

# HOSPIMAX PLUS

## Artikel 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

De in dit artikel gedefinieerde begrippen zullen in het vervolg van deze algemene voorwaarden cursief worden vermeld telkens er naar één van deze begrippen wordt verwezen om de leesbaarheid van deze algemene voorwaarden te vergroten.

### 1. Overeenkomst individuele verzekering

De overeenkomst wordt gevormd door deze algemene voorwaarden, de verplicht bijhorende bijzondere voorwaarden en de eventuele aanhangsels. De *verzekeraar* en de *verzekeringnemer* moeten de bijzondere voorwaarden en de aanhangsels ondertekenen.

### 2. De verzekeraar ("wij")

DVV is een merk- en handelsnaam van Belins NV, verzekeringsonderneming toegelaten door De Nationale Bank van België met zetel Berlaimontlaan 14 te 1000 Brussel, onder codenummer 0037 met zetel op het Karel Rogierplein 11, B-1210 Brussel, K.B. 4 en 13 juli 1979 (B.S. 14 juli 1979), K.B. 24 januari 1991 (B.S. 22 maart 1991), K.B. 30 maart 1993 (B.S. 7 mei 1993) en K.B. 21 november 1995 (B.S. 8 december 1995).

### 3. De verzekeringnemer ("u")

De persoon die de *overeenkomst individuele verzekering* sluit en die de premie betaalt.

### 4. De verzekerden

De personen die aangesloten zijn bij deze overeenkomst, in overeenstemming met de daartoe voorziene modaliteiten bepaald in de bijzondere voorwaarden en die hierin aldus zijn aangeduid. Enkel de voornoemde personen kunnen de waarborgen van deze overeenkomst genieten.

### 5. Verplegingsinstelling

Een in België gevestigde instelling die in overeenstemming met de Belgische wetgeving is erkend als ziekenhuis en waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen.

In het kader van deze overeenkomst worden echter de volgende instellingen niet erkend als verplegingsinstelling:

- gesloten psychiatrische instellingen en psychiatrische verzorgingstehuizen
- pedagogische instellingen in de medische sector
- instellingen bestemd voor ontwenningkuren ten gevolge van drugs, alcohol- of medicijngebruik
- rustoorden en instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen
- ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" hebben verkregen.

In het buitenland worden als verplegingsinstelling aanzien: de instellingen waar er 24 uur per dag minstens één arts en één gediplomeerde verple(e)g(st)er aanwezig zijn en waar het mogelijk is chirurgische ingrepen te verrichten.

### 6. Hospitalisatie

- a. Een medisch noodzakelijk verblijf in een *verplegingsinstelling* waarvoor ten minste één ligdag wordt aangerekend.
- b. Een medisch noodzakelijke opname in een *verplegingsinstelling* erkend als "One-day-Clinic" en waarvoor een dagziekenhuisforfait groep 1 tot en met groep 7, drie forfaits chronische pijn of forfait manipulatie poortkatheter worden aangerekend.
- c. In het kader van deze overeenkomst worden ook een thuisbevalling en een polyklinische bevalling als hospitalisatie beschouwd.

### 7. Ambulante verzorging

Medische en/of paramedische verzorging buiten de periode van *hospitalisatie*.

### 8. Ongeval

Iedere objectief vaststelbare aantasting van de fysieke integriteit die veroorzaakt is door een plotselinge gebeurtenis, onafhankelijk van de verzekerde persoon, en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van de verzekerde persoon ligt.

### 9. Ziekte

Iedere aantasting van de gezondheidstoestand die niet door een *ongeval* veroorzaakt wordt en die objectieve symptomen vertoont die de diagnose ervan onbetwistbaar maken.

### 10. Aandoening

Verzamelaar voor *ziekte*, *ongeval*, zwangerschap en bevalling.

### 11. Acute infectieziekten

In het kader van deze overeenkomst worden als acute infectieziekten beschouwd:

rubeola, mazelen, waterpokken, roodvonk, difterie, kinkhoest, bof, kinderverlamming, cerebrospinale meningitis, dysenterie, paratyfus, tyfus, vlektyfus, cholera, pokken, paludisme en recurrenente koorts. Deze lijst is limitatief.

# HOSPIMAX PLUS

## 12. Ernstige ziekten

In het kader van deze overeenkomst worden als ernstige ziekte beschouwd:

AIDS, ziekte van Alzheimer, amyotrofe laterale sclerose, brucellose, cholera, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, ziekte van Crohn, diabetes, difteritis, encefalitis, virale hepatitis, ziekte van Hodgkin, kanker, leukemie, ziekte van Lyme, malaria, meningitis cerebrosppinalis, miltvuur, mucoviscidose, multipele sclerose, nieraandoeningen met dialyse, paratyfus, paratyfuskoorts, ziekte van Parkinson, pokken, poliomyelitis, ziekte van Pompe, progressieve spierdystrofie, roodvonk, tetanus, tuberculose, tyfus en vlektyfus. Deze lijst is limitatief.

## 13. Prestaties

In het kader van deze overeenkomst bedoelt men met prestaties de medische en paramedische diensten verstrekt of voorgeschreven door een arts en opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Meer bepaald gaat het hier om raadpleging, onderzoek, behandeling en toezicht.

De middelen en materialen voor zover die zijn opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden in het kader van deze overeenkomst eveneens prestaties genoemd. Het gaat om:

- prothesen: kunstledematen, toestellen en kunstorganen, bedoeld om aangetaste of verzwakte lichaamsdelen of organen geheel of gedeeltelijk te vervangen. Prothesen kunnen uitwendig en dus zichtbaar zijn, maar ook binnen het lichaam worden ingeplant.
- orthopedische toestellen: elk apparaat bedoeld om de functie van aangetaste of verzwakte lichaamsdelen te ondersteunen
- synthesemateriaal: verzamelnaam voor alle synthetisch of lichaamsvreemd materiaal
- geneesmiddelen, verbanden, medisch materiaal: producten die uitsluitend in de apotheek worden verkocht, voorgeschreven zijn door een arts en die als zodanig zijn geregistreerd door de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

## 14. Palliatieve verzorging

Het geheel van medische en/of paramedische verzorging voor patiënten waarvan de *ziekte* niet langer op curatieve therapieën reageert en voor wie de controle van pijn en andere symptomen, alsook psychologische, morele, spirituele en zingevende, familiale en sociale ondersteuning van essentieel belang zijn, zoals verstrekt door een overkoepelend samenwerkingsverband tussen vertegenwoordigers van eerstelijns hulpverleners, organisaties, instellingen, verenigingen en diensten dat wordt erkend door de bevoegde overheid.

## 15. Wettelijke tegemoetkoming

Onder wettelijke tegemoetkoming wordt, in het kader van deze overeenkomst, verstaan:

- voor de kosten gemaakt in België: elke terugbetaling bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor werknemers
- voor de kosten gemaakt in het buitenland: elke terugbetaling bepaald door een met het betrokken land gesloten overeenkomst voor de sociale zekerheid van de werknemers. Als dergelijke overeenkomst niet bestaat, een bedrag gelijk aan de terugbetaling bepaald in de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor werknemers.

## 16. Ziekenhuisfactuur

Een factuur, uitgaande van een *verplegingsinstelling* met vermelding van het aantal ligdagen en de ligdagprijs of het forfait.

## 17. Derde-betalersregeling

Bij toepassing van de derde-betalersregeling in het kader van deze overeenkomst wordt de *ziekenhuisfactuur* rechtstreeks naar de *verzekeraar* gestuurd en zal de *verzekeraar* deze factuur rechtstreeks aan de *verplegingsinstelling* betalen. Nadien zal de *verzekeraar* de eventuele niet-verzekerde kosten recupereren bij de verzekerde.

## 18. Eigen risico

Deel van de verzekerde kosten dat ten laste blijft van de verzekerde en dat in de algemene en de bijzondere voorwaarden is bepaald. Het eigen risico wordt toegepast per verzekerde en per *verzekeringsjaar*. Het wordt afgeschafd voor thuisbevallingen, voor 'hospitalisaties' van het type 'one-day-clinic' en voor de bijkomende waarborg 'ernstige ziekten en palliatieve verzorging'. Dit eigen risico wordt maar één keer toegepast als meerdere *verzekerden* uit 1 gezin samen worden gehospitaliseerd ten gevolge van een *ongeval* of bevalling.

## 19. Wachtijd

De wachtijd is een eenmalige periode die per verzekerde ingaat op de datum van aansluiting vermeld in de bijzondere voorwaarden. De kosten voor *prestaties* die een aanvang nemen gedurende die periode, betaalt de *verzekeraar* niet terug. De duur van de wachtijd is vastgesteld op 3 maanden. Deze wachtijd wordt echter niet toegepast bij schadegevallen, die het gevolg zijn van ofwel:

- een *acute infectieziekte*
- een *ongeval* na de aansluiting.

# HOSPIMAX PLUS

Voor pasgeborenen gaat de verzekering in bij de geboorte zonder medische acceptatie en is er geen wachttijd van toepassing, op voorwaarde dat:

- minstens één van de ouders reeds minimum 6 maand bij ons verzekerd is, en
- de aanvraag tot aansluiting in de polis voor de pasgeborene schriftelijk gebeurt binnen de 60 dagen volgend op de geboortedatum met vermelding van de exacte geboortedatum, naam en geslacht van de pasgeborene.

## 20. Verzekeringsjaar

De periode van 12 maanden te rekenen vanaf de jaarvervaldatum die bepaald is in de bijzondere voorwaarden en de aanhangsels. Indien de aansluitingsdatum van een bepaalde verzekerde, zoals aangeduid in de bijzondere voorwaarden, niet samenvalt met de jaarvervaldatum, bestaat het eerste *verzekeringsjaar*, voor wat betreft die specifieke verzekerde, uit het aantal maanden gelegen tussen de voornoemde aansluitingsdatum en de jaarvervaldatum.

## 21. Bij-overnachting

Een overnachting van één ouder op dezelfde kamer bij een gewaarborgde *hospitalisatie* van een verzekerd kind jonger dan 16 jaar.

## Artikel 2

### WAARBORGEN

#### 2.1 Hoofdwaarborg "Hospitalisatie"

In geval van een *hospitalisatie* wegens *ziekte*, *ongeval*, *zwangerschap* of *bevalling* dekt de waarborg *Hospitalisatie*, in overeenstemming met de algemene en bijzondere voorwaarden van deze overeenkomst, de terugbetaling van de kosten die tijdens de *hospitalisatie* gemaakt worden. Het gaat hier om de kosten voor medisch noodzakelijk verblijf en *prestaties*.

