplaats of naar de verblijfplaats van de overledene.

- a) indien het overlijden plaatsheeft in het buitenland, neemt EUROP ASSISTANCE bovendien de volgende kosten ten laste, met uitzondering van de kosten voor de plechtigheid en de begrafenis:
- de kosten van de post mortem-behandeling en het kisten;
 - de kosten van de doodskist en andere speciale aanpassingen die voor het transport vereist zijn, ten belope van € 620 (taksen inbegrepen).
- b) indien de aangesloten persoon in het buitenland wordt begraven of gecremeerd, neemt EUROP ASSISTANCE de volgende kosten ten laste:
- de kosten van de post mortem-behandeling en het kisten;
 - de kosten van de doodskist, ten belope van € 620 (taksen inbegrepen);
 - de kosten van het transport ter plaatse van het stoffelijk overschot;
 - de kosten van de begrafenis of crematie, met uitzondering van de kosten van de plechtigheid;
 - de kosten van de repatriëring van de urne.

In dit geval mogen de totale kosten die door EUROP ASSISTANCE ten laste worden genomen, niet hoger zijn dan wat de repatriëring van het stoffelijk overschot naar België had gekost.

1.6. Medische kosten in het buitenland

- a) EUROP ASSISTANCE schiet de medische, heelkundige en farmaceutische kosten alsook de kosten voor hospitalisatie en voor de ziekenauto voor, voor zover ze beantwoorden aan verzorgingen die in het buitenland werden verleend en ze voorgeschreven zijn door een plaatselijke geneesheer;
- b) als de kosten rechtstreeks door EUROP ASSISTANCE werden betaald, gelden ze enkel als voorschot. De verzekeraar blijft de verzekeraar van het risico "medische kosten in het buitenland";
- c) onderhavige waarborg is niet meer geldig vanaf het tijdstip dat door EUROP ASSISTANCE wordt vooropgesteld voor de repatriëring, indien de aangesloten persoon of zijn naaste verwanten wensen dat de repatriëring niet doorgaat of wordt uitgesteld tot een latere datum.

1.7. Opsturen van geneesmiddelen naar het buitenland

Indien een aangesloten persoon in het buitenland, ten gevolge van een niet te voorziene gebeurtenis, niet beschikt over de geneesmiddelen die onmisbaar zijn voor het voortzetten van een lopende behandeling, en indien hij in de onmogelijkheid verkeert om deze geneesmiddelen of een gelijkwaardig product ter plaatse te verkrijgen, zal EUROP ASSISTANCE - op voorschrift van de behandelende geneesheer of de lokale geneesheer - deze geneesmiddelen zoeken en opsturen naar de verzekerde op de manier die zij daarvoor geschikt acht en volgens de medische wetgeving en deontologie.

EUROP ASSISTANCE neemt de verzendingskosten op zich, maar niet de aankoopsom. Indien het over een aanzienlijk bedrag gaat, kan er vooraf een waarborg gevraagd worden.

ART. 2 BIJSTAND AAN DE VERZEKERDE REISGENOTEN

Indien één van de hierboven beschreven gebeurtenissen de verzekerde reisgenoten belet naar hun verblijfplaats in België terug te keren, organiseert EUROP ASSISTANCE hun terugkeer van de plaats van de immobilisatie naar hun verblijfplaats in België.

Indien de eerder vermelde reisgenoten daarenboven minder dan 18 jaar oud zijn en indien geen enkele andere persoon op hen toezicht kan houden, organiseert EUROP ASSISTANCE hun begeleiding door een hostess of door een in België woonachtig persoon die door de familie werd aangeduid.

Zonodig betaalt EUROP ASSISTANCE de overnachtingskosten van de begeleidende persoon voor maximum 2 nachten.

ART. 3 TRANSPORT VAN BAGAGE EN HUISDIEREN

Wanneer een verzekerde wordt gerepatriëerd ten gevolge van één van de hierboven beschreven gebeurtenissen en er, door omstandigheden, niemand het transport van de bagage en de huisdieren (uitsluitend honden en katten) die hij had meegenomen, kan regelen, organiseert EUROP ASSISTANCE het transport, met inachtneming van alle verplichtingen, administratieve regels en gezondheidsvoorschriften, ten belope van 190 EUR (taksen inbegrepen) met uitsluiting van de volgende voorwerpen : toestellen zoals boten, motorrijwielen en zweefvliegtuigen, dieren, handelswaren, materiaal voor onderzoek en wetenschap, bouwmaterialen, alle soorten meubels, bederfelijke eetwaren, brandstof buiten een vaste tank, enz.

EUROP ASSISTANCE wijst elke verantwoordelijkheid af in geval van verlies, diefstal of schade aan de vervoerde voorwerpen.