

Algemene voorwaarden

INHOUD

I. Definities	3
II. Het verzekeringscontract	6
1. De overeenkomst	6
2. De betrokken Partijen	6
3. De onderdelen van de overeenkomst	6
III. De waarborgen	7
1. Medische verzorging – Hospit-All	7
2. Repatriëring en hulpverlening	10
3. Territoriale dekking	14
4. Voorafgaande toestemming	14
5. Uitsluitingen van de waarborgen	15
IV. De aangifte en berekening van de tussenkomst	16
1. Hoe verloopt de aangifte?	16
2. Hoe verloopt de berekening?	17
3. Hoe verloopt de betaling?	19
V. De verzekerden	19
1. Wie kan aangesloten worden?	19
2. Wanneer stopt de aansluiting?	20
3. Hoe verloopt de individuele voortzetting?	21
4. Betaling van een bijkomende premie	22

VI. De premie 22

1. Wie betaalt de premie? 22
2. Hoeveel bedraagt de premie? 23
3. Hoe wordt de premie betaald? 23
4. Wat als de premie niet wordt betaald? 23

VII. Overige bepalingen 24

1. Verplichtingen van de verzekeringnemer en/of van de verzekerden 24
2. Duurtijd van de verzekeringsovereenkomst 24
3. Aanpassingen bij wijziging van de regelgeving 25
4. Geschillen en klachten 25
5. Belangenconflicten 25
6. Bescherming van de persoonsgegevens 26

I. DEFINITIES

- AssurCard:** Kaart die het derdebetalerprincipe mogelijk maakt dankzij de beveiligde elektronische uitwisseling van de hospitalisatiefacturen met de verzekeringsonderneming.
- AssurPharma:** Beveiligde elektronische uitwisseling van de gegevens vermeld op het apothekersattest (BVAC) met de verzekeringsonderneming.
- Belgische wetgeving die in geval van ziekte of ongeval van toepassing is op de werknemers:**
Onder Belgische wetgeving die in geval van ziekte of ongeval van toepassing is op de werknemers verstaat men:
- de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
 - de wetgeving betreffende de arbeidsongevallen en de ongevallen op de weg naar en van het werk;
 - de wetgeving betreffende de beroepsziekten.
- Beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst:**
De ziekteverzekering die gesloten is door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van meerdere personen die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer verbonden zijn.
- Geneesmiddel:** Elk product dat uitsluitend in de apotheek verkrijgbaar is, dat door een geneesheer wordt voorgeschreven en waarvoor een vergunning voor het in de handel brengen verleend werd hetzij door de bevoegde minister of zijn afgevaardigde overeenkomstig de bepalingen van de wet d.d. 25 maart 1964 op de geneesmiddelen voor menselijk gebruik en haar uitvoeringsbesluiten, hetzij door de Europese Commissie overeenkomstig het Gemeenschapsrecht.
- Gezondheid:** Toestand van volledig lichamelijk en geestelijk welzijn die niet uitsluitend bestaat uit de afwezigheid van ziekte of gebrek.
- Hulpverlener**
Allianz Partners,
AWP P&C N.V. - Belgian branch
Koning Albert II-laan, 32
1000 Brussel
Verzekeringsmaatschappij toegelaten onder codenummer 2769 om de tak "Hulpverlening" (tak 18 - K.B. van 18/01/1982 B.S. van 23/01/1982) uit te oefenen – H.R.B. 438.736 – K.B.O. Ondernemingsnummer 0837.437.919
- Medische technieken en behandelingen:**
Medisch aanvaarde (en dus voldoende beproefde) technieken en behandelingen op basis van wetenschappelijk bewijs, die het resultaat zijn van klinisch onderzoek voor de behandeling van ziekten en waarvan de resultaten gevalideerd zijn en aanvaard voor toepassing in de courante medische praktijk (Evidence Based Medicine).
- Medisch materiaal:** Tijdens de hospitalisatieperiode en hernomen op de ziekenhuisfactuur:
- de middelen bestemd om de hoofdmedicatie te versterken, te vervolledigen of toe te dienen, zoals verbanden, spuiten, steunkousen ..., met uitzondering van de brilmonturen en brilglazen, contactlenzen en tandmateriaal en het medisch materiaal dat gebruikt wordt tijdens een ingreep of behandeling, meestal voor eenmalig gebruik, bv. een tang, een spreider,...
 - het implanteerbaar medisch materiaal: een voorwerp of toestel dat volledig of gedeeltelijk in het lichaam wordt geplaatst ter bevordering van de genezing, ter behandeling of verlichting van een ziekte of voor het toedienen van medicatie vb. pacemaker, netjes, bouten enz.
- Buiten de hospitalisatieperiode:
- het kleine medisch materiaal aangekocht bij een organisme dat in België erkend is of bij

- de apotheek; dit wil zeggen de middelen bestemd om de hoofdmedicatie te versterken, te vervullen of toe te dienen, zoals verbanden, spuiten, steunkousen...
- het zware medisch materiaal en de medische hulpmiddelen gehuurd bij een organisme dat in België erkend is of bij een apotheek; dit wil zeggen de middelen bestemd om de fysieke toestand of de mobiliteit van de patiënt te verbeteren zoals een bed, krukken, een rolstoel, en de toestellen of apparaten die gebruikt worden om een diagnose te stellen of worden aangewend ter preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte. vb aerosoltoestel, bloeddrukmeter, spirometer, glucosemeter, enz ...
 - de overige gedekte kosten worden beschreven in de algemene voorwaarden.

Medisch noodzakelijke kosten:

De kosten gemaakt voor de toegediende curatieve 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.

Ongeval: Een plotselinge, onvoorzienbare gebeurtenis, onafhankelijk van de wil van de verzekerde en/of iedere andere persoon die bij de verzekering belang heeft, waarvan de oorzaak of de oorzaken buiten het slachtoffer ligt(en) en waarbij de verzekerde een geneeskundig vast te stellen en objectiveerbaar lichamelijk letsel oploopt.

Orthopedisch toestel: Apparaat bestemd om lichamelijke afwijkingen te corrigeren, ter compensatie voor een afwezige of gebrekkige functie, ter ondersteuning van een gewrichts- of spierstructuur of om het lichaam of één van zijn delen te beschermen, te immobiliseren of te ondersteunen.

Prothese: Elk toestel dat een lid of een orgaan geheel of gedeeltelijk vervangt en aan de verzekerde persoon wordt bevestigd. Elk getransplanteerd orgaan wordt gelijkgesteld met een prothese.

Schadegeval: Elke gebeurtenis die aanleiding geeft tot een tussenkomst ingevolge deze overeenkomst.
Schadejaar: Het schadejaar wordt berekend vanaf de eerste dag van de eerste hospitalisatie en eindigt 365 dagen later. Indien de kosten een zware ziekte betreffen die niet voorafgegaan wordt door een periode van hospitalisatie, dan wordt het schadejaar berekend vanaf de datum van de eerste terugbetaalbare kosten.

Terrorisme: 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 onderneming te belemmeren (Wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme).

Verblijfskosten: Het bedrag van de verblijfskosten omvat:

- de prijs van een verzorgingsdag;
- het supplement gefactureerd, binnen de wettelijke grenzen, voor het verblijf in een basiseenpersoonskamer (d.w.z. de aparte kamer die het minst duur door het ziekenhuis wordt gefactureerd) van het kamergamma dat in het betrokken ziekenhuis voorgesteld wordt;
- het dagelijks forfait voor de geneesmiddelen.

Verzekerden: **Hoofdverzekerde**
De hoofdverzekerde is de persoon die op het moment van de aansluiting beroepsmatig verbonden is met de verzekeringnemer (bijv. werknemer).

Medeverzekerden

De gezinsleden van de hoofdverzekerde die eveneens de waarborg van de beroepsgebonden verzekering genieten, worden ook "medeverzekerden" genoemd.

- Verzekeringsjaar:** Periode tussen twee jaarlijkse hoofdvervaldagen van het verzekeringscontract.
- Verzekeringsonderneming:** **Allianz Benelux N.V.**
Koning Albert II-laan, 32
1000 Brussel
Verzekeringsonderneming toegelaten door de NBB (Nationale Bank van België) en geïdentificeerd onder nummer 0403.258.197 om alle takken "Leven" en "niet Leven" te beoefenen (K.B. van 04/07/1979 – B.S. van 14/07/1979, K.B. van 19/05/1995 – B.S. van 16/06/1995) – H.R.B. 574 – K.B.O. Ondernemingsnummer 0403.258.197
Hierna vernoemd als 'wij', 'verzekeraar' of 'Verzekeringsonderneming'.
- Vrijstelling (franchise):** Het in de Bijzondere Voorwaarden bepaalde gedeelte van de terugbetaalbare kosten dat ten laste van de verzekerde blijft. De vrijstelling geldt per schadejaar en per verzekerde.
- Wachttijd:** In de Bijzondere Voorwaarden bepaalde periode die aanvangt op de aansluitingsdatum en gedurende welke de verzekeringsonderneming geen enkele terugbetaling verschuldigd is. Voor ongevallen wordt er geen wachttijd toegepast.
- Wettelijke tegemoetkoming:** 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.
- Ziekenhuisinstelling – ziekenhuis:**
Wettelijk als ziekenhuis erkende geïdentificeerde instelling waar wetenschappelijk beproefde diagnose- en behandelingsmiddelen aangewend worden, met uitzondering van:
- de forensische psychiatrische instellingen;
 - de tehuizen voor het voorlopige verblijf van psychiatrische patiënten, de plaatsen van beschut wonen (I.B.W.) en de psychiatrische verzorgingstehuizen (P.V.T.);
 - 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.
- Deze definitie doet geen afbreuk aan de gevallen waarin extramurale setting in deze Algemene Voorwaarden wordt gelijkgeschakeld met een setting in een erkend hospitaal.
- Ziekte:** Elke verslechtering van de gezondheid van de verzekerde, erkend door een arts die wettelijk bevoegd is om zijn vak uit te oefenen en die objectieve symptomen vertoont die het mogelijk maken een diagnose met zekerheid vast te stellen en de geschikte therapeutische behandeling te bepalen volgens erkende medische normen.
Met objectieve symptomen bedoelen we de symptomen die de arts opmerkt, hetzij door onderzoek van de patiënt (bv. koorts, gezwel in de borsten, laesie, enz.), hetzij door interpretatie van de resultaten van bijkomende onderzoeken (radiografieën, labo-analyses,...)
- Z.I.V.:** Klachten en gevoelens van de patiënt die niet objectief diagnostisch onderbouwd zijn (bv. vermoeidheid, rugpijn, hoofdpijn, enz.) worden niet als objectieve symptomen beschouwd.
De Ziekte- en Invaliditeitsverzekering of 'verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen' is de verplichte ziekteverzekering beheerd, georganiseerd en gecontroleerd door het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) Deze verzekering, waarbij elke persoon in België moet aangesloten zijn als titularis of persoon ten laste, voorziet in wettelijke tegemoetkomingen bij ziekte of arbeidsongeschiktheid.

II. HET VERZEKERINGSCONTRACT

1. De overeenkomst

Hospit-All is een beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst die de aangesloten verzekerden beschermt voor medische kosten en hen diensten toekent, in geval van ziekte, ongeval, zwangerschap en bevalling.

U, de verzekeringnemer zoals vermeld in de bijzondere voorwaarden, en Wij, de verzekeraar, Allianz Benelux N.V., met maatschappelijke zetel Koning Albert II-laan, 32, 1000 Brussel, RPR Brussel, BTW BE 0403.258.197, sluiten deze verzekeringsovereenkomst.

2. De betrokken Partijen

De Verzekeringnemer:

de onderneming hernomen in de Bijzondere Voorwaarden die onderhavig verzekeringscontract onderschrijft.

De Verzekeringsonderneming (Wij)

Allianz Benelux N.V.

Koning Albert II-laan, 32

1000 Brussel

Verzekeringsmaatschappij toegelaten door de NBB (Nationale Bank van België) en geïdentificeerd onder nummer 0403.258.197 om alle takken "Leven" en "niet Leven" te beoefenen (K.B. van 04/07/1979 – B.S. van 14/07/1979, K.B. van 19/05/1995 – B.S. van 16/06/1995) – H.R.B. 574 – K.B.O. Ondernemingsnummer 0403.258.197

De Verzekerde:

De persoon:

- Die voldoet aan de voorwaarden opgenomen in titel V van de Algemene Voorwaarden en in de Bijzondere Voorwaarden,
- Die effectief aangesloten is bij onderhavige ziektekostenverzekering,
- Op wiens hoofd het verzekeringsrisico rust en
- Die hierdoor, geniet van de waarborgen van huidige ziektekostenverzekering.

De aansluitingsmodaliteiten en einde aansluiting werden in de Algemene en Bijzondere Voorwaarden beschreven.

De Beheerder:

Het operationeel beheer van huidige beroepsgebonden ziektekostenverzekeringsovereenkomst wordt toevertrouwd aan onze externe partner: **MedExel BV**, Louis Mettwielaan 74/76, 1080 Brussel – K.B.O. 440.342.980

Deze laatste staat in voor de administratieve opvolging, de inning van de premies en het beheer van de schadegevallen. Hij is de bevoorrechte contactpersoon voor alle vragen i.v.m het verzekeringscontract.

3. De onderdelen van de overeenkomst

Deze verzekeringsovereenkomst bestaat uit verschillende onderdelen, die samen moeten worden gelezen en geïnterpreteerd:

- De Algemene Voorwaarden, die de voorwaarden en waarborgen van de verzekering in detail beschrijven
- De Bijzondere Voorwaarden, die uw gegevens en keuzes weergeven;
- De eventueel toegevoegde bijvoegsels.

In geval van tegenstrijdigheden tussen de bepalingen van deze Algemene Voorwaarden en de bepalingen van de Bijzondere Voorwaarden, dan primeren deze laatste.

In geval van tegenstrijdigheden tussen de Algemene en Bijzondere Voorwaarden en de bepalingen van een bijvoegsel, dan primeren deze laatste.

III. DE WAARBORGEN

Hospit-all beschermt de verzekerden voor medische kosten en levert bijkomende diensten. Het is een verzekeringsproduct, waarbij de aansluiting, het indienen van schade en elke andere communicatie bij voorkeur elektronisch maar ook op papier kan gebeuren.

Dit hoofdstuk beschrijft voor elke waarborg de kosten die verzekerd zijn, de vergoedingsvoorwaarden die vervuld moeten zijn, de beperkingen die gelden voor de tussenkomst en de kosten waarvoor er geen tussenkomst is. Het moet worden gelezen en geïnterpreteerd in samenhang met de voorwaarden, beperkingen en uitsluitingen van de verzekeringsovereenkomst als geheel.

1. Medische verzorging – Hospit-All

1.1 Medische verzorging met opname in het ziekenhuis (hospitalisatiekosten)

Omschrijving

Wij waarborgen de betaling van de kosten bij **opname in het ziekenhuis** in geval van ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling.

Wij aanvaarden als opname in het ziekenhuis 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.

Worden eveneens als ziekenhuisopname beschouwd:

- de verzorging in een daghospitaal (one day clinic);
- de thuisbevalling;
- de oogheekkundige chirurgie in een ambulante extramurale omgeving; en
- de thuishospitalisatie, met name de behandeling in de thuisomgeving die door de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit (hierna "ZIV") wordt erkend als hospitalisatie.

Terugbetaalbare kosten:

- de erelonen voor medische en paramedische verstrekkingen;
- de kosten voor protheses en orthopedische toestellen zoals omschreven en vastgelegd in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de ZIV;
- de kosten voor geneesmiddelen voorgeschreven door een geneesheer voor de verzekerde, en het medisch materiaal;
- de kosten voor klinische biologie, radiologie en medische beeldvorming;
- de wiegendoodtest voor zuigelingen;
- de kosten voor palliatieve zorgen;
- de kosten voor thuisbevalling;
- de in België gemaakte kosten voor vervoer per ziekenwagen of helikopter;
- de verblijfskosten met betrekking tot de ligdagprijs;
- de mortuariumkosten hernomen op de ziekenhuisfactuur;
- de verblijfskosten van de donor in geval van transplantatie ten gunste van een gehospitaliseerde verzekerde, met een

maximum van € 2.500;

- bilaterale preventieve mastectomie; en
- de verblijfskosten van een familielid in de ziekenhuiskamer van een kind jonger dan 14 jaar.

Voorwaarden

Wij komen voor hospitalisatiekosten tussen op voorwaarde dat de kosten:

- direct verband houden met de oorzaak van de hospitalisatie,
- betrekking hebben op medische zorgen die door erkende zorgverstrekkers voorgeschreven en gepresteerd worden in een daarvoor erkend ziekenhuis en tijdens de duur van de hospitalisatie,
- vermeld staan op de hospitalisatiefactuur **en**
- betrekking hebben op curatieve medische zorgen die op therapeutisch vlak voldoende beproefd en medisch noodzakelijk zijn. Dit betekent onder andere dat kosten voor luxe en comfort zijn uitgesloten.

Voor bepaalde hospitalisatiekosten moeten bijkomende voorwaarden zijn vervuld:

- Voor de kosten gemaakt in het **daghospitaal** (one day clinic) komen wij tussen voor zover:
 - de dagopname gebeurt in een instelling die erkend is als dagziekenhuis,
 - de hospitalisatiefactuur een door de ZIV voorzien forfait voor daghospitalisatie aanrekent en
 - na effectieve verzorging in het ziekenhuis een ziekenhuisbed is gebruikt. Dit betekent dat wij bijvoorbeeld niet tussenkomen voor de kosten voor louter verblijf in een wachtzaal, onderzoekskamer of raadplegingsdienst.
- Voor de volgende hospitalisatiekosten komen wij alleen tussen voor zover de door de ZIV vereiste voorwaarden voor terugbetaling vervuld zijn:
 - de kosten in het kader van de behandeling tegen onvruchtbaarheid **“in-vitro bevruchting”** of elke andere techniek van artificiële voortplanting. De kosten in verband met de bewaring van cellen met het oog op de voortplanting worden niet terugbetaald;
 - de kosten voor **plastisch-esthetische behandeling** van functionele aard.
- Voor de hospitalisatiekosten voor **psychische aandoeningen** komen wij tussen op voorwaarde dat een vaststaande diagnose kan worden gesteld op basis van objectieve symptomen.
- Voor de kosten voor vervoer per ziekenwagen of helikopter in België van en naar het ziekenhuis komen wij alleen tussen voor zover:
 - de gezondheidstoestand van de verzekerde het transport verantwoordt,
 - het transport verband houdt met de hospitalisatie **en**
 - er geen ander vervoersmiddel kan worden gebruikt.

Beperkingen

Deze verzekeringsovereenkomst laat de verzekerde vrij om te kiezen voor verzorging in een één-, twee- of meerpersoonskamer.

Wij beperken onze tussenkomst in de volgende gevallen tot de hospitalisatiekosten zoals aangerekend in geval van een opname in een tweepersoonskamer, met uitsluiting van de ereloonsupplementen en van het medische materiaal waarvoor de ZIV niet voorziet in een terugbetaling:

- Opname voor behandelingen van **plastisch-esthetische behandelingen van functionele aard**, waarvoor de ZIV in een terugbetaling voorziet;
- Opname op de dienst **geriatrie of revalidatie of functionele reëducatie** vanaf de eenendertigste nacht van de hospitalisatie. Indien tussen twee verblijven op de betrokken dienst geen dertig dagen zijn verstreken, worden deze beschouwd als deel uitmakend van één enkele hospitalisatie;
- Opname voor **obesitasbehandelingen** met medicatie of heelkunde en hun gevolgen, op voorwaarde dat de voorafgaandelijke toestemming van de raadgevend geneesheer werd bekomen;
- Opname in een **daghospitaal**;
- Behandeling in de thuisomgeving die door de ZIV wordt erkend als opname in het ziekenhuis (**thuishospitalisatie**);
- Opname voor het verwijderen van wijsheidstanden.

Voor oogheekkundige chirurgie uitgevoerd buiten een erkend algemeen of universitair ziekenhuis komen wij tussen voor zover deze wordt uitgevoerd in een ambulante extramurale omgeving die voldoet aan de architectonische en wettelijke normen van een functie chirurgische daghospitalisatie en aan de door de ZIV vereiste notificatievoorwaarden voor terugbetaling, en dit tot een maximum van 600€ per interventie en per oog.

Voor de kosten die verband houden met een bilaterale mastectomie ter preventie van borstkanker en de borstreconstructie na een preventieve mastectomie, komen wij tussen ten belope van maximum 1 maal de ZIV -tussenkomst per prestatie.

Voor de hospitalisatiekosten die verband houden met medisch geobjectiveerde psychische aandoeningen komen wij tussen voor een hospitalisatieduur van maximum twee jaar. Wij berekenen deze duurtijd door alle aan de psychische aandoening gerelateerde hospitalisatieperiodes samen te tellen vanaf de aanvang van de eerste hospitalisatie, ook wanneer deze periodes niet opeenvolgen.

Voor bepaalde medische kosten is ook het voorafgaand akkoord van onze medisch adviseur vereist (punt 4 Voorafgaande toestemming).

1.2 Ambulante kosten in rechtstreeks verband met een ziekenhuisopname of een ernstige ziekte

Omschrijving

a) Ziektekosten vóór en na de hospitalisatie

Wij waarborgen de terugbetaling van de ambulante ziektekosten die rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de hospitalisatie en die worden opgelopen tijdens de periode waarvan de duurtijd bepaald is in de Bijzondere Voorwaarden.

De betrokken kosten zijn:

- de erelonen en kosten betreffende de medische en paramedische verstrekkingen;
- de kosten voor een prothese of een orthopedisch toestel opgenomen in de nomenclatuur van de ZIV, met uitsluiting van de kosten van herstelling, vervanging en onderhoud;
- de geneesmiddelen, voorgeschreven door een geneesheer voor de verzekerde;
- de homeopathische behandelingen, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie;
- de aankoop van klein medisch materiaal en de huur van zwaar medisch materiaal.

b) Ziektekosten in geval van een ernstige ziekte

Wij waarborgen de terugbetaling van de ambulante ziektekosten in rechtstreeks verband met een ernstige ziekte opgenomen in de lijst hieronder vastgesteld door een geneesheer-specialist die wettelijk gemachtigd is om de geneeskunde te beoefenen en die gepresteerd werden buiten een ziekenhuisopname en de periode voor en na de ziekenhuisopname zoals hierboven vermeld in punt a).

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

De betrokken kosten zijn:

- de erelonen en kosten betreffende de medische en paramedische verstrekkingen;
- de kosten voor een prothese of een orthopedisch toestel opgenomen in de nomenclatuur van de ZIV, met uitsluiting van de kosten van herstelling, vervanging en onderhoud;

- de geneesmiddelen, voorgeschreven door een geneesheer voor de verzekerde;
- de homeopathische behandelingen, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie;
- haarprothesen tot een maximum van € 850 per jaar;
- de aankoop van klein medisch materiaal en de huur van zwaar medisch materiaal.

Voorwaarden

Wij komen tussen op voorwaarde dat deze kosten:

- op wetenschappelijk en therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn,
- curatief en medisch noodzakelijk zijn, **en**
- voorgeschreven en verstrekt worden door erkende zorgverstrekkers.

Voor bepaalde medische kosten is ook het voorafgaand akkoord van onze medisch adviseur vereist (punt 4 Voorafgaande toestemming).

Beperkingen

De ambulante medische kosten in rechtstreeks verband met een ziekenhuisopname of een ernstige ziekte zonder wettelijke tussenkomst worden aan 50% terugbetaald.

2. Repatriëring en hulpverlening

2.1 Oproepen, hulpverlening en repatriëring in het buitenland

Voor de hulpverlening dient de verzekerde contact op te nemen met Allianz Partners, AWP P&C N.V. op het nummer **+32 2 773 61 09**.

Allianz Partners, AWP P&C N.V., hierna 'de Hulpverlener' genoemd, ontvangt de oproepen, organiseert de hulpverlening en staat in voor de repatriëring van de verzekerde naar België.

Iedere verzekerde die tijdens een verblijf om privé- of beroepsredenen (d.w.z. ter gelegenheid van administratieve, culturele of commerciële activiteiten met uitsluiting van iedere duidelijk gevaarlijke technische of sportactiviteit) in het buitenland ziek wordt of betrokken is in een ongeval, kan gebruik maken van de volgende diensten:

Eerste hulp en oproep om hulpverlening

Voor dringende eerste hulp en/of noodvervoer moet de verzekerde een beroep doen op de plaatselijke instellingen in wiens plaats de Hulpverlener niet kan optreden.

De in het buitenland gemaakte kosten worden enkel na voorlegging van de originele bewijsstukken terugbetaald:

- tot € 1.000 voor het vervoer – ander dan per ziekenwagen voorgeschreven door een arts – naar de dichtstbijzijnde arts of de dichtstbijzijnde ziekenhuisinstelling voor de ontvangst van de eerste zorgen;
- voor het plaatselijke vervoer per ziekenwagen indien voorgeschreven door een arts.

De Hulpverlener heeft de volgende hulpverleningsplichten:

- Het leggen van alle nodige contacten tussen zijn medische dienst en de behandelende arts en, zo nodig, de huisarts van de verzekerde.
- De nodige beslissingen nemen rekening houdend met de medische belangen van de verzekerde en met de geldende gezondheidsregels, meer bepaald:
 - de keuze tussen wachten, regionaal vervoer of repatriëring;
 - de bepaling van de datum van vervoer;
 - de keuze van het vervoermiddel;
 - de noodzaak van medische begeleiding;
 - het eventueel meereizen van een reisgenoot die eveneens verzekerd is, om de vervoerde of gerepatriëerde persoon te vergezellen tot op de plaats van bestemming.
- De organisatie van het gekozen vervoer naar de meest geschikte ziekenhuisinstelling voor gepaste verzorging; in geval van repatriëring wordt het vervoer georganiseerd tot een erkende ziekenhuisinstelling nabij de woonplaats van de

verzekerde in België, of tot zijn woonplaats in België indien zijn toestand geen hospitalisatie vereist. 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 deze verzekeringsovereenkomst; de organisatie van het vervoer wordt in dit verband beperkt tot de plaats waar de gepaste verzorging kan worden verstrekt.

Vooruitbetaling van medische kosten

Wanneer de verzekerde voor onmiddellijk betaalbare medische kosten komt te staan, kan de Hulpverlener deze kosten voorschieten.

Aanwezigheid bij een gehospitaliseerde verzekerde

Wanneer een niet-vergezeld verzekerde tijdens een verblijf in het buitenland gehospitaliseerd moet worden, organiseert de Hulpverlener de heen- en terugreis van een in België verblijvend familielid om zich naar de gehospitaliseerde te begeven, indien vanaf de eerste medische contacten blijkt dat vervoer of repatriëring onmogelijk uitgevoerd kan worden binnen de zeven dagen volgend op de aangifte van het voorval. Deze termijn van zeven dagen geldt evenwel niet voor een gehospitaliseerd kind van minder dan achttien jaar.

De Hulpverlener komt ook tegemoet in de verblijfskosten van het familielid dat zich naar de gehospitaliseerde verzekerde begeeft, en dit ten belope van maximaal € 620.

Repatriëring van de andere verzekerde gezinsleden die de gehospitaliseerde verzekerde vergezellen

Wanneer een gebeurtenis tot de hospitalisatie van een ouder in het buitenland leidt en de minderjarige kinderen die deze verzekerde vergezellen, verhindert naar hun verblijfplaats in België terug te keren, organiseert de Hulpverlener hun terugkeer van de plaats van immobilisatie naar hun verblijfplaats in België en betaalt hij de kosten ervan terug. Indien daarenboven niemand toezicht kan houden op de minderjarige kinderen die de verzekerde vergezellen, 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, ten belope van maximaal een nacht, ten laste.

Wanneer een gebeurtenis tot de hospitalisatie van een verzekerd gezinslid in het buitenland leidt en de andere verzekerde gezinsleden die de gehospitaliseerde verzekerde vergezellen, verhindert naar hun verblijfplaats in België terug te keren, organiseert de Hulpverlener hun terugkeer van de plaats van immobilisatie naar hun verblijfplaats in België en betaalt de kosten ervan terug.

Repatriëring bij overlijden

Wanneer een verzekerde overlijdt tijdens een verblijf in het buitenland, organiseert de Hulpverlener het vervoer of de repatriëring van het stoffelijk overschot van de ziekenhuisinstelling of het mortuarium tot de woonplaats van de overledene 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 ten belope van maximaal € 1.490.

Opsporings- en reddingskosten

De Hulpverlener betaalt tot € 5.000 per verzekerde persoon van de werkingskosten van een reddings- of opsporingsdienst naar aanleiding van een ongeval of verdwijning.

Opsturen van geneesmiddelen en hulpmiddelen

Indien de verzekerde geneesmiddelen, prothesen, brillen of contactlenzen verliest of indien deze gestolen worden, organiseert de Hulpverlener de vervanging ervan en betaalt de verzending ervan. Dit gebeurt enkel indien deze geneesmiddelen en/of hulpmiddelen onmisbaar zijn voor de verzekerde en voorgeschreven werden door een arts en op voorwaarde dat gelijkaardige alternatieven in het buitenland niet beschikbaar zijn.

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

Deze geneesmiddelen en/of hulpmiddelen dienen binnen 30 dagen na de betaling vanwege de Hulpverlener door de verzekerde terugbetaald te worden ten belope van de aankooprijks ervan.

Doctor on call

Indien de verzekerde tijdens een verblijf in het buitenland getroffen wordt door een ernstig en onverwacht gezondheidsprobleem, organiseert en betaalt de Hulpverlener een telefonisch contact met een arts in België. De verzekerde kan aldus aan deze arts zijn gezondheidstoestand uiteenzetten en met hem overleg plegen over de eventueel te nemen voorzorgsmaatregelen.

Psychologische bijstand

De psychologische bijstand, zoals hierna omschreven, wordt in het buitenland telefonisch georganiseerd indien deze onmiddellijk vereist is. Het betreft

- voor de verzekerde: De Hulpverlener organiseert en betaalt de psychologische bijstand die vereist zou zijn bij een hospitalisatie van minimaal 5 overnachtingen ten gevolge van een ongeval voor zover deze voorgeschreven wordt door een arts. Deze bijstand wordt beperkt tot maximaal 5 sessies bij een psycholoog of een erkende psychotherapeut.
- voor de nabestaanden: De Hulpverlener organiseert en betaalt de psychologische bijstand voor de nabestaanden van de verzekerde die vereist zou zijn naar aanleiding van het overlijden van de verzekerde ten gevolge van een ongeval voor zover deze bijstand voorgeschreven wordt door een arts. Deze bijstand wordt beperkt tot maximaal 10 sessies bij een psycholoog of een erkende psychotherapeut.

Initiatief van de prestaties, beslissing en verantwoordelijkheid

Nadat een gebeurtenis die in aanmerking komt 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 de Hulpverlener op de hoogte gebracht is van een gebeurtenis die aanleiding geeft tot hulpverlening, neemt hij 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 of zijn vraag om contacten te leggen geweigerd wordt, alsook bij weigering inlichtingen te verschaffen (inclusief deze betreffende eventuele andere verzekeringen met hetzelfde doel en aangaande dezelfde risico's als die welke verzekerd worden door onderhavige overeenkomst), onderzoeken, attesten of getuigschriften te verstrekken die hij nuttig acht om de aangehaalde gebeurtenis in te schatten, de ernst ervan te bepalen, er de omstandigheden van vast te stellen, het eventueel bestaan van een in te roepen uitsluitingsgrond of de vereiste graad van verwantschap vast te stellen.

Wanneer een verzekerde of zijn entourage een van de bovengenoemde prestaties zelf organiseert (zelf georganiseerde hulpverlening), komen de daarmee verband houdende kosten en uitgaven slechts in aanmerking voor terugbetaling wanneer de Hulpverlener op de hoogte gebracht werd van deze werkwijze en hij uitdrukkelijk zijn voorafgaand akkoord gegeven heeft door toewijzing van een dossiernummer. Indien de Hulpverlener geen akkoord gegeven heeft, heeft hij het recht om zijn tussenkomst te weigeren.

De financiële verbintenis van de Hulpverlener

De kosten van de door de Hulpverlener georganiseerde hulpverlening worden door deze laatste gedragen binnen de perken van deze verzekeringsovereenkomst. Aangezien de prestatieverstrekking in geen geval mag leiden tot financiële verrijking, trekt de Hulpverlener van de door hem gedragen kosten evenwel de uitgaven af die zouden gemaakt zijn indien het schadegeval zich niet had voorgedaan, zoals trein-, autocar-, vliegtuig- of overzetkosten, diverse tolgelden en brandstofkosten van het voertuig, en hij behoudt zich het recht voor de ongebruikte vervoerbewijzen op te vragen. Buitenlandse communicatiekosten (telefoon, telefax, telex, telegram, internet) worden na voorlegging van bewijsstukken terugbetaald voor elke tot de Hulpverlener gerichte communicatie betreffende een door deze verzekeringsovereenkomst verzekerde hulpverlening.

Zelf georganiseerde hulpverlening wordt slechts terugbetaald ten belope van die welke de Hulpverlener zou gedragen hebben indien hij de hulpverlening zelf had moeten organiseren.

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. Laatstgenoemde verbindt zich ertoe 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 interest van 1 % per verstreken maand.

2.2 Oproepen en hulpverlening in België

Om de hulpverlening aan te vragen dient de verzekerde contact op te nemen met Allianz Partners, AWP P&C N.V. op het nummer **+32 2 773 61 09**.

Allianz Partners, AWP P&C N.V., hierna 'de Hulpverlener' genoemd, ontvangt de oproepen, organiseert de hulpverlening en staat in voor de volgende diensten:

Infolijnen

De Hulpverlener verstrekt van maandag tot vrijdag tussen 9.00u en 17.00u aan de verzekerde het adres en telefoonnummer van volgende medische diensten in België:

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

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

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

Specifiek verzorgingspakket bij hospitalisatie

- De organisatie van de ziekenhuisopname en reserveren van een kamer in een erkende ziekenhuisinstelling.
- De organisatie van huishoudelijke diensten gedurende 2 maanden na een hospitalisatie van minstens 3 overnachtingen: de Hulpverlener organiseert voor de verzekerde de poetsdienst, de strijkhulp, de huishoudelijke hulp, de boodschappendienst en de tuinman.
- Kraamhulp: De betaling van kraamhulp na de bevalling (ook in geval van thuisbevalling) door een erkende instelling, is beperkt tot een maximum van vier (4) uren per dag gedurende vijf (5) opeenvolgende dagen. Het betreft de zorgen die thuis verstrekt worden door een erkende kraamverzorger aan de moeder, de pasgeborene(n) en het gezin.
- De organisatie en betaling van het transport van en naar de ziekenhuisinstelling:
Indien de verzekerde omwille van medische redenen niet in staat is zich op eigen krachten te verplaatsen, organiseert en betaalt de Hulpverlener het vervoer per ziekenwagen naar de dichtstbijgelegen ziekenhuisinstelling of een ziekenhuisinstelling die beter aangepast is aan de medische toestand van de verzekerde voor zover het een opname betreft van meer dan 1 overnachting. De Hulpverlener kan ook voorzien in de terugkeer naar de woonplaats van de verzekerde.
- De organisatie en betaling van volgende diensten:
 - de oppas van kinderen tot 14 jaar tijdens de hospitalisatie van een ouder gedurende maximaal 8 dagen en beperkt tot € 65 per dag;
 - de oppas van hond en/of kat van de verzekerde tijdens zijn/haar hospitalisatie en beperkt tot € 125;
 - de inhaallessen voor kinderen in het lager en secundair onderwijs na hun hospitalisatie voor zover zij verzekerd zijn en beperkt tot € 250.
- De organisatie en betaling van een chauffeur:
De Hulpverlener zorgt na een hospitalisatie van minstens 3 overnachtingen van een verzekerde voor een vervangingschauffeur voor:
 - zover de verzekerde medisch ongeschikt werd bevonden om een voertuig te besturen;
 - maximaal 3 kalenderdagen (3 maal 8 uur);
 - zover het voertuig van de verzekerde rijklaar is en voldoet aan alle wettelijke reglementeringen.Deze vervangingschauffeur zal het voertuig van de verzekerde besturen. De Hulpverlener verbindt zich ertoe deze

dienst aan te bieden vanaf 6 uur na de oproep door de verzekerde en voorziet deze waarborg enkel in België.

Psychologische bijstand

- Voor de verzekerde: De Hulpverlener organiseert en betaalt de psychologische bijstand die vereist zou zijn bij een hospitalisatie van minimaal 5 overnachtingen ten gevolge van een ongeval voor zover deze voorgeschreven wordt door een arts. Deze bijstand wordt beperkt tot maximaal 5 sessies bij een psycholoog of een erkende psychotherapeut in België.
- Voor de nabestaanden: De Hulpverlener organiseert en betaalt de psychologische bijstand voor de nabestaanden van de verzekerde die vereist zou zijn naar aanleiding van het overlijden van de verzekerde ten gevolge van een ongeval voor zover deze bijstand voorgeschreven wordt door een arts. Deze bijstand wordt beperkt tot maximaal 10 sessies bij een psycholoog of een erkende psychotherapeut in België.

Infolijn reisvoorbereiding:

De Hulpverlener helpt de verzekerde van maandag tot vrijdag tussen 9.00u en 17.00u bij de reisvoorbereiding door informatie te geven over:

- de medische en hygiënische voorzorgsmaatregelen;
- de verplichte en aanbevolen inentingen;
- de administratieve formaliteiten voor reizigers, vervoermiddelen en huisdieren;
- de adressen van buitenlandse consulaten en toerismebureaus in België;
- de adressen van Belgische consulaten in het buitenland.

3. Territoriale dekking

Deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst is wereldwijd geldig, voor zover de voorwaarden alsook de uitsluitingen en beperkingen van deze verzekeringsovereenkomst worden gerespecteerd en kunnen worden gecontroleerd.

Wij betalen de kosten gemaakt tijdens een hospitalisatie buiten België (en buiten het land van woonplaats voor grensarbeiders) alleen terug wanneer het gaat om een dringende hospitalisatie waarvoor de verzekerde zich niet doelbewust buiten België (of buiten het land van de woonplaats voor grensarbeiders) begeeft, tot een maximum van 100.000 euro per schadejaar.

4. Voorafgaande toestemming

Bijkomend aan de andere voorwaarden en beperkingen beschreven in deze overeenkomst, komen wij voor de volgende medische prestaties enkel en alleen tussen indien de verzekerde vóór de start van de behandeling het akkoord van onze raadgevende arts heeft gekregen:

- elke orthodontische behandeling, plaatsing van tandprothesen of tandmateriaal, en parodontologische behandeling; alsook tandzorg of -behandeling door een stomatoloog, tijdens een hospitalisatie ten gevolge van een gedekt ongeval of een aandoening die geen pathologie van de tanden, tandvlees of kaken inhoudt;
- plastische en reconstructiechirurgie;
- orthopedische prothesen en materiaal;
- elke behandeling van obesitas;
- elke medische verzorging waarvoor de verzekerde zich doelbewust buiten België begeeft of waarvoor de verzekerde doelbewust een buitenlandse verstrekker inschakelt.

Onze raadgevende arts beoordeelt de noodzaak van de voorgestelde behandeling op basis van een gedetailleerd medisch rapport opgemaakt door de behandelende arts-specialist (incl. de beschrijving, de duur en de gevraagde prijs van de behandeling) en bepaalt hierbij het toe te kennen bedrag van de tussenkomst gebaseerd op algemeen gangbare tarieven voor dat type van behandeling. De verzekerde bezorgt deze rapporten ten laatste 15 dagen vóór de start van de behandeling of van de hospitalisatiedatum aan onze raadgevende arts.

5. Uitsluitingen van de waarborgen

Voorafbestaande toestand

Wij komen niet tussen in de volgende ziektekosten:

- de kosten in het kader van een hospitalisatie die begint tijdens de wachttijd (behalve in geval van een ongeval);
- de kosten voor een hospitalisatie die reeds aan de gang is op de datum van aansluiting van de verzekerde;

De Hulpverlener verleent geen bijstand aan personen voor:

- ziekteherstel en aandoening waarvan de behandeling aan de gang is vóór de afreis;
- terugval in een ziekte die al vastgesteld werd vóór de afreis en die een reëel risico van verergering inhoudt;

Verzorging in het buitenland

Wij komen niet tussen in de kosten in het buitenland wanneer de verzekerde zich doelbewust buiten België begeeft om er verzorgd te worden, zonder voorafgaandelijk akkoord van onze raadgevende arts.

De Hulpverlener verleent geen bijstand:

- aan de verzekerde wanneer hij zich doelbewust buiten België begeeft om er verzorgd te worden;
- voor 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.

Specifieke medische behandelingen

Wij komen niet tussen voor de kosten met betrekking tot:

- sterilisatie of contraceptie, met inbegrip van het vervolg en de gevolgen ervan;
- esthetische en plastisch-esthetische verzorging en behandeling van niet-functionele aard en refractieve oogheelkunde, met inbegrip van het vervolg en de gevolgen ervan;
- een ziekenhuisopname in verband met tandverzorging, tandmateriaal, tandprothesen, stomatologische prestaties, tandchirurgie en dento-maxillaire faciale orthopedie en orthodontische behandelingen. Wij komen uitzonderlijk wel tussen wanneer deze kosten
 - het gevolg zijn van een gedekt ongeval;
 - het gevolg zijn van prestaties geleverd door een stomatoloog gedurende een gedekte hospitalisatie, die het gevolg zijn van een ziekte, die geen pathologie van de tanden, tandvlees of de kaken inhoudt.
 - ohet gevolg zijn voor het verwijderen van wijsheidstanden op basis van een tweepersoonskamer met uitsluiting van erelooosupplementen en van medisch materiaal en tandprothesen.
- psychische aandoeningen die niet medisch kunnen worden geobjectiveerd;
- preventieve geneeskunde of check-ups.

Niet gedekte risico's

De Hulpverlener en wij komen nooit tussen voor kosten:

- die de verzekerde of de begunstigde opzettelijk veroorzaakt of die het gevolg zijn van een kennelijk roekeloze daad, behalve in geval van redding van personen of goederen; of
- die direct of indirect voortvloeien uit
 - oorlog of eender welke andere militaire gebeurtenis;
 - 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;
 - een misdad, misdrijf of vechtpartij, indien de verzekerde er vrijwillig aan heeft deelgenomen;
 - een zelfmoordpoging en de gevolgen ervan;
 - alcoholisme, toxicomanie, het gebruik van doping, het overmatig gebruik van geneesmiddelen (tenzij op medisch voorschrift) of het gebruik van geneesmiddelen op medisch voorschrift dat niet conform is met de indicaties van de wetenschappelijke bijsluiter (tenzij de verzekeraar de terugbetaling ervan uitdrukkelijk en schriftelijk heeft aanvaard).
 - ziekten of ongevallen – en hun gevolgen – opgetreden bij de verzekerde terwijl hij zich in een staat van dronkenschap, strafbare intoxicatie of andere soortgelijke toestand dat het gevolg is van andere producten dan alcoholische dranken bevindt, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen

deze toestand en de behandeling;

- ieder feit of opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong, wanneer deze voortvloeien uit de radioactieve, toxische, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire grondstoffen, radioactieve producten, radioactief afval of iedere bron van ioniserende stralingen;
- het gebruik van wapens of tuigen die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van een atoomkern;
- iedere bezoldigde sportactiviteit, met inbegrip van de trainingen, in de zin van de wet van 24 februari 1978 betreffende de arbeidsovereenkomst voor betaalde sportbeoefenaars.

Voorliggend contract verschaft geen enkele dekking of prestatie voor zover deze dekking, prestatie of onderliggende zaak of activiteit enige toepasselijke wet of reglementering van de Verenigde Naties, de Europese Unie of om het even welke andere wet of reglementering schendt betreffende economische of commerciële sancties.

De vergoedingen die in het kader van deze verzekeringsovereenkomst verschuldigd zijn betreffende schade veroorzaakt door terrorisme zijn gewaarborgd binnen het kader, de perken en de tijdslimieten van de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme aangezien Allianz Benelux N.V. lid is van TRIP vzw, de rechtspersoon die werd opgericht in uitvoering van de bepalingen van deze wet.

IV. DE AANGIFTE EN BEREKENING VAN DE TUSSENKOMST

1. Hoe verloopt de aangifte?

De aangifte van een hospitalisatie

a) Met AssurCard

Voor hospitalisaties in een ziekenhuis waarvoor het AssurCard systeem beschikbaar is, kan de hospitalisatieaangifte onmiddellijk en elektronisch aangegeven worden via het AssurCard systeem.

Dankzij AssurCard, moet de verzekerde geen kosten voorschieten (voorschot) voor zijn opname. Het ziekenhuis stuurt ons rechtstreeks de factuur door.

Door gebruik te maken van het AssurCard systeem aanvaardt de verzekerde of zijn vertegenwoordiger de volgende voorwaarden:

- De verzekerde stemt er mee in dat de medische gegevens in het kader van de hospitalisatie worden overgemaakt aan onze adviserende arts. Deze toestemming wordt bij elke hospitalisatie hernieuwd.
- De door deze overeenkomst niet gedekte kosten en de in de Bijzondere Voorwaarden vermelde vrijstelling blijven ten laste van het hoofdverzekerde. Deze laatste betaalt deze kosten aan ons terug, na ontvangst van de afrekeningsbrief. Het is belangrijk dat de hoofdverzekerde de voorgeschoten kosten die hem ten laste blijven snel terugbetaalt. Indien dat niet gebeurt, kunnen de volgende stappen worden ondernomen:
- We sturen een eerste herinnering tot terugbetaling. Op dat moment schorten wij elke betaling in het kader van deze overeenkomst op.
- Indien het hoofdverzekerde na de eerste herinneringsbrief de kosten niet terugbetaalt, ontvangt hij van ons een tweede aanmaning waarvan een afschrift naar de verzekeringnemer wordt gestuurd.
- Indien het hoofdverzekerde binnen een termijn van vijf dagen vanaf de datum van de tweede aanmaning niet heeft betaald, kunnen hij en zijn verzekerde gezinsleden hun AssurCard niet langer gebruiken. Wij hebben dan het recht de betrokken kaart(en) in te trekken.
- Ten slotte geven wij de verzekerde per brief kennis van onze wens om de verzekerde te dagvaarden voor de niet-terugbetaalde bedragen. Wij melden hem ook dat deze procedure het verlies van zijn hoedanigheid van verzekerde met zich meebrengt.

b) Als AssurCard niet beschikbaar is

Voor hospitalisaties buiten België of waarvoor het AssurCard systeem niet beschikbaar is, moet de verzekerde het

schadegeval uiterlijk binnen drie maanden nadat het zich heeft voorgedaan, bij ons aangeven.

De verzekerde bezorgt ons, bij voorkeur digitaal via de applicatie van de Beheerder, een behoorlijk ingevuld aangifteformulier samen met een digitale kopie van alle originele bewijsstukken (factuur van de ziekenhuisinstelling in geval van hospitalisatie), getuigschriften en verslagen die aantonen dat de aangegeven kosten werkelijk zijn gemaakt. We behouden ons het recht voor om de originele papieren bewijsstukken op te vragen, gedurende de periode van 3 jaar vanaf de datum van de schadeaangifte.

Het is ook mogelijk om een papieren aangifteformulier in te dienen, samen met alle originele bewijsstukken (factuur van de hospitalisatie in geval van opname in het ziekenhuis, getuigschriften en verslagen).

De aangifte van ambulante kosten

Elke verzekerde kan apotheekkosten in België veilig en elektronisch aangeven via het AssurPharma systeem. De verzekerde hoeft dankzij dit systeem geen papieren attesten (BVAC-attest) naar de verzekeraar te sturen.

Voor de andere ambulante kosten of de apotheekkosten waarvoor het AssurPharma systeem niet beschikbaar is, moet de verzekerde, bij voorkeur digitaal en ten laatste drie maanden nadat het zich heeft voorgedaan, een behoorlijk ingevuld aangifteformulier doorsturen samen met een kopie van alle bewijsstukken (voorschriften, getuigschriften en verslagen) die aantonen dat de aangegeven kosten werkelijk zijn gemaakt. We behouden ons het recht voor om de originele papieren bewijsstukken op te vragen, gedurende de periode van 3 jaar vanaf de datum van de schadeaangifte. Het is ook mogelijk om een papieren aangifteformulier in te dienen, samen met alle originele bewijsstukken (voorschriften, getuigschriften en verslagen).

Merk op dat het medische voorschrift de volgende gegevens moet bevatten om aanleiding te kunnen geven tot een tussenkomst:

- de naam en voornaam van de patiënt;
- de naam en voornaam, en RIZIV-nummer van de voorschrijver;
- de datum van het voorschrift en/of de datum van het begin van de behandeling;
- de handtekening van de voorschrijver.

De oproep voor hulpverlening

Elk verzoek tot hulpverlening dient telefonisch aangevraagd te worden op het telefoonnummer **+32 (0)2 773 61 09**, onmiddellijk nadat een gebeurtenis die in aanmerking komt voor tegemoetkoming zich heeft voorgedaan.

Medische stukken

De Hulpverlener en wij kunnen alle bijkomende medische stukken opvragen die noodzakelijk zijn voor de beoordeling en verwerking van het schadegeval.

De verzekerde verbindt zich ertoe deze stukken bij zijn behandelende arts op te vragen en ons te bezorgen, digitaal of per post, binnen een termijn van één jaar te rekenen vanaf de aanvang van het schadegeval. Als de bewijsstukken digitaal werden gestuurd, behouden wij ons het recht voor om de originele stukken in papieren versie op te vragen gedurende de periode van 3 jaar vanaf de datum van de schadeaangifte.

Alle medische gegevens worden vastgesteld door onze adviserende arts en/of die van de Hulpverlener. Indien deze adviserende arts op grond van voornoemde medische stukken geen standpunt kan innemen, stemt de verzekerde ermee in zijn medewerking te verlenen aan de medische onderzoeken waarvoor hij in dat verband zou worden uitgenodigd.

2. Hoe verloopt de berekening?

Berekening van de tussenkomst in de hospitalisatiekosten – Hospit-All

Wij berekenen onze tussenkomst als volgt:

- Van het totaal van de verzekerde hospitalisatiekosten trekken we eerst de volgende bedragen af:
 - a) Het bedrag van de tegemoetkomingen van de ZIV of van de sociale zekerheid van het land van verblijf. Indien de verzekerde om welke reden dan ook geen aanspraak kan maken op deze tegemoetkomingen, trekken we een fictief bedrag af dat gelijk is aan het bedrag van de tegemoetkomingen waar een werknemer, volgens het nomenclatuurnummer van de ZIV, recht op zou hebben. Hieronder vallen eveneens de behandelingen waarvoor het

ZIV een tussenkomst verleent afhankelijk van de aandoening waarvoor de behandeling voorgeschreven werd.

b) Het bedrag van alle andere tegemoetkomingen waarop hij recht heeft, met inbegrip van de tegemoetkomingen in het kader van de vrije en aanvullende verzekering van zijn ziekenfonds.

- Dan bekijken we indien minstens één medische prestatie van de kosten op de ziekenhuisfactuur die ten laste blijven van de patiënt terugbetaald wordt door de ZIV.
 - Indien ja: de gewaarborgde kosten, opgesomd in punt 1.1. titel III de Waarborgen ten laste van de patiënt en vermeld op de hospitalisatiefactuur worden integraal in aanmerking opgenomen in de volgende stappen van de berekening. De kosten die niet opgesomd werden in punt 1.1. titel III de Waarborgen en waarvoor de ZIV geen tussenkomst verleent, worden voor 50% in aanmerking genomen in de volgende stappen van de berekening,
 - Indien nee: de medische kosten zonder reële of fictieve wettelijke tussenkomst ten laste van de patiënt worden voor 50% in aanmerking genomen in de volgende stappen van de berekening. Dit geldt, met name, voor de medische kosten en supplementen die de patiënt ten laste worden gelegd met betrekking tot zijn verblijf in het ziekenhuis.
- Op het op deze manier verkregen bedrag aan hospitaalkosten passen we de in deze verzekeringsovereenkomst bepaalde beperkingen toe;
- Vervolgens passen we de vrijstelling (franchise) toe, zoals bepaald in de Bijzondere Voorwaarden van deze overeenkomst;
- Ten slotte passen we de maximale grensbedragen toe (plafonds), die in de Algemene en Bijzondere Voorwaarden zijn bepaald.

Merk op dat wij hospitalisatiekosten terugbetalen op basis van de kosten hernomen op de hospitalisatiefactuur voor zover deze overeenkomen met

- de prijzen die het ziekenhuis heeft bekendgemaakt voor de kamer waar de verzekerde verblijft;
- de ereloonsupplementen die de medische raad van het ziekenhuis heeft goedgekeurd en die op alle gehospitaliseerde patiënten worden toegepast.

Wij houden geen rekening met eventuele hogere bedragen die de verzekerde rechtstreeks met een behandelende arts of met het ziekenhuis afspreekt.

Berekening van de tussenkomst voor ambulante kosten in rechtstreeks verband met een ziekenhuisopname of een ernstige ziekte

Wij berekenen de tussenkomst voor ambulante kosten als volgt:

- Van het totaal van de ambulante kosten trekken we eerst de volgende bedragen af:
 - a) Het bedrag van de tegemoetkomingen van de ZIV of van de sociale zekerheid van het land van verblijf. Indien de verzekerde om welke reden dan ook geen aanspraak kan maken op deze tegemoetkomingen, trekken we een fictief bedrag af dat gelijk is aan het bedrag van de tegemoetkomingen waar een werknemer, volgens het nomenclatuurnummer van de prestatie opgenomen in de Belgische ZIV wetgeving, recht op zou hebben. Hieronder vallen eveneens de behandelingen waarvoor het ZIV een tussenkomst verleent afhankelijk van de aandoening waarvoor de behandeling voorgeschreven werd.
 - b) Het bedrag van alle andere tegemoetkomingen waarop hij recht heeft, met inbegrip van de tegemoetkomingen in het kader van de aanvullende verzekering bij zijn ziekenfonds.
- Op de resterende ziektekosten passen we de in deze verzekeringsovereenkomst bepaalde beperkingen toe: de kosten met wettelijke tegemoetkoming worden voor 100% in aanmerking opgenomen in de volgende stappen van de berekening. Is er geen wettelijke tegemoetkoming dan worden de ziektekosten ten laste van de patiënt voor 50% in aanmerking opgenomen in de volgende stappen van de berekening.
- Vervolgens passen we de vrijstelling toe dat in de Bijzondere Voorwaarden van deze overeenkomst is bepaald;
- Ten slotte passen we de maximale grensbedragen (plafonds) toe die in de Algemene en Bijzondere Voorwaarden van deze overeenkomst zijn bepaald.

3. Hoe verloopt de betaling?

De betaling van de hospitalisatiefactuur

Elke verzekerde die in het bezit is van een **AssurCard**, kan het stelsel van derde betaler genieten bij een hospitalisatie in een Belgisch ziekenhuis dat is uitgerust met de AssurCard infrastructuur, voor zover dat de Verzekeraar akkoord gaat met de vergoeding van de kosten. Dit betekent dat wij de hospitalisatiefactuur rechtstreeks ontvangen en betalen aan het ziekenhuis. Dit geldt enkel op voorwaarde dat wij vooraf het schadegeval aanvaard hebben.

Indien het stelsel van derde betaler niet kan toegepast worden, dan betalen wij de prestaties aan de hoofdverzekerde, personeelslid ofwel aan zijn erfgenamen, ofwel aan iedere door deze verzekerde uitdrukkelijk aangeduide persoon.

De hospitalisatiefactuur wordt betaald binnen de 10 werkdagen die volgen op de dag dat wij de factuur hebben ontvangen, op voorwaarde dat wij in het bezit zijn van het volledige dossier betreffende de medische kosten van de verzekerde en dat wij hebben vastgesteld dat het schadegeval beantwoordt aan de algemene en Bijzondere Voorwaarden van deze verzekeringsovereenkomst.

Van zodra de verzekeringswaarborg verschuldigd is, of ingeval wij die al zouden hebben betaald, treden wij in de rechten van de verzekeringnemer of van de verzekerde tegen alle aansprakelijke derden. De verzekeringnemer en/of de verzekerde kunnen niet volledig of gedeeltelijk afzien van hun verhaalrecht ten opzichte van enige derde, zonder onze schriftelijke goedkeuring. De verzekeringnemer en/of de verzekerde dient ons ten slotte alle inlichtingen te verschaffen die wij nodig hebben om dit verhaalsrecht uit te kunnen oefenen ten aanzien van derden.

De betaling van de ambulante kosten

De prestaties worden uitbetaald aan de hoofdverzekerde, ofwel aan zijn erfgenamen, ofwel aan iedere door de verzekerde uitdrukkelijk aangeduide persoon.

Van zodra de verzekeringswaarborg verschuldigd is worden de facturen betaald binnen de 10 werkdagen waarin wij de aanvragen tot terugbetaling en de bijhorende bewijsstukken hebben ontvangen op voorwaarde dat de ingediende kosten effectief recht geven op een terugbetaling van de verzekeringsonderneming.

V. DE VERZEKERDEN

1. Wie kan aangesloten worden?

Verplichte aansluiting van het personeel

Elke werknemer die deel uitmaakt van de personeelscategorie vermeld in de Bijzondere Voorwaarden moet aangesloten worden binnen de drie maanden vanaf de opening van het recht tot aansluiting voor zover hij aan de volgende voorwaarden voldoet:

- met een arbeidsovereenkomst aangeworven zijn door de verzekeringnemer en effectief aan het werk zijn bij de verzekeringnemer op het ogenblik van de aansluiting;
 - niet de leeftijd van 67 jaar hebben bereikt;
 - onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid, met hoofdverblijfplaats in België of in een ander land van de Europese Unie en als 'grensarbeider' erkend zijn. Een grensarbeider is elke persoon die als werknemer werkt in een lidstaat en woont in een andere lidstaat waarnaar hij gewoonlijk dagelijks of minstens eenmaal per week terugkeert.
- De afgevaardigde bestuurders en de zaakvoerders met het zelfstandigenstatuut aan wie de verzekeringnemer regelmatig en minstens eenmaal per maand een loon toekent of toewijst, worden gelijkgesteld met personeelsleden die met een arbeidsovereenkomst zijn aangeworven.

De verzekeringsovereenkomst is niet van toepassing op de personeelsleden en hun gezinsleden die meer dan drie maanden buiten België verblijven onder het statuut van gedetacheerd personeel, expatpersoneel of elke andere specifieke regeling die een langdurig verblijf in het buitenland impliceert.

Facultatieve aansluiting van de gezinsleden

De hoofdverzekerde kan vragen om de volgende gezinsleden als 'medeverzekerde' aan te sluiten:

- de echtgenoot, de wettelijk samenwonende en de feitelijke partner die de Belgische sociale zekerheid geniet en zijn hoofverblijfplaats in België heeft op hetzelfde adres als het personeelslid;
- de kinderen van de hoofdverzekerde en zijn partner, ten laste, die minder dan 25 jaar oud zijn, en kinderbijslag genieten.

Als het gaat om de echtgenoot, de wettelijk samenwonende of de feitelijke partner van een grensarbeider of om de kinderen die in een ander land van de Europese Unie wonen, vragen we het bewijs te leveren dat ze op hetzelfde adres wonen als het personeelslid en de sociale zekerheid genieten van België of van het land waar ze wonen.

De hoofdverzekerde die de aansluiting van de gezinsleden vraagt, moet dit doen voor alle gezinsleden.

Medische formaliteiten

Er zijn geen medische formaliteiten te vervullen bij de aanvraag tot aansluiting bij deze verzekeringsovereenkomst.

Procedure voor de aansluiting

De verzekeringnemer vraagt de aansluiting van zijn personeelsleden binnen de **3 maanden** vanaf de aanvangsdatum van onderhavig verzekeringscontract of vanaf de datum van indiensttreding.

De hoofdverzekerde vraagt de aansluiting van zijn gezinsleden aan. De aansluiting moet worden aangevraagd binnen een termijn van **3 maanden** vanaf de aanvangsdatum van onderhavig verzekeringscontract, vanaf de datum van indiensttreding van het personeelslid of vanaf de datum waarop de gezinssamenstelling is gewijzigd (huwelijk, geboorte, domiciliëring van de wettelijk samenwonende op het adres van het personeelslid-hoofdverzekerde). Ingeval van aansluiting van de gezinsleden na **3 maanden**, wordt de aansluiting als laattijdig beschouwd en komen we gedurende een termijn van 12 maanden niet tussen voor medische kosten. Deze wachtermijn van twaalf maanden geldt eveneens wanneer de gezinsleden opnieuw worden aangesloten nadat de hoofdverzekerde de aansluiting van de gezinsleden eerder had stopgezet, behalve wanneer hij het bewijs levert dat zij elders verzekerd waren voor een gelijkaardige dekking en zonder dekkingsonderbreking;

Op het moment van de aansluiting ontvangt iedere verzekerde (hoofdverzekerde en medeverzekerde) een Welcome Pack van de Beheerder, waarin alle nuttige informatie te vinden is zoals het aansluitingsattest en de procedure voor aangifte van een schadegeval.

Datum van aansluiting

De aansluitingsdatum van de personeelsleden is gelijk aan de datum vermeld op de door de verzekeringnemer opgestuurde aansluitingsaanvraag, voor zover op die datum voldaan is aan de voorwaarden van deze verzekeringsovereenkomst. De aansluiting van de personeelsleden neemt ten vroegste aanvang vanaf de datum van hun indiensttreding.

De aansluiting van de gezinsleden neemt aanvang op de datum van de aansluitingsaanvraag, op voorwaarde dat de eerste premie is betaald binnen de voorziene termijn.

Van zodra een personeelslid en zijn gezinsleden aangesloten zijn, genieten ze van de waarborgen van de verzekeringsovereenkomst. Wij bezorgen hen een verzekeringsattest dat de datum van aansluiting vermeldt. De eventueel toe te passen wachttijden voorzien in de Algemene Voorwaarden worden berekend vanaf die datum.

Elk pasgeboren kind is verzekerd vanaf de dag van de geboorte. Wij passen geen wachttijden toe op voorwaarde dat de aansluitingsaanvraag binnen de drie maanden na de geboorte in ons bezit is en dat het personeelslid en zijn gezinsleden aangesloten waren op het ogenblik van de geboorte. In de andere gevallen passen wij de normale aansluitingsvoorwaarden toe.

2. Wanneer stopt de aansluiting?

Voor de hoofdverzekerde

Het personeelslid verliest zijn hoedanigheid van (hoofd)verzekerde wanneer hij zich in één van de volgende situaties bevindt:

- wanneer hij niet meer in dienst is bij de verzekeringnemer met een arbeidsovereenkomst of als zelfstandige
- wanneer hij geen deel meer uitmaakt van de personeelscategorie vermeld in de Bijzondere Voorwaarden;
- wanneer hij kiest voor het pensioenstelsel of het 'stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag' (SWT);
- wanneer hij de leeftijd van 67 jaar bereikt;
- wanneer hij zijn aansluiting uitdrukkelijk beëindigt. Hij kan nadien niet meer vragen om aangesloten te worden, behalve wanneer hij het bewijs levert dat hij elders was verzekerd voor een gelijkaardige dekking en zonder dekkingsonderbreking;
- wanneer hij ons de kosten of de in de vrijstelling, die van hem worden geëist na gebruik te hebben gemaakt van de derde-betalersdienst AssurCard, niet terugbetaalt.

In deze gevallen stoppen de prestaties van de verzekeringsmaatschappij onmiddellijk. Niettemin, wordt hiervan afgeweken wanneer een hospitalisatie aan de gang is op het moment dat de hoedanigheid van verzekerde verloren gaat. De prestaties voor de kosten van deze hospitalisatie worden dan gedurende maximum 6 maanden voortgezet, op voorwaarde dat het gaat om een ononderbroken hospitalisatie, met uitsluiting van de kosten posthospitalisatie. Zolang de verzekeringsovereenkomst van kracht blijft, wordt de hoedanigheid van verzekerde eveneens behouden voor een personeelslid dat kiest voor het stelsel van tijdskrediet of met volledige onderbreking van de loopbaan, voor zover de verzekeringnemer de premies globaal aan de verzekeringsonderneming betaalt.

Voor de medeverzekerden

De gezinsleden verliezen hun hoedanigheid van medeverzekerde wanneer ze zich in één van de volgende situaties bevinden:

- wanneer het verzekerde personeelslid de hoedanigheid van verzekerde verliest of in geval van overlijden van het personeelslid;
- het kind verliest de hoedanigheid van medeverzekerde wanneer
 - het de leeftijd van 25 jaar heeft bereikt
 - **of** geen kinderbijslag meer geniet
 - **of** niet meer volledig of gedeeltelijk ten laste van de hoofd- of medeverzekerde is wegens echtscheiding of het einde van de wettelijke of feitelijke samenwoning;
- de echtgenoot verliest de hoedanigheid van verzekerde in geval van echtscheiding of wanneer hij niet meer onderworpen is aan de Belgische sociale zekerheid of aan de sociale zekerheid van het land van verblijf;
- de wettelijk of feitelijk samenwonende partner verliest de hoedanigheid van verzekerde wanneer de wettelijke of feitelijke samenwoning wordt beëindigd en hij niet meer gedomicilieerd is op het adres van het personeelslid of niet meer onderworpen is aan de Belgische sociale zekerheid of aan de sociale zekerheid van het land van verblijf;
- wanneer het gezinslid zijn aansluiting uitdrukkelijk beëindigt. Het gezinslid kan nadien niet meer vragen om aangesloten te worden, behalve wanneer hij bewijst dat hij elders was verzekerd, voor een identieke dekking en zonder dekkingsonderbreking;
- wanneer zij en het personeelslid de kosten en/of de in de Bijzondere Voorwaarden vermelde vrijstelling die van hem worden geëist na gebruik te hebben gemaakt van de derde-betalersdienst AssurCard, niet terugbetalen.

In de bovenvermelde gevallen stoppen de prestaties van de verzekeringsmaatschappij onmiddellijk. Niettemin, wordt hiervan afgeweken wanneer een hospitalisatie aan de gang is op het moment dat de hoedanigheid van verzekerde verloren gaat. De prestaties voor de kosten van deze hospitalisatie worden dan gedurende maximum 6 maanden voortgezet, op voorwaarde dat het gaat om een ononderbroken hospitalisatie, met uitsluiting van de kosten posthospitalisatie.

3. Hoe verloopt de individuele voortzetting?

Wanneer de hoofdverzekerde gedurende minstens twee jaren ononderbroken bij een beroepsgebonden ziekteverzekering is aangesloten, en het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliest (voor een niet uitgesloten reden), heeft hij het recht om de verzekering individueel voort te zetten, zonder medische formaliteiten en zonder wachttijd. De medeverzekerden genieten hetzelfde recht.

Deze individuele overeenkomst zal opgemaakt worden op basis van de voorwaarden en de tarieven van de individuele

verzekeringsovereenkomsten zoals wij die aanbieden op het ogenblik van onderschrijving. De toegekende waarborgen zullen gelijksoortig zijn aan en beperkt zijn tot die van deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, brengt de hoofdverzekerde binnen dertig dagen na het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden verzekering op de hoogte van het precieze tijdstip van dit verlies en van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten. Daarbij informeert hij de hoofdverzekerde over de termijn waarbinnen deze en, in voorkomend geval, de medeverzekerde het recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen. De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar, maakt tegelijkertijd onze contactgegevens over aan de hoofdverzekerde.

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

De termijn van dertig dagen begint te lopen op de dag van de ontvangst van het schrijven waarin de verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, de hoofdverzekerde schriftelijk of elektronisch ervan in kennis stelt dat hij kan beslissen de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst waarvan hij het voordeel verloren heeft, individueel voort te zetten.

De hoofdverzekerde en in voorkomend geval de medeverzekerde hebben het recht die termijn met dertig dagen te verlengen, op voorwaarde dat wij daarvan vooraf schriftelijk in kennis werden gesteld.

De termijn waarover de hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde, beschikken om ons kennis te geven van hun voornemen om de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst individueel voort te zetten, verstrijkt in elk geval honderdenvijf dagen na het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekering. Wanneer de medeverzekerde het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van die verzekering door de hoofdverzekerde, beschikt de medeverzekerde over een termijn van honderdenvijf dagen te rekenen van het tijdstip waarop hij voornoemd voordeel verliest om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch in kennis te stellen van zijn voornemen om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen.

In alle andere gevallen zal de individuele voortzetting gebeuren met medische formaliteiten.

4. Betaling van een bijkomende premie

De verzekerde heeft de mogelijkheid om individueel een bijkomende premie te betalen tijdens de duur van diens aansluiting bij deze verzekeringsovereenkomst. Deze betaling heeft tot gevolg dat in geval van individuele voortzetting, de premie die de verzekerde individueel zal moeten betalen berekend wordt, rekening houdend met de reeds verrichte bijkomende stortingen.

De verzekeringnemer bezorgt die informatie onmiddellijk aan de hoofdverzekerde. Een voorfinancieringsproduct is niet beschikbaar bij de verzekeringsonderneming.

VI. DE PREMIE

1. Wie betaalt de premie?

De premies worden, tenzij anders vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, ten laste genomen:

- door de verzekeringnemer om de verzekerde voordelen te waarborgen ten gunste van de personeelsleden-hoofdverzekerden; Hij betaalt deze premies globaal en volledig aan ons.
- door de personeelsleden-hoofdverzekerden om de verzekerde voordelen te waarborgen ten gunste van de medeverzekerden. Deze premies worden ingezameld door de verzekeringnemer en globaal en volledig door hem aan ons betaald.

2. Hoeveel bedraagt de premie?

Bedrag van de premie

Het bedrag van de premie wordt bepaald in de Bijzondere Voorwaarden. Daarbij worden de kosten per verzekerde per waarborg vermeld (exclusief premietaksen en de eventuele ZIV bijdrage).

De premie wordt verhoogd met de premietaksen en bijdragen die gelden voor aanvullende ziektekostenverzekeringen.

Indexering van de premie

De in de Bijzondere Voorwaarden bepaalde premie varieert jaarlijks op de hoofdvervaldag in functie van

- Het indexcijfer van de consumptieprijzen van de maand juni voorafgaand aan de hoofdvervaldag van onderhavig contract en in het Belgisch Staatsblad is gepubliceerd; of
- de laatst gekende specifieke medische index in functie van de gekozen waarborgen zonder verwijzing naar de leeftijdsklasse, wanneer de evolutie van deze specifieke medische index hoger is dan de evolutie van de index van de consumptieprijzen op dezelfde datum.

Wij geven de verzekeringnemer jaarlijks kennis van de wijziging van de premie. De verzekeringnemer kan de indexering van de premie niet inroepen om deze beroepsgebonden ziekteverzekering op te zeggen.

Bij wijziging van de wetgeving inzake de indexering voor ziekteverzekeringen kunnen wij de voorziene wijzigingen toepassen en de verzekeringnemer in kennis stellen van de veranderingen die wij bij de volgende indexering zullen toepassen.

Wijziging van de premie

Als de premie vermeld in deze beroepsgebonden overeenkomst niet volstaat om de toegekende waarborgen te dekken, kunnen wij de voorwaarden, de vrijstellingen en de premie herzien op de hoofdvervaldag van deze verzekeringsovereenkomst. Wij geven de verzekeringnemer ten laatste drie maanden vóór de jaarlijkse vervaldag kennis van de doorgevoerde wijziging per aangetekende brief of mail. Bij elke kennisgeving kan de verzekeringnemer de ziekteverzekeringsovereenkomst binnen twee maanden vanaf onze kennisgeving opzeggen.

3. Hoe wordt de premie betaald?

De premies zijn maandelijks en achteraf betaalbaar.

De premies zijn verschuldigd vanaf de aanvangsdatum van de verzekeringsovereenkomst (voor bestaande werknemers) of de datum van indiensttreding (in het geval van een nieuwe aanwerving).

Zij zijn verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand van aansluiting, volgens de volgende modaliteiten.

- Voor de personen aangesloten tijdens de eerste helft van de maand (1-15), wordt een maandelijkse premie berekend per persoon. Voor de personen aangesloten tijdens de tweede helft van de maand (16-31), wordt de premie voor de aansluitingsmaand niet aangerekend.
- Voor de personen die deze verzekering verlaten tijdens de eerste twee weken van de maand (1-15), wordt de maandelijkse premie van die maand niet aangerekend. Voor de personen die deze verzekering tijdens de twee laatste weken verlaten (16-31), wordt de premie voor deze vertrekmaand aangerekend.

De premies worden verhoogd met alle toeslagen zoals tegenwoordige of toekomstige taksen en bijdragen tenzij anders vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

4. Wat als de premie niet wordt betaald?

Bij niet-betaling van een maandelijks premiegedeelte versturen wij een ingebrekestelling. Deze ingebrekestelling voorziet in een termijn van zestien dagen vanaf de datum van de aangetekende brief of mail om de verschuldigde sommen te betalen. Indien de premies binnen die termijn niet in ons bezit zijn, wordt de waarborg geschorst vanaf de zestiende dag na de datum van de ingebrekestelling. De waarborg heeft opnieuw uitwerking de dag nadat de premies volledig aan ons zijn betaald.

Tijdens de periode van schorsing en ten vroegste de zestiende dag volgend op de aanvang van die schorsing, kunnen wij de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst per aangetekende brief of mail opzeggen. Zestien dagen nadat de aangetekende brief of mail werd verstuurd treedt de opzegging in werking, tenzij de premies ondertussen werden betaald.

VII. OVERIGE BEPALINGEN

1. Verplichtingen van de verzekeringnemer en/of van de verzekerden

De verzekeringnemer en de hoofdverzekerde en/of de medeverzekerden zijn verplicht:

- ons op digitale wijze of op papier alle aangiften en mededelingen te doen, nodig voor de vlotte uitvoering van deze overeenkomst;
- ons ten laatste binnen een termijn van dertig dagen in te lichten over elke wijziging in het statuut van de verzekerden (aansluiting, verlies van hoedanigheid van verzekerde...);
- ons op de hoogte te brengen van alle inlichtingen, zodat wij het recht op de prestaties van deze overeenkomst kunnen beoordelen;
- ons binnen dertig dagen op de hoogte te brengen over iedere wijziging van de woonplaats. De kennisgevingen die wij moeten doen naar de verzekeringnemer of de verzekerde, worden geldig verricht op het laatste ons gemelde post- en/of e-mailadres.

De verzekeringnemer is verplicht om

- de hoofdverzekerde onmiddellijk in te lichten over de mogelijkheid voor de verzekerde om individueel een bijkomende premie te betalen om een eventuele individuele voortzetting voor te financieren;
- de hoofdverzekerde ten laatste dertig dagen na het verlies van het voordeel van deze verzekering op de hoogte te brengen van het precieze tijdstip van dit verlies en van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten.

De verzekerde moet zich gedragen op een wijze die het risico voor ons en de schade waarvoor wij moeten tussenkomen, zo klein mogelijk houdt. Zo niet kunnen wij de tussenkomst weigeren of beperken.

Elke kennisgeving die voor ons bestemd is, moet worden gedaan via het in onze documenten vermelde post- en/of e-mailadres. Elke kennisgeving wordt geacht gedaan te zijn op de datum van verzending van de e-mail of op de datum van afgifte op de post.

2. Duurtijd van de verzekeringsovereenkomst

Deze verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum vermeld in de Bijzondere Voorwaarden en ten vroegste van zodra de verzekeringsovereenkomst is ondertekend en de eerste premie is betaald. De verzekeringsovereenkomst heeft geen uitwerking indien deze premie uiterlijk 45 dagen na het opsturen van het borderel met alle verzekerden niet is betaald. De verzekeringsovereenkomst loopt tot de eerstvolgende hoofdvervaldag vermeld in de Bijzondere Voorwaarden van het jaar dat volgt op haar inwerkingtreding. Tenzij de verzekeringsovereenkomst drie maanden voor de vervaldag per aangetekende brief of mail werd opgezegd, wordt de verzekeringsovereenkomst elk jaar stilzwijgend verlengd voor een periode van één jaar.

De verzekeringsovereenkomst eindigt van rechtswege op het moment dat de verzekeringnemer failliet wordt verklaard of wanneer hij betrokken is in een procedure van gerechtelijke reorganisatie.

Wanneer de verzekeringsovereenkomst beëindigd wordt, verliezen de verzekerden onmiddellijk hun hoedanigheid van verzekerden.

3. Aanpassingen bij wijziging van de regelgeving

In geval van wettelijke of reglementaire wijzigingen die een betekenisvolle invloed hebben op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties, behouden wij ons het recht voor de verzekeringsvoorwaarden en vrijstellingen te wijzigen, na de verzekeringnemer ervan gewaarschuwd te hebben. Het gaat bijvoorbeeld om conventionele, wettelijke of reglementaire wijzigingen in de sociale zekerheid, de verplichte verzekering tegen arbeidsongevallen en ongevallen op de weg naar en van het werk of beroepsziekten of de wet op de ziekenhuizen. De verzekeringnemer kan de overeenkomst in elk geval opzeggen binnen twee maanden na de kennisgeving van de wijziging.

4. Geschillen en klachten

Klachtenbehandeling

Onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen, kan u elke klacht over de uitvoering van het contract richten aan de dienst Klachtenbeheer van Allianz Benelux: Koning Albert II-laan, 32 - 1000 Brussel, tel. 02/214.77.36, fax 02/214.61.71, klachten@allianz.be, www.allianz.be.

Indien u niet tevreden bent na het antwoord van onze dienst Klachtenbeheer, kan u contact opnemen met de Ombudsman van de Verzekeringen: de Meeûsquare 35, 1000 Brussel, tel. 02/547.58.71, fax 02/547.59.75, info@ombudsman-insurance.be, www.ombudsman-insurance.be.

Allianz Benelux is als verzekeraar verplicht deel te nemen aan een procedure van buitengerechtelijke regeling van consumentengeschillen.

De Ombudsdienst van de Verzekeringen is een gekwalificeerde entiteit om een oplossing te zoeken voor een verzekeringsgeschil buiten het gerechtelijk systeem om.

Minnelijke medische expertise

In het geval van meningsverschil tussen onze adviserende arts en de door de verzekerde gekozen arts, kan een minnelijke medische expertise aangevraagd worden. Elke partij duidt daarbij een arts aan die als deskundige optreedt. Bij meningsverschil tussen de twee deskundigen doen de laatstgenoemden beroep op de derde deskundige aangesteld tijdens de invoering van de expertise. De beslissing van deze derde deskundige, rekening houdend met de bepalingen van deze overeenkomst, is niet vatbaar voor beroep, is onherroepelijk en onweerlegbaar.

Indien één van de partijen verzuimt haar deskundige aan te duiden binnen een termijn van zestien dagen na verzoek daartoe per aangetekende brief of aangetekende email of indien de door de partijen aangeduide deskundigen het niet eens worden over de aanduiding van de derde deskundige, gebeurt de aanduiding op verzoek van de meest gerede 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 handelingen die de deskundige in het kader 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 handelingen die de derde deskundige in het kader van de expertise zou kunnen vragen.

Toepasselijke wetgeving – bevoegde rechtbank

Het Belgische recht is van toepassing op deze verzekeringsovereenkomst. Betwistingen tussen de partijen betreffende de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst 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.

5. Belangenconflicten

Allianz wil belangenconflicten voorkomen die het onderschrijvingsproces, het beheer en de uitvoering van haar verzekeringsovereenkomsten kan verstoren.

Een belangenconflict is elke situatie die strijdig is of zou kunnen zijn met de belangen van de kandidaat-verzekeringnemer omdat belangen die verschillen van de zijne (bv.: die van de verzekeraar of de tussenpersoon) hem ertoe zouden kunnen aanzetten een overeenkomst af te sluiten of een dienst te genieten die niet met zijn belangen strookt.

Het preventiebeleid van Allianz heeft als doel belangenconflicten op te sporen, te onderzoeken en te vermijden. U kunt elk belangenconflict melden via e-mail: complaintscustomer@allianz.be

6. Bescherming van de persoonsgegevens

Deze verzekeringsovereenkomst wordt onderschreven ten gunste van uw personeelsleden en, in voorkomend geval, hun gezinsleden. In deze context verzamelen en verwerken wij, uw verzekeraar, hun persoonsgegevens zoals u ons die doorgeeft.

Behalve voor de verwerking van persoonsgegevens over de gezondheid, waarvoor de formele, uitdrukkelijke en persoonlijke toestemming van de verzekerde moet en zal gevraagd worden, is de voorafgaande toestemming van uw personeelsleden en, in voorkomend geval, hun gezinsleden, niet vereist.

Wij, uw verzekeraar, handelen als onafhankelijke verwerkingsverantwoordelijke in de betekenis van de GDPR. Als het beheer van uw verzekeringsovereenkomst aan een extern beheerder werd toevertrouwd, treedt deze op als verwerker in de betekenis van de GDPR en verwerkt hij alleen persoonsgegevens op basis van onze instructies en in onze naam. Hieronder leggen wij u uit hoe en waarom wij de persoonsgegevens gebruiken van uw werknemers en, in voorkomend geval, hun gezinsleden, die verzekerd zijn door deze verzekeringsovereenkomst en lichten wij ook de rechten en verplichtingen toe van deze personen.

Wij nodigen u uit wat volgt aandachtig te lezen en die informatie ook door te geven aan uw werknemers, die ze op hun beurt aan hun gezinsleden zullen overmaken. Als verzekeringnemer is het inderdaad uw verantwoordelijkheid dat de informatie over de verwerking van persoonsgegevens, zoals hieronder weergegeven, effectief wordt overgemaakt aan uw personeelsleden, zodat zij hun rechten kunnen uitoefenen.

Waarom gebruiken wij de persoonsgegevens van uw werknemers en hun gezinsleden?

We verzamelen en verwerken hun persoonsgegevens uitsluitend voor de volgende doeleinden:

- de evaluatie van de risico's die het contract verzekert
- het beheer van de commerciële relatie
- het beheer van de verzekeringsovereenkomst en/of de eventuele schadegevallen
- het toezicht op het evenwicht van de verzekeringsportefeuille van onze onderneming
- de preventie van misbruik en verzekeringsfraude,
- de terugvordering van schadekosten bij aansprakelijke derden,
- de verplichte verstrekking van informatie over de verzekerings situatie aan de belastings-, socialezekerheids- of controleautoriteiten.

Op welke rechtsgronden mogen wij de persoonsgegevens verwerken?

Voor elke hierboven vermelde doelstelling worden de gegevens verzameld en verwerkt in overeenstemming met de wetgeving op de bescherming van persoonsgegevens en andere nationale wetgevingen zoals, bijvoorbeeld, de wet op het statuut van en het toezicht op verzekerings- of herverzekeringsondernemingen van 13 maart 2016 of de wet van 04 april 2014 betreffende de verzekeringen, en dit op de volgende rechtsgronden:

- De verwerking van de gegevens die noodzakelijk zijn voor de evaluatie van de risico's die het contract verzekert, het beheer van de commerciële relatie en ook het beheer van de verzekeringsovereenkomst en/of de eventuele schadegevallen, wordt gerechtvaardigd door de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst.
- De verwerking van medische gegevens is ook wel noodzakelijk voor de uitvoering van de overeenkomst, maar stoelt op de toestemming van de betrokken persoon.
- De verwerking van gegevens die noodzakelijk zijn voor het toezicht op het evenwicht van de verzekeringsportefeuille van onze onderneming, de preventie van misbruik en verzekeringsfraude en de terugvordering van schadekosten bij aansprakelijke derden, berust op ons gerechtvaardigd belang van verwerkingsverantwoordelijke.

- De gegevensoverdracht in het kader van de verplichte verstrekking van informatie over de verzekerings situatie aan de belastings-, socialezekerheids- of controleautoriteiten, wordt gerechtvaardigd door de geldende wettelijke en fiscale bepalingen.

Geen enkele wettelijke bepaling verplicht uw werknemers of hun gezinsleden ertoe ons hun persoonsgegevens te verstrekken of te laten verwerken. Maar als zij ons die gegevens niet verstrekken, zullen wij hun aansluiting en eventuele schadegevallen niet kunnen beheren.

Aan wie worden de persoonsgegevens overgedragen?

Deze gegevens worden gedeeld met sommige van onze diensten binnen het strikte kader van hun taken. Het gaat om medewerkers van de diensten contractbeheer of schadegevallen, de juridische dienst en compliance (controle van de conformiteit), de dienst interne audit, actuariële diensten, financiële en budgettaire controle en adviserende geneesheren. Binnen de afgebakende context van de opgesomde doelstellingen en voor zover noodzakelijk, delen wij deze persoonlijke gegevens ook met uw makelaar, onze herverzekeraar, onze externe auditeurs, deskundigen, de ombudsman van de verzekeringen, juridisch adviseurs en onderaannemers (inclusief de beheerder van het contract) en met de Belgische of buitenlandse administraties (pensioenen, Belgische of buitenlandse belastingoverheden in het raam van onze reportingverplichtingen FATCA en CRS, sociale zekerheid, controleoverheden).

Om veiligheidsredenen en om deze gegevens op te slaan of onze informaticatoepassingen te beheren, moeten wij deze persoonsgegevens soms overdragen aan een andere gespecialiseerde vennootschap van de Groep Allianz binnen of buiten de Europese Unie. De Groep Allianz heeft voor deze overdrachten zeer strenge regels bepaald die werden goedgekeurd door de overheden voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en die Allianz Benelux naleeft. Deze regels maken de verbintenis uit die de Groep Allianz en Allianz Benelux zijn aangegaan om de verwerking van de persoonsgegevens op een correcte manier te beschermen, waar die zich ook bevinden.

Welke rechten hebben uw personeelsleden en hun gezinsleden op het gebied van hun persoonsgegevens?

- het recht van toegang,
- het recht die te laten verbeteren indien zij onjuist of onvolledig zijn,
- het recht die te laten wissen in bepaalde omstandigheden, bijvoorbeeld wanneer zij niet langer noodzakelijk zijn voor het doel dat werd nagestreefd bij hun inzameling of verwerking,
- het recht op beperking van de verwerking in sommige omstandigheden, bijvoorbeeld de beperking van het gebruik van gegevens waarvan zij de juistheid betwisten in de periode waarin wij die moeten controleren,
- het recht een klacht in te dienen bij de bevoegde overheid,
- het recht zich te verzetten tegen de verwerking,
- het recht op overdraagbaarheid van hun persoonsgegevens, meer bepaald het recht om hun persoonsgegevens in een gestructureerde, gangbare en leesbare vorm te verkrijgen of die onmiddellijk aan een andere verwerkingsverantwoordelijke over te dragen,
- het recht om hun instemming met de verwerking van hun gegevens op elk moment in te trekken.

Bewaring van de persoonsgegevens.

Wij bewaren de persoonsgegevens zolang als noodzakelijk voor de hoger aangehaalde doelstellingen of zolang een wet dat eist. De bewaartermijn van contractgegevens of gegevens over schadebeheer eindigt na afloop van de wettelijke verjaringstermijn die volgt op de afsluiting van het laatste schadegeval dat gedekt is door de verzekeringsovereenkomst.

Meer informatie over ons beleid rond gegevensbescherming is beschikbaar op onze website: <https://allianz.be/nl/privie/bescherming-persoonsgegevens.html>.

Vragen, uitoefening van rechten en klachten.

- Vragen en uitoefening van rechten

Uw werknemers en, in voorkomend geval, hun gezinsleden kunnen hun vragen over de verwerking van hun persoonsgegevens rechtstreeks naar Allianz Benelux sturen:

- ofwel via e-mail naar: privacy@allianz.be
- ofwel per post naar het adres: Allianz Benelux NV, Juridische dienst en compliance/Gegevensbescherming, Koning Albert II-laan, 32, 1000 Brussel, België

HOSPIT-ALL | ALGEMENE VOORWAARDEN

Het is van belang dat zij bij hun vraag een bewijs voegen van hun identiteit als aanvrager, of zelfs een doorgestreepte recto versokopie van hun identiteitskaart.

- Klachten over de verwerking van de persoonsgegevens

Elke klacht over de verwerking van de persoonsgegevens kan naar de bovenstaande post- en mailadressen gestuurd worden, of naar de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel, www.privacycommission.be.