Volgende kosten komen eveneens in aanmerking voor tussenkomst van de *verzekeraar*:

- de medisch verantwoorde kosten voor een donor als de verzekerde een orgaan of weefsel ontvangt en de donor zich bewust en vrijwillig voor dit donorschap laat hospitaliseren;
- medisch materiaal zoals endoscopisch- en viscerosynthesemateriaal, voor zover er *wettelijke tegemoetkoming* is voorzien;
- de wiegendoodtest;
- de *palliatieve verzorging*;
- de vervoerkosten, voor zover dit gebeurt via een daartoe medisch uitgerust transportmiddel en voor zover dit medisch verantwoord wordt door de vereiste spoed en de gezondheidstoestand van de verzekerde;
- de kosten voor *bij-overnachting* van één van de ouders als minstens één van de ouders bij dit contract is aangesloten en voor zover de gezondheidstoestand van het verzekerd kind de bijstand of bewaking van de vader of moeder vereist;

- thuisbevalling en de bijhorende thuiskraamzorg, alsook polyklinische bevalling en de bijhorende thuiskraamzorg.

#### 2.2 Aanvullende waarborg

De aanvullende waarborg bevat 2 luiken: de deelwaarborg 'ambulante pre- en posthospitalisatieverzorging' en de deelwaarborg 'ernstige ziekten en palliatieve verzorging'. Deze 2 luiken vormen samen één geheel. Tenzij anders vermeld in de Bijzondere Voorwaarden zijn ze verzekerd in het contract.

##### a. ambulante pre- en posthospitalisatieverzorging

De *verzekeraar* betaalt de kosten terug die de verzekerde werkelijk heeft gemaakt voor volgende medisch noodzakelijke ambulante verzorging tijdens een periode van twee maanden vóór de begindatum van de verzekerde *hospitalisatie* en zes maanden na de einddatum van deze *hospitalisatie*:

- *prestaties*
- chiropraxie, osteopathie of acupunctuur, voorgeschreven door een geneesheer en uitgevoerd door een erkend zorgverstrekker;
- homeopathische middelen.

Deze waarborg geldt uitsluitend indien de gemaakte kosten rechtstreeks verband houden met de reden van de *hospitalisatie*. Deze kosten worden gevoegd bij de kosten die tijdens de *hospitalisatie* gemaakt zijn; op het geheel wordt slechts éénmaal het *eigen risico* toegepast.

Verblijfskosten en kosten voor vervoer worden voor deze aanvullende waarborg niet terugbetaald.

##### b. ernstige ziekten en palliatieve verzorging

Binnen de waarborg "ernstige ziekten en palliatieve verzorging" is een verzekerde *hospitalisatie* niet vereist. Binnen deze aanvullende waarborg worden, bovenop de eventueel terugbetaalde kosten van de waarborgen "Hospitalisatie" en "ambulante pre- en posthospitalisatieverzorging", de volgende kosten terugbetaald:

- verzorging, onderzoeken en behandelingen die een geneesheer verleent of voorschrijft en die opgenomen zijn in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- geneesmiddelen;
- prothesen en orthopedische toestellen;
- huur van medisch noodzakelijk materiaal.

De kosten voor vervoer worden binnen deze aanvullende waarborg niet terugbetaald.

# HOSPIMAX PLUS

## Artikel 3 DE DERDE-BETALERSREGELING

Wij bieden de verzekerde een kaart voor *derde-betalersregeling* aan, de AssurCard. De AssurCard kan gebruikt worden voor een *hospitalisatie* in alle Belgische ziekenhuizen aangesloten bij het AssurCardsysteem ([www.assurcard.be/nl/ziekenhuizen](http://www.assurcard.be/nl/ziekenhuizen)).

De bijzondere voorwaarden vermelden of de *derde-betalersregeling* van toepassing is in de overeenkomst. Het al dan niet van toepassing zijn van de *derde-betalersregeling* in geval van *hospitalisatie* wijzigt niets aan het geheel der voorwaarden opgenomen in deze overeenkomst.

Voor iedere andere gebeurtenis, buiten een *hospitalisatie*, waarvoor de waarborgen zoals hiervoor bepaald in artikel 2 kunnen ingeroepen worden, kan de *derde-betalersregeling* niet gebruikt worden en zal het schadegeval afgehandeld worden zoals vermeld in de sectie "schadeafhandeling wanneer *derde-betalersregeling* niet van toepassing is" in artikel 4 hierna. De AssurCard is strikt persoonlijk en mag alleen gebruikt worden in overeenstemming met het verzekeringscontract waaraan ze gekoppeld is. Ze blijft eigendom van de *verzekeraar*.

Door gebruik te maken van de AssurCard verleent de verzekerde ons de bevoegdheid om rechtstreeks aan de *verplegingsinstelling* te betalen. De *verzekeraar* wordt in de plaats gesteld van de verzekerde ten aanzien van de *verplegingsinstelling* bij discussie of geschil over die betaling.

Het gebruik van de AssurCard kan worden ingetrokken, zonder voorafgaande waarschuwing:

- in geval van misbruik van de kaart
- in geval van niet-betaling door de verzekerde van de bij hem te recupereren, niet-verzekerde kosten
- in geval van niet-betaling van de premie. Voor verdere informatie over het gebruik van de AssurCard, consulteer onze website

<https://www.dvv.be/nl/verzekeringen/ziekte-en-ongevallen/artikelen/assurcard.html>

## Artikel 4 WAT TE DOEN IN GEVAL VAN SCHADE?

Elk schadegeval waarvoor de verzekeringswaarborg geldt, moet ons binnen de maand worden aangegeven.

De verzekerde of zijn aangestelde moet ons op de hoogte brengen van ieder voorval waarvoor de verzekeringswaarborg geldt. Zie verder in dit artikel voor hoe dit kan gebeuren. Indien nodig kunnen wij bijkomende informatie vragen. De *verzekeraar* heeft het recht op ieder ogenblik de juistheid van de aangiften van de verzekerde en/of zijn aangestelde en de attesten te laten onderzoeken door een door hem aangeduide arts.

- De verzekerde kosten worden terugbetaald na voorlegging van:
- de originele onkostennota's, én meer bepaald, voor wat betreft de waarborg Hospitalisatie, de originele *ziekenhuisfactuur*
  - de afrekening der terugbetalingen gedaan in uitvoering van de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor werknemers (cf. bewijs van tussenkomst van het ziekenfonds) en/of de afrekening der terugbetalingen gedaan in uitvoering van de Belgische wetgevingen betreffende de *arbeidsongevallen* en de *beroepsziekten* én
  - ieder bewijs van tussenkomst in uitvoering van een privé-verzekering.

Wij moeten deze bewijsstukken uiterlijk een jaar na de datum van de prestatie ontvangen. Ze blijven in ons bezit. Als wij dit nodig achten, kunnen wij bijkomende bewijsstukken vragen.

Wij hebben het recht de aan ons gedane verklaringen en de antwoorden op onze vragen om inlichtingen te onderzoeken. De verzekerde moet de nodige maatregelen treffen om de vaststellingen te vergemakkelijken die onze afgevaardigden moeten doen. Als u of de verzekerde één van deze verplichtingen niet nakomt, kunnen wij de uitkering verminderen overeenkomstig het nadeel dat we geleden hebben. We kunnen de dekking weigeren indien de verplichtingen met bedrieglijk opzet niet zijn nagekomen.

### Schadeafhandeling met mogelijke toepassing van *derde-betalersregeling*

Voorafgaand aan iedere *hospitalisatie*, neemt de verzekerde of zijn aangestelde met ons contact via telefoon of doet hij bij ons aangifte via de online-toepassing. De contactinformatie bevindt zich op de achterkant van de AssurCard. De verzekerde wordt door ons of via de online-toepassing op de hoogte gebracht of de *derde-betalersregeling* voor die *hospitalisatie* van toepassing is.

Indien de *derde-betalersregeling* - om welke reden dan ook - niet van toepassing is, dan zal de afhandeling van het schadegeval gebeuren zoals in volgende sectie beschreven.

Indien nodig kunnen wij bijkomende informatie vragen. De *verzekeraar* behoudt zich het recht voor om de diagnose te laten bevestigen door middel van een door hem te bepalen onderzoek en/of attest.

Indien de *derde-betalersregeling* van toepassing is, stuurt de *verplegingsinstelling* de *ziekenhuisfactuur* rechtstreeks naar de *verzekeraar*. Wij betalen de volledige *ziekenhuisfactuur* aan de *verplegingsinstelling* en zullen nadien de op de *ziekenhuisfactuur* vermelde, niet-verzekerde kosten in eerste instantie afhouden van andere tussenkomsten, en indien nodig het eventuele resterende saldo bij de verzekerde recupereren.

# HOSPIMAX PLUS

## Schade-afhandeling wanneer derde-betalersregeling niet van toepassing is

De verzekerde of zijn aangestelde moet de *verzekeraar* op de hoogte brengen van iedere *hospitalisatie* en van iedere gebeurtenis waarvoor de waarborgen zoals hiervoor bepaald in artikel 2 kunnen ingeroepen worden. Hij dient dit te doen bij voorkeur binnen 15 dagen na het begin van de *hospitalisatie* of van de gebeurtenis. Daartoe moet hij het aangifteformulier invullen dat *wij* hiervoor ter beschikking stellen. Indien nodig kunnen *wij* bijkomende informatie vragen via een daartoe bestemd formulier, dat de huisarts of de behandelende geneesheer moet invullen. De *verzekeraar* behoudt zich het recht voor om de diagnose te laten bevestigen door middel van een door hem te bepalen onderzoek en/of attest.

De *verzekeraar* verbindt er zich toe over te gaan tot uitkering van de tegemoetkoming, zoals bepaald in artikel 5 hierna, binnen de tien werkdagen.

De hiervoor vermelde termijn gaat in vanaf de dag volgend op het tijdstip waarop de aan de *verzekeraar* overgemaakte bewijsstukken die nog geen aanleiding hebben gegeven tot enige vergoeding vanwege de *verzekeraar*, bij deze toekomen.

Deze termijn begint echter pas te lopen indien de hierna bepaalde cumulatieve voorwaarden vervuld zijn:

- de verzekerde of zijn aangestelde is zijn verplichtingen nagekomen
- *wij* beschikken over de gevraagde bijkomende inlichtingen, attesten en resultaten van de bijkomende onderzoeken
- er bestaat geen gerede twijfel over de aanvaarding van het schadegeval.

Indien *wij* niet voldoen aan de hierboven vermelde verplichting, zullen *wij* een interest betalen van 10% (op jaarbasis) op de laattijdige uitkering, te rekenen vanaf de werkdag volgend op de hierboven bepaalde termijn van 10 werkdagen. Deze interest zal steeds minstens 2,50 EUR bedragen.

De uitkering gebeurt in EUR. Onkostennota's in vreemde valuta worden uitgekeerd tegen de gemiddelde koers van deze valuta op de dag van de uitkering.

## Artikel 5 HOE WORDT DE VERGOEDING BEPAALD?

### 5.1 Basisbedrag

Het basisbedrag van de tussenkomst wordt berekend door van de gefactureerde kosten die door de waarborg van deze overeenkomst worden gedekt, achtereenvolgens af te trekken:

- de *wettelijke tegemoetkoming*, zowel wat betreft de grote als de kleine risico's, ongeacht het sociaal statuut van de verzekerde. Als de verzekerde deze wettelijke tegemoetkoming om welke reden ook niet ontvangt, of er geen recht op heeft, wordt toch rekening gehouden met een fictieve tegemoetkoming gelijk aan de wettelijke tegemoetkoming;

- elke terugbetaling gedaan in uitvoering van de wetgevingen betreffende de arbeidsongevallen en de beroepsziekten;
- iedere andere tussenkomst vanwege de mutualiteiten of in uitvoering van een verzekering of elke andere vergoeding van gelijk welke aard.

Bij de bepaling van het basisbedrag worden voor schadegevallen naar aanleiding van opnames in *verplegingsinstellingen* in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest of buiten België

- de op de factuur aangerekende erelonen in aanmerking genomen tot maximaal tweemaal de wettelijke tegemoetkoming;
- de verblijfkosten per gefactureerde ligdag in aanmerking genomen tot maximaal 75,00 EUR. De eventuele kosten boven deze grenzen worden in mindering gebracht van de factuur.

### 5.2 Specifieke beperkingen

Het in 5.1 bepaalde basisbedrag wordt als volgt beperkt:

- erelonen, waarvoor geen *wettelijke tegemoetkoming* is voorzien, worden niet terugbetaald en worden dan ook volledig in mindering gebracht van het basisbedrag.
- wanneer voor een geneesmiddel, prothese, orthopedisch toestel of medisch materiaal, geen *wettelijke tegemoetkoming* bestaat, wordt de helft van de werkelijke kosten terugbetaald. Wel met een maximum, voor het geheel van deze kosten, van 1.250,00 EUR per *hospitalisatie*, inclusief de daarmee samenhangende ambulante verzorging. De kosten boven deze limiet worden ook in mindering gebracht van het basisbedrag.
- Bij de aanvullende waarborg "ambulante pre- en posthospitalisatieverzorging" wordt voor homeopathische middelen 50% van de kostprijs in aanmerking genomen, met een plafond van 125,00 EUR per verzekerde en per schadegeval.
- Bij de aanvullende waarborg "ambulante pre- en posthospitalisatieverzorging" geldt voor chiropraxie, osteopathie of acupunctuur een maximale vergoeding van 12,50 EUR per behandeling, en dit maximaal 10 keer per verzekerde en per schadegeval.
- Bij de aanvullende waarborg "ernstige ziekten en palliatieve verzorging" wordt de tussenkomst in de verblijfskosten voor *palliatieve verzorging* waarbij verblijfskosten aangerekend worden in een niet-erkende *verplegingsinstelling*, beperkt tot 75,00 EUR per ligdag.  
De totaliteit van de tussenkomst uit hoofde van de waarborg "ernstige ziekten en palliatieve verzorging" is altijd beperkt tot 5.000,00 EUR per verzekerde en per *verzekeringsjaar*. Het eventuele verschil wordt van het basisbedrag afgetrokken.

# HOSPIMAX PLUS

f. De terugbetaling van vruchtbaarheidsbehandelingen is beperkt tot 250,00 EUR per verzekerde en per schadegeval.

## 5.3 Eindbedrag

Op het bedrag bekomen na toepassing van de regels beschreven onder 5.1 en 5.2 wordt als dit van toepassing is het *eigen risico* toegepast om te komen tot het eindbedrag dat voor vergoeding in aanmerking komt.

Voor schadegevallen ten gevolge van geestes- en zenuwziekten wordt de vergoeding beperkt tot 80 % van het hierboven bekomen eindbedrag.

## Artikel 6 UITSLUITINGEN

De waarborgen voorzien in artikel 2 hiervoor, worden niet verleend voor de kosten die het gevolg zijn van:

- natuurrampen
- oorlogsfeiten, oproer, burgerlijke onlusten, collectieve gewelddaden met politieke, ideologische of sociale inslag waar de verzekerde actief en vrijwillig aan heeft deelgenomen. De bewijslast hiervoor ligt bij de *verzekeraar*. Als de verzekerde in het buitenland door een oorlogsgebeurtenis wordt verrast en als hij niet actief deelneemt aan de vijandelijkheden, blijft de waarborg van kracht gedurende 14 dagen na het uitbreken van het conflict
- dronkenschap, alcoholisme, alcoholintoxicatie (indien hoger dan 1.5 promille), toxicomanie
- het gebruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, tenzij de verzekerde bewijst dat dit gebruik het gevolg is van een medisch voorschrift
- twist, een poging tot zelfmoord of opzettelijke daad van *u* of van de verzekerde. Gevallen van wettige zelfverdediging of pogingen om mensen, dieren of goederen te redden vallen hier niet onder;
- roekeloze daden
- rechtstreekse of onrechtstreekse thermische, mechanische, radioactieve en andere uitwerkingen door een wijziging in de atoombouw van de stof, door de kunstmatige versnelling van de atoomdeeltjes of door stralingen afkomstig van radioisotopen, met uitzondering van de bestralingen die nodig zijn naar aanleiding van een verzekerde *hospitalisatie*
- het beoefenen van de volgende sporten (tenzij mits bijpremie na voorafgaandelijk akkoord door DVV): overschrijding van hindernissen te paard, alpinisme, acrobatisch skiën, deltavliegen, speleologie, elastiekspringen, competitie-skiën, diepzeeduiken zonder brevet of dieper dan 40 meter, polo te paard, bobslee, luchtvaart, valschermspringen, jacht op wilde dieren en groot wild, boksen, worstelen, catch, autorodeo, snelheidswedstrijden, wedstrijden met auto's, met motorfietsen en met bromfietsen, wielervedstrijden, wedstrijden met paarden en met door paarden getrokken voertuigen, evenals alle wedstrijden of proeven die met deze wedstrijden verband houden.

De verzekering geldt evenmin voor:

- louter esthetische verzorging of behandelingen, tenzij zij het rechtstreekse gevolg zijn van een *ongeval* of van een *ernstige ziekte*, gedekt door de waarborg Hospitalisatie
- borstreducties en -vergrotingen, liposucties, vetschortverwijderingen alsook alle behandelingen met het oog op het nastreven van gewichtsverlies, tenzij deze laatste recht geven op een *wettelijke tegemoetkoming* en ze aangewezen zijn op basis van medische gronden die niet van psychische aard zijn. Dit dient schriftelijk te worden geattesteerd door de behandelende arts.
- ieder verblijf in een kuur-, bad- of herstellingsoord
- sterilisaties, contraceptieve behandelingen, kunstmatige bevruchtingen, vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen en behandelingen van impotentie
- tandbehandelingen, ongeacht de aard ervan. De verzekeringswaarborg is echter wel verworven voor de tandbehandeling die rechtstreeks het gevolg is van een behoorlijk bewezen *ongeval* waarvoor de *verzekeraar* tussenkomen, net als voor elke volledige of gedeeltelijke tandextractie die medisch noodzakelijk is onder algemene verdooving in een *verplegingsinstelling*.

## Artikel 7 TERRITORIALE GELDIGHEID

De verzekering geldt over de gehele wereld.

## Artikel 8 BEGIN - DUUR - EINDE

De *overeenkomst individuele verzekering* gaat in op de dag die in de bijzondere voorwaarden vermeld wordt mits ontvangst door ons van de ondertekende polis, maar ten vroegste op de dag dat de eerste premie betaald is.

De aanvangsdatum van het contract kan nooit voor de datum liggen waarop het voorstel bij ons binnenkomt. De verzekeringswaarborgen vangen aan op de in de bijzondere voorwaarden vastgestelde aanvangsdatum, na verloop van de eventuele *wachttijd*.

De verzekering wordt voor het leven aangegaan.

Het contract wordt beëindigd bij het overlijden van de *verzekeringnemer*. De andere *verzekerden* hebben echter het recht het contract voort te zetten, op voorwaarde dat ze binnen twee maanden een andere *verzekeringnemer* aanduiden. De verzekering eindigt voor de verzekerde die overlijdt.

De *verzekeringnemer* kan de verzekering jaarlijks beëindigen, door middel van een aangetekende brief, deurwaardersexploot of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs, minimaal drie maand voor de jaarvervaldag.

*Wij* kunnen de polis enkel opzeggen wegens niet betaling van de premie (zie verder) of wegens fraude, niet louter wegens schade.

# HOSPIMAX PLUS

De *verzekeringnemer* brengt ons schriftelijk of elektronisch (op het adres [retailhosp@dvv.be](mailto:retailhosp@dvv.be)) op de hoogte van het tijdstip waarop een gezinslid een individuele hospitalisatieverzekeringsovereenkomst bij ons verlaat en van diens nieuwe verblijfplaats.

Op basis van deze gegevens doen *wij* het gezinslid binnen de dertig dagen een verzekeringsaanbod dat in overeenstemming is met de artikelen 203 en 204 van de wet van 4 april 2014. *Wij* informeren daarbij het gezinslid dat het aanbod ook geldt voor de leden van zijn/haar gezin. De *verzekeraar* kan niet inroepen dat het risico reeds verwezenlijkt is.

Het gezinslid beschikt over een termijn van zestig dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht om het aanbod te aanvaarden.

De verzekeringsovereenkomst die het gezinslid heeft aanvaard, gaat in op het tijdstip waarop hij het voordeel van de vorige verzekering verliest.

Als één der *verzekerden* of meerdere *verzekerden* op het einde van het contract nog gehospitaliseerd is, betalen *wij* toch de verzekerde hospitalisatie- en post- hospitalisatiekosten terug, gedurende maximum zes maanden na de einddatum van het contract.

## Artikel 9 VOORAFGAANDE VERKLARINGEN

Deze verzekering is gebaseerd op de voorafgaande verklaringen; dit wil zeggen alles wat *u* en in voorkomend geval de verzekerde, aan ons en eventueel aan de dokter met het geneeskundig onderzoek belast, heeft verklaard, net als alle daarbij voorgelegde stukken. Deze verklaringen vormen één geheel met het contract en worden geacht in de polis te zijn opgenomen.

Bij het sluiten van het contract moet *u* ons het bestaan melden van om het even welk verzekeringscontract met een gelijkaardig voorwerp en dit voor elke verzekerde.

Zodra een termijn van twee jaar verstreken is te rekenen van de inwerkingtreding van de overeenkomst, kan de *verzekeraar* zich niet meer beroepen op het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens door de *verzekeringnemer* of de verzekerde, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een *aandoening* waarvan de symptomen zich op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst reeds hadden gemanifesteerd en deze *aandoening* niet gediagnosticeerd werd binnen diezelfde termijn van twee jaar.

Alleen het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico heeft de nietigheid van deze verzekering tot gevolg.

De premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop *wij* kennis hebben gekregen van het opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, komen ons toe.

## Artikel 10 PREMIEBETALING

De premies, met taks en kosten, worden betaald op de in de Bijzondere Voorwaarden overeengekomen data.

De *verzekeringnemer* betaalt de premie ofwel rechtstreeks aan de *verzekeraar*, ofwel aan de personen die met de inning ervan belast zijn en dit op basis van een door de directie van de *verzekeraar* ondertekend vervaldagbericht.

Bij niet-betaling van de premie of een gedeelte ervan, ontvangt de *verzekeringnemer* een aangetekende brief waarmee de *verzekeraar* hem in gebreke stelt.

Als de premie 15 dagen later nog niet betaald is, wordt de polis van rechtswege geschorst, en zijn de schadegevallen die zich vanaf dat ogenblik voordoen niet verzekerd.

De waarborgen gaan opnieuw in om nul uur van de dag die volgt op de ontvangst van de achterstallige premies, taksen en kosten inbegrepen.

Vanaf de vijftiende dag volgend op het begin van de schorsing heeft de *verzekeraar* het recht de overeenkomst te beëindigen. Als de *verzekeringnemer* de *verzekeraar* uitdrukkelijk schriftelijk meedeelt dat hij de betaling van de premies staakt, moet de *verzekeraar* deze aangetekende brief niet versturen.

## Artikel 11 WIJZIGING WOONPLAATS

Als uw woonplaats of werkelijke verblijfplaats verandert, moet *u* ons onmiddellijk verwittigen. Zolang dit niet is gebeurd, zijn *wij* gerechtigd de laatst door ons gekende woonplaats of verblijfplaats als gekozen woonplaats te beschouwen.

*U* bent ook gehouden ons op verzoek in te lichten over de woonplaats (en, in voorkomend geval, de werkelijke verblijfplaats) van de verzekerde.

## Artikel 12 RECHT VAN VERHAAL

Als de waarborgen gelden of de *verzekeraar* al een terugbetaling heeft gedaan, treedt hij in de plaats van de *verzekeringnemer* of de *verzekerden* voor hun recht op verhaal op de derden die aansprakelijk zijn voor het *ongeval* of de *ziekte*.

De *verzekeringnemer* of de *verzekerden* mogen, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de *verzekeraar*, noch volledig noch gedeeltelijk afzien van hun rechten op verhaal ten gunste van wie dan ook.

# HOSPIMAX PLUS

## Artikel 13 BETWISTING

Als de medische kosten of de duur van het verblijf in een *verplegingsinstelling* het medisch noodzakelijke overschrijden, kunnen *wij* de *prestaties* tot een passende som of duur herleiden. Bij geschillen van medische aard kunnen de partijen, nadat het schadegeval zich heeft voorgedaan, in gemeenschappelijk overleg beslissen dit geschil te onderwerpen aan de arbitrage van twee dokters in de geneeskunde, gekozen door de partijen. Als de twee dokters niet tot een akkoord komen, dan zullen ze een derde dokter aanstellen of zich voor de keuze wenden tot de Voorzitter van de bevoegde Rechtbank van Eerste Aanleg en dit op verzoek van de meest gerede partij. Elke partij betaalt de honoraria van haar scheidsrechter en de helft van de honoraria van de derde.

## Artikel 14 TARIEFWIJZIGING

Onverminderd de toepassing van artikel 204 van de wet betreffende de verzekeringen kan de *verzekeraar* de voorwaarden of het tarief als volgt wijzigen:

- De premie, het *eigen risico* en de *prestaties* mogen worden aangepast op de jaarvervaldag, op grond van het indexcijfer der consumptieprijzen
- De premie, het *eigen risico* en de *prestaties* mogen worden aangepast op de jaarvervaldag, op grond van één of verschillende specifieke indexcijfers voor de kosten van diensten die gedekt worden door de private ziekteverzekeringsovereenkomsten, zoals deze gepubliceerd worden in het Belgisch Staatsblad, indien de evolutie ervan het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijdt.

## Artikel 15 KLACHTENBEHEER

*Wij* streven er elke dag naar om *u* de beste service te bieden en de verwachtingen van onze klanten liggen ons bijzonder nauw aan het hart. Laat het ons dus zeker weten als *u* niet helemaal tevreden bent.

Hebt *u* een klacht, contacteer dan best eerst uw DVV consulent of de dossierbeheerder. *Ze* zullen de tijd nemen om naar *u* te luisteren en om samen met *u* een oplossing te vinden.

Indien blijkt dat dit niet mogelijk is of indien het voor *u* niet makkelijk is om uw klacht te melden bij uw consulent of bij de dossierbeheerder, dan kan *u* rechtstreeks terecht bij de klachtendienst van DVV, Karel Rogierplein 11 in 1210 Brussel, of per mail: [Klachten@dvv.be](mailto:Klachten@dvv.be).

Bent *u* niet tevreden met de oplossing? De Ombudsman van de Verzekeringen staat te uwer beschikking: Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsquare 35 in 1000 Brussel, of via e-mail naar [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as). Meer info op [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as).

*U* behoudt altijd het recht om een gerechtelijke procedure te starten bij de bevoegde Belgische rechtbanken.

## Artikel 16 BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSFFEER

De *verzekeraar* verwerkt uw persoonsgegevens en die van de *verzekerden* voor verschillende doeleinden waaronder het sluiten en het uitvoeren van verzekeringscontracten, het naleven van wettelijke verplichtingen, de evaluatie van de klantrelatie, direct marketing en fraudebestrijding. Deze gegevens worden niet langer bewaard dan noodzakelijk voor de verwerking waarvoor ze werden ingezameld.

Deze persoonsgegevens kunnen eveneens in verband met voormelde doeleinden worden megedeeld aan de met de *verzekeraar* verbonden ondernemingen en gespecialiseerde dienstverleners zoals experts, herstellende, herverzekeringsondernemingen en Datassur ESV.

*U* en alle *verzekerden* hebben het recht om hun persoonsgegevens waarover *wij* beschikken in te zien en ze desgevallend te laten corrigeren of verwijderen. Zij kunnen ook vragen om sommige van deze gegevens over te dragen naar een derde partij of rechtstreeks naar henzelf. Daarenboven kunnen zij vragen de verwerking te beperken.

Voor de verwerking van persoonsgegevens waarvoor *u* toestemming hebt gegeven, heeft *u* het recht die toestemming te allen tijde in te trekken, zonder dat dit afbreuk doet aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan.

*U* en alle *verzekerden* hebben het recht zich te verzetten tegen de verwerking van bepaalde persoonsgegevens en zij kunnen zich op elk moment verzetten tegen het gebruik van hun persoonsgegevens voor direct marketing.

Meer informatie over de verwerking van hun persoonsgegevens, de doeleinden van de verwerking en het uitoefenen van hun rechten vinden zij terug in het Privacycharter van de *verzekeraar*. Dit charter is beschikbaar bij uw verzekeringstussenpersoon en kan eveneens geraadpleegd worden op [www.dvv.be/privacycharter](http://www.dvv.be/privacycharter).

## Artikel 17 TERRORISME

*Wij* dekken schade veroorzaakt door terrorisme, volgens de modaliteiten en binnen de beperkingen voorzien door de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme.



# HOSPIMAX PLUS

Wij zijn hiertoe lid van de VZW TRIP. De uitvoering van alle verbintenissen van alle verzekeringsondernemingen die lid zijn van deze VZW, wordt beperkt tot 1 miljard euro per kalenderjaar voor de schade veroorzaakt door alle gebeurtenissen erkend als terrorisme voorgevallen tijdens dat kalenderjaar.

## Artikel 18 HERROEPINGSRECHT

In geval van verzekeringsovereenkomst op afstand, kunnen zowel de *verzekeringnemer* als Belfius Insurance NV de overeenkomst zonder boete en zonder motivering opzeggen per aangetekende brief binnen 14 kalenderdagen. Deze termijn loopt vanaf de dag van het sluiten van de overeenkomst of vanaf de dag waarop de *verzekeringnemer* de contractvoorwaarden en de precontractuele informatie op een duurzame gegevensdrager heeft ontvangen, indien dit later is. De opzegging door de *verzekeringnemer* heeft onmiddellijk gevolg op het ogenblik van de kennisgeving. De opzegging door Belfius Insurance NV treedt in werking acht dagen na de kennisgeving ervan.

Als de overeenkomst wordt opgezegd door de *verzekeringnemer* of door de *verzekeraar* en op verzoek van de *verzekeringnemer* met de uitvoering van de overeenkomst reeds begonnen was vóór de opzegging, is de *verzekeringnemer* gehouden tot betaling van de premie in verhouding tot de periode gedurende welke dekking werd verleend.

Dit is de vergoeding voor reeds verstrekte diensten. Met uitzondering van de vergoeding voor reeds verstrekte diensten, betaalt de *verzekeraar* alle bedragen terug die hij van de *verzekeringnemer* krachtens deze overeenkomst heeft ontvangen.

Hij beschikt hiervoor over een termijn van 30 kalenderdagen die loopt:

- als de *verzekeringnemer* opzegt, vanaf de dag waarop de *verzekeraar* de kennisgeving van de opzegging ontvangt
- als de *verzekeraar* opzegt, vanaf de dag waarop hij de kennisgeving van opzegging verzendt

Elke communicatie of kennisgeving in verband met het beheer van de overeenkomst moet gericht zijn aan de maatschappelijke zetel van Belfius Insurance NV, Karel Rogierplein 11 - 1210 Brussel.