

# **Centea Hospitalisatiepolis**

<b>ALGEMENE VOORWAARDEN</b>	<b>4</b>
<b>BEGRIPSOMSCHRIJVING</b>	<b>4</b>
1. VERZEKERINGSOVEREENKOMST	4
2. VERZEKERINGNEMER	4
3. VERZEKERAAR	4
4. SCHADEGEVAL	4
5. TOETREDER	4
6. VERZEKERDEN	4
7. GEZINSLID	4
8. VERPLEEGINRICHTING	5
9. HOSPITALISATIE	5
10. ONGEVAL	5
11. ZIEKTE	5
12. PROTHESEN	5
13. WETTELIJKE TUSSENKOMST	5
14. VRIJSTELLING	5
<b>HOOFDSTUK I. DOEL VAN DE VERZEKERING</b>	<b>6</b>
<b>HOOFDSTUK II. VERZEKERBAARHEIDSVoorwaarden</b>	<b>6</b>
<b>HOOFDSTUK III. VERZEKERDE PRESTATIES</b>	<b>6</b>
Afdeling 1. Wie geniet welke Waarborg ?	6
Wat betreft de verzekerde personen	6
Wat betreft de verzekerde prestaties	6
Afdeling 2. Omschrijving van de Waarborgen	7
1. Waarborg A: "Werkelijke Kosten"	7
2. Waarborg B: "Dagvergoeding"	7
Afdeling 3. Omvang van de Waarborgen	7
1. Waarborg A: "Werkelijke Kosten"	7
2. Waarborg B: "Dagvergoeding"	8
3. Waarborg A en B: "Psychische Aandoeningen"	8
Afdeling 4. Algemene waarborgbeperkingen	9
<b>HOOFDSTUK IV. BEGIN, DUUR EN EINDE VAN DE WAARBORG</b>	<b>10</b>
Afdeling 1. Aanvang, duur, hernieuwing en stopzetting van de aansluiting	10
1. Aanvang en duur van de aansluiting	10
2. Stilzwijgende hernieuwing van de aansluiting en stopzetting van de aansluiting	10
Afdeling 2. Wachttijden	10
Afdeling 3. Einde van de Waarborg	11
<b>HOOFDSTUK V. PERSOONLIJK VOORTZETTEN VAN DE VERZEKERING</b>	<b>12</b>
<b>HOOFDSTUK VI. WERELDWIJDE WAARBORG</b>	<b>12</b>

<b>HOOFDSTUK VII. BESCHIKKINGEN BIJ SCHADEGEVAL</b>	<b>13</b>
Afdeling 1. Vrije keuze	13
Afdeling 2. Verplichtingen van de verzekerde	13
1. Aangifte van het schadegeval	13
2. Mededeling van stukken	13
3. Medische controle	13
4. Gevolgen van het schadegeval voorkomen en beperken	13
Afdeling 3. Verval van recht	14
Afdeling 4. Medische betwisting	14
Afdeling 5. Betaling van de verzekerde prestaties	14
Afdeling 6. Subrogatie van rechten	14
Afdeling 7. Betwistingen en gerechtelijke procedures	14
<b>HOOFDSTUK VIII. ADMINISTRATIEVE BEPALINGEN</b>	<b>15</b>
Afdeling 1. Aanvangsdatum en duurtijd van de verzekeringsovereenkomst	15
Afdeling 2. Rechtsmacht	15
Afdeling 3. Wijziging van de modaliteiten van de overeenkomst	15
Afdeling 4. De tegenstelbaarheid	15

# ALGEMENE VOORWAARDEN

## BEGRIPSOMSCHRIJVING

Ter verklaring van deze overeenkomst dient men te verstaan onder:

### 1. VERZEKERINGSOVEREENKOMST

De verzekering die de verzekeringnemer met de verzekeraar sluit ten voordele van de hierna omschreven verzekerden.

### 2. VERZEKERINGNEMER

CRELAN NV

### 3. VERZEKERAAR

FIDEA, NV met maatschappelijke zetel in België, Van Eycklei 14, 2018 Antwerpen, RPR 0406.006.069, verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 0033 om alle takken niet-leven, behalve Casco rollend spoorwegmateriaal (tak 4), en om levensverzekeringen, bruidschats- en geboorteverzekeringen al dan niet verbonden met beleggingsfondsen (takken 21,22 en 23) te beoefenen (KB van 4 en 13 juli 1979, BS 14 juli 1979 en KB van 30 maart 1993, BS 7 mei 1993). 733-2483200-30 IBAN : BE15 7332 4832 0030 BIC : KREDBEBB

### 4. SCHADEGEVAL

Elke gebeurtenis die aanleiding geeft tot een door deze overeenkomst gewaarborgde hospitalisatie.

### 5. TOETREDER

De verzekerde die hetzij voor zichzelf (Formule “**Individueel**”), hetzij voor zichzelf en zijn gezinsleden (Formule “**Gezin**”), het voordeel van de verzekering heeft aanvaard krachtens een overeenkomst van toetreding, afgesloten met de verzekeringnemer.

### 6. VERZEKERDEN

Diegene in wiens persoon het risico van hospitalisatie gelegen is en die op het ogenblik van het schadegeval aangesloten is bij de verzekering:

- a) hetzij als toetreders;
- b) hetzij als gezinslid van de toetreders indien deze laatste de Formule “**Gezin**” heeft onderschreven;

op voorwaarde dat deze personen voldoen aan de in deze overeenkomst vastgestelde verzekerbaarheidsvoorwaarden.

Bij schadegeval ontstaat er een rechtstreekse rechtsverhouding tussen de rechtsgeldig aangesloten verzekerden en de verzekeraar.

### 7. GEZINSLID

*Voor de toepassing van deze overeenkomst worden uitsluitend als gezinslid aanzien:*

- a) de door de toetreders opgegeven samenwonende echtgenoot (echtgenote) of partner waarmee hij in vast gezinsverband samenwoont;
- b) de kinderen waarvoor de toetreders of het onder a) vermelde gezinslid kinderbijslag geniet, ook wanneer de toekenning van deze kinderbijslag tijdelijk is geschorst wegens vervulling van legerdienst of burgerdienst door het rechtgevend kind. Deze kinderen zijn zonder meldingsplicht verzekerd;

voor zover deze personen op het ogenblik van het schadegeval daadwerkelijk deel uitmaken van het gezin van de toetreders.

## **8. VERPLEEGINRICHTING**

De wettelijk als ziekenhuis erkende inrichting waar gebruik gemaakt wordt van wetenschappelijk bepaalde diagnostische en therapeutische middelen, doch met uitsluiting van medicopedagogische instellingen, instellingen bestemd voor de gewone herberging van bejaarden, herstellenden of kinderen, rusthuizen en verzorgingstehuizen.

## **9. HOSPITALISATIE**

*Elk medisch noodzakelijk geacht verblijf in een verpleeginrichting:*

- waarvoor tenminste één verpleegdagprijs wordt aangerekend;
- alsook de daghospitalisatie voor een heelkundige ingreep, doch beperkt tot die heelkundige ingrepen die door het R.I.Z.I.V. als maxi- en superforfaits of als forfait A, B, C of D zijn opgenomen in een nominatieve lijst van verstrekkingen.  
Het betreft hier heelkundige ingrepen die ingevolge de medische evolutie ook zonder overnachting in een verpleeginrichting kunnen worden uitgevoerd.

## **10. ONGEVAL**

De plotselinge en toevallige gebeurtenis waardoor de verzekerde een lichamelijk letsel oploopt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken uitwendig is aan zijn organisme en onafhankelijk van zijn wil.

## **11. ZIEKTE**

- Elke niet door een ongeval veroorzaakte aantasting van de gezondheid van de verzekerde met objectieve symptomen die er de diagnose onbetwistbaar van maken,  
*alsook:*
- de opname in een verpleeginrichting omwille van een besmettingsgevaar dat een reële bedreiging vormt voor de gezinsleden van de verzekerde,  
*alsook:*
- de opname in een verpleeginrichting omdat de verzekerde enkel daar de medisch noodzakelijke verzorging kan krijgen.

## **12. PROTHESEN**

De artificiële middelen die in of in contact met het lichaam aangewend worden om de lichamelijke functionele defecten van de patiënt geheel of gedeeltelijk te compenseren.

Voor de toepassing van deze overeenkomst worden niet als prothesen aanzien: brillen, contactlenzen en tandheelkundige middelen, alsook tandheelkundige implantaten.

## **13. WETTELIJKE TUSSENKOMST**

*Elke tegemoetkoming verschuldigd krachtens:*

- de Verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;
- de wetgeving in verband met de arbeidsongevallen;
- de wetgeving in verband met de beroepsziekten;
- de E.U.-wetgeving;
- bilaterale en multilaterale sociale verzekeringsovereenkomsten gesloten door België;
- de vrije verzekering geneeskundige verzorging (kleine risico's).

## **14. VRIJSTELLING**

Deel van de kosten dat steeds ten laste van de verzekerde blijft en waarvan het bedrag is bepaald in Afdeling 3 (Omvang van de Waarborgen) van Hoofdstuk III van deze Algemene Voorwaarden.

## HOOFDSTUK I : DOEL VAN DE VERZEKERING

In geval van hospitalisatie van een verzekerde ingevolge ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling, waarborgt de verzekeraar de uitkering van de in deze overeenkomst omschreven prestaties.

Indien de verzekerde bij een gewaarborgde hospitalisatie ontvanger is van een orgaan, waarborgt de verzekeraar de hospitalisatie die de donor ondergaat om dit orgaan af te staan. Deze uitbreiding geldt mits de donor zijn officiële woonplaats in België heeft. De donor geniet de verzekerde prestaties onder dezelfde voorwaarden en volgens dezelfde modaliteiten als de verzekerde zelf.

## HOOFDSTUK II : VERZEKERBAARHEIDSVoorwaarden

Is verzekerbaar, elke fysieke persoon die op het ogenblik van de aansluiting jonger is dan 65 jaar en zijn officiële woonplaats in België heeft. Eenzelfde persoon kan slechts éénmaal verzekerd worden.

## HOOFDSTUK III : VERZEKERDE PRESTATIES

### Afdeling 1. Wie geniet welke Waarborg?

De toetreders heeft de keuze tussen volgende verzekeringsformules:

#### Wat betreft de verzekerde personen

Formule "Individueel":

indien de toetreders het voordeel van de verzekering uitsluitend voor zichzelf aanvaardt;

of

Formule "Gezin":

indien de toetreders het voordeel van de verzekering voor zichzelf en voor zijn gezinsleden aanvaardt.

#### Wat betreft de verzekerde prestaties

de Waarborg A: "Werkelijke Kosten";

of

de Waarborg B: "Dagvergoeding".

De voor iedere verzekerde toepasselijke waarborg wordt vastgelegd in een toetredingsovereenkomst, afgesloten tussen de verzekeringnemer en de toetreders. Zolang een verzekerde de leeftijd van 64 jaar niet heeft bereikt, kan de gekozen Waarborg A of B worden gewijzigd. Deze wijziging geldt voor schadegevallen die zich voordoen na datum van de wijziging.

Gezinsleden waarvoor geen specifieke waarborgkeuze gebeurde, worden verzekerd overeenkomstig de door de toetreders gekozen waarborg.

## Afdeling 2. Omschrijving van de Waarborgen

### De verzekeringsovereenkomst waarborgt een uitkering volgens:

de Waarborg A: "Werkelijke Kosten";

of volgens

de Waarborg B: "Dagvergoeding"

### 1. Waarborg A: "Werkelijke Kosten"

#### Waarborg A voorziet in een tegemoetkoming voor:

- a) de medisch noodzakelijke en verantwoorde hospitalisatiekosten voor verstrekkingen genoten in een verpleeginrichting d.w.z. de kosten voor verblijf, onderzoek, verpleging, geneesmiddelen, behandeling, heelkundige ingreep, narcose, alsook de honoraria;
- b) de medisch noodzakelijke en verantwoorde kosten voor prothesen, voor zover ze toegediend worden tijdens de hospitalisatie en rechtstreeks in verband staan met de ziekte of het ongeval dat aan de basis ligt van de hospitalisatie;
- c) de pre- en posthospitalisatiekosten, d.w.z. de kosten van de voor- en nabehandeling ten gevolge van een hospitalisatie;
- d) de kosten voor medisch aangepast en noodzakelijk vervoer van en naar de verpleeginrichting, onder de voorwaarden en modaliteiten voorzien in Afdeling 3 van dit hoofdstuk.

### 2. Waarborg B: "Dagvergoeding"

Waarborg B voorziet in een forfaitaire dagvergoeding per dag hospitalisatie, onder de voorwaarden en modaliteiten voorzien in Afdeling 3.

## Afdeling 3. Omvang van de Waarborgen

### 1. Waarborg A: "Werkelijke Kosten"

- a) Hospitalisatiekosten en prothesen

Enkel de kosten waarin de R.I.Z.I.V-nomenclatuur voorziet worden vergoed, ten belope van het verschil tussen de aangerekende kostprijs en de wettelijke tussenkomsten en beperkt tot:

- maximaal driemaal het bedrag voorzien door de barema's der terugbetalingen van het R.I.Z.I.V. (gewoon stelsel) per prestatie voor de medische erelonen, de technische prestaties, voor alle tijdens de hospitalisatie toegediende geneesmiddelen en per medische prothese;
- maximaal anderhalf maal het bedrag voorzien door de barema's der terugbetalingen van het R.I.Z.I.V (gewoon stelsel) voor de andere medische kosten tijdens de periode van hospitalisatie.

Indien de verzekerde niet gerechtigd is op wettelijke tussenkomsten, zal er rekening gehouden worden met een fictieve tussenkomst gelijk aan de terugbetalingen voorzien door de barema's der terugbetalingen van het R.I.Z.I.V. (gewoon stelsel).

Voor een verzekerde die op datum van hospitalisatie 65 jaar of ouder is en tijdens het volledige verblijf gebruik maakt van een ziekenhuiskamer zonder opleg voor de patiënt, is de waarborg zonder enige tijdsbeperking verworven, met uitzondering voor de acute psychische aandoeningen (zie punt 3: Waarborg A en B: "Psychische aandoeningen").

Voor een verzekerde 65-plusser die bij de aanvang of in de loop van de hospitalisatie op eigen verzoek gebruik maakt van een éénpersoons ziekenhuiskamer met opleg voor de patiënt, is de waarborg enkel verworven voor de prestaties verstrekt tijdens de eerste tien hospitalisatiedagen, zelfs als de verzekerde naderhand naar een ziekenhuiskamer zonder oplegzou worden overgebracht.

b) Pre- en posthospitalisatiekosten

Deze kosten worden vergoed in de vorm van een forfaitaire uitkering ten belope van 10 % van de tegemoetkoming voor de hospitalisatiekosten.

c) Kosten van medisch vervoer

Deze kosten worden vergoed ten belope van maximum 250 EUR per kalenderjaar en per verzekerde.

De aldus berekende vergoedingen berekend onder a), b) en c) worden verminderd met een vrijstelling per verzekerde per verzekeringsjaar.

De vrijstelling bedraagt 174 EUR op 1/1/2014 en kan jaarlijks geïndexeerd worden op basis van de evolutie van de index der consumptieprijsen.

Onverminderd de in Afdeling 5 van dit Hoofdstuk voorziene Waarborgbeperkingen, is de waarborg niet verworven voor kosten:

- van huur of aankoop van medisch materiaal;
- voor verblijf bij een gehospitaliseerde verzekerde;
- van privé-aard, zoals dranken, telefoon, T.V., supplementen voor maaltijden, cosmetische producten enz.

## 2. Waarborg B: "Dagvergoeding"

De dagvergoeding wordt verleend per dag verblijf in een verpleeginrichting ten belope van:

- maximum 100 dagen per verzekeringsjaar;

en

- beperkt tot de eerste 10 hospitalisatiedagen indien de verzekerde op datum van de hospitalisatie 65 jaar of ouder is en bij de aanvang of in de loop van de hospitalisatie op eigen verzoek gebruik maakt van een éénpersoonsziekenhuiskamer met opleg voor de patiënt, zelfs als de verzekerde naderhand naar een ziekenhuiskamer zonder opleg zou worden overgebracht.

Het bedrag van de dagvergoeding wordt bepaald in de toetredingsovereenkomst. Wijzigingen worden jaarlijks per brief meegedeeld aan de toetredende.

De vergoedingen worden verminderd met een vrijstelling per verzekerde per verzekeringsjaar.

De vrijstelling bedraagt 174 EUR op 1/1/2014 en kan jaarlijks geïndexeerd worden op basis van de evolutie van de index der consumptieprijsen.

## 3. Waarborg A en B: "Psychische Aandoeningen"

Hospitalisaties ingevolge acute psychische aandoeningen zijn slechts gewaarborgd voor in totaal maximum 100 verpleegdagen gedurende het leven van de verzekerde.

Dit maximum aantal verpleegdagen wordt gezien per ziektebeeld. Voor hospitalisaties ingevolge een ander ziektebeeld is de waarborg van 100 verpleegdagen opnieuw verworven.

Hospitalisaties ingevolge chronische of geriatrische psychische aandoeningen zijn niet gewaarborgd.



## Afdeling 4. Algemene waarborgbeperkingen

### 1. De waarborg is niet van toepassing indien:

- a) de hospitalisatie een aanvang nam tijdens de in Afdeling 2 van Hoofdstuk IV bepaalde wachttijd;
- b) de hospitalisatie een gevolg is van een bestaande toestand (ziekte, ongeval) waarvoor men reeds gehospitaliseerd werd en/of onder medische behandeling stond in de periode van 2 jaar voor de aansluiting:

Onder het begrip "medische **behandeling**" wordt in deze rubriek onder meer verstaan:

- \* behandelingen met geneesmiddelen, kinesitherapie, acupunctuur, rustkuren en dergelijke welke voorgeschreven werden door een arts;
- \* ziekenhuisopnames, chirurgische ingrepen, lasertherapie, enz.;
- \* diagnosestellende onderzoeken al of niet gevolgd door een behandeling met geneesmiddelen of therapie, enz.;
- \* opvolgingsonderzoeken (o.a. bloedonderzoek, radiologisch onderzoek, scanneronderzoek, echografie, enz.) om een bestaande aandoening te kunnen volgen of opvolgingsonderzoeken naar aanleiding van een behandeling van een vroegere aandoening ook al wordt er bij dit onderzoek geen verdere behandeling voorgesteld.

Deze opsomming wordt ter verduidelijking bij wijze van voorbeeld gegeven en is dus niet limitatief.

Preventieve onderzoeken waarbij geen aandoening wordt vastgesteld die medische begeleiding vereist, worden in deze rubriek niet aanzien als een medische behandeling.

Hospitalisaties voortspruitend uit een bestaande toestand zoals hierboven beschreven zijn echter opnieuw gewaarborgd indien men hiervoor in de periode van vijf jaar, te rekenen vanaf de aansluiting, niet meer werd gehospitaliseerd;

- c) de hospitalisatie een gevolg is van ziekte of ongeval:
  - \* voortvloeiend uit een oorlogsfeit: indien de verzekerde evenwel tijdens een reis in het buitenland verrast wordt door het uitbreken van een oorlogstoestand, blijft de waarborg gedurende de eerste 14 dagen van de vijandelijkheden verworven;
  - \* overkomen ten gevolge van burgerlijke onlusten of oproer, behalve wanneer de verzekerde er niet actief aan heeft deelgenomen;
  - \* die zijn oorzaak vindt in een door de verzekerde als dader of mededader opzettelijk gepleegde misdaad of wanbedrijf;
  - \* die het gevolg is van radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire brandstoffen of producten of radioactieve afvalstoffen, of die rechtstreeks voortspruit uit ioniserende stralingen, met uitzondering van de medische toepassing van atoomkernen;
  - \* voortvloeiend uit de uitoefening van een betaalde sportactiviteit in competitieverband, met inbegrip van de training;
  - \* die het gevolg is van een opzettelijke handeling van de verzekerde (behalve bij redding van personen en goederen) of van een door de verzekerde bewust gestelde roekeloze daad.

### 2. De waarborg is evenmin verworven in geval van hospitalisatie:

- a) ingevolge een ongeval overkomen wanneer de verzekerde in staat van dronkenschap verkeerde of in een gelijkaardige staat ingevolge het gebruik van verdovende, hallucinerende of andere geestesverminderende of geestesverruimende producten of een volgens de Belgische wetgeving strafbare alcoholintoxicatie vertoonde, tenzij verzekerde bewijst dat er geen oorzakelijk verband is tussen deze gronden van uitsluiting en het schadegeval;
- b) ingevolge een ziekte voortvloeiend uit een overmatig gebruik van alcoholhoudende dranken of van verdovings-, hallucinerende of andere geestesverruimende of geestesverminderende middelen, tenzij verzekerde bewijst dat het gebruik van deze middelen medisch verantwoord is;
- c) ingevolge een ontwenningsskuur, tenzij verzekerde bewijst dat de ontwenningsskuur het uitsluitend gevolg is van een langdurig en medisch noodzakelijk gebruik van pijnstillers, slaapmiddelen of andere medicatie die voorgeschreven werd(en) naar aanleiding van een heelkundig ingrijpen en in oorzakelijk verband met dit heelkundig ingrijpen;

- d) ingevolge een congenitale aandoening van een verzekerd kind, dat minder dan zes maanden na de datum waarop de toetreders de formule gezin heeft onderschreven is geboren, tenzij de ouder van dit kind pas na de geboorte ervan deel is gaan uitmaken van het gezin van de toetreders.

3. **Zijn evenmin gewaarborgd:**

- kosten van en/of hospitalisaties wegens tandheelkundige behandelingen, tandheelkundige middelen en implantaten, keratotomie, schoonheidsgerichte behandelingen, preventieve sterilisatie, contraceptie, kunstmatige inseminatie, bevruchting in vitro, behandeling van seropositiviteit of AIDS en haar gevolgen, chronische of geriatrische psychiatrie, acupunctuur, thermale kuren, bezigheidstherapie, levende cellen-therapie, brillen en contactlenzen.

## HOOFDSTUK IV : BEGIN, DUUR EN EINDE VAN DE WAARBORG

### Afdeling 1. Aanvang, duur, hernieuwing en stopzetting van de aansluiting

#### 1. Aanvang en duur van de aansluiting

De aansluiting van de verzekerde vangt aan op de datum vermeld op het toetredingsformulier en heeft uitwerking tot 31 december van het lopende kalenderjaar op voorwaarde dat de toetreders de verschuldigde bijdrage heeft betaald aan de verzekeringnemer.

Indien de toetreders voor een betalingsfaciliteit opteerde en er een gedeelte van de verschuldigde bijdrage onbetaald bleef, vervalt de aansluiting evenwel van rechtswege op de 17e dag, te rekenen vanaf de datum van afgifte ter post van de aangetekende brief waarbij de verzekeringnemer de toetreders aan het onbetaald gebleven van de bijdrage heeft herinnerd.

#### 2. Stilzwijgende hernieuwing van de aansluiting en stopzetting van de aansluiting

Mits betaling van de door de verzekeringnemer vastgestelde jaarlijkse bijdrage wordt de aansluiting jaarlijks op 1 januari stilzwijgend hernieuwd overeenkomstig de op dat ogenblik geldende Algemene Voorwaarden, tenzij de toetreders zich minstens één maand voor de jaarlijkse vervaldag door opzegging tegen deze hernieuwing heeft verzet. Deze opzegging kan geschieden in elk plaatselijk kantoor van de verzekeringnemer.

De toetreders zal met een aangetekende brief herinnerd worden aan de vervaldag van de niet-betaalde bijdrage. Bij gebreke aan betaling binnen een termijn van 16 dagen vanaf de afgifte ter post van deze brief, wordt de aansluiting als niet hernieuwd aanzien.

### Afdeling 2. Wachttijden

De wachttijd is een eenmalige periode die per verzekerde ingaat op zijn aansluitingsdatum. Tijdens deze periode wordt er geen waarborg verleend.

Deze wachttijd vangt aan op de datum waarop de aansluiting van de verzekerde begint te lopen. Hij bedraagt drie maanden in geval van hospitalisatie wegens ziekte en acht maanden in geval van hospitalisatie wegens bevalling. Bij hospitalisatie ingevolge ongeval is geen wachttijd voorzien.

Een verzekerde die naar aanleiding van het verlies van zijn hoedanigheid van verzekerde in een toetreding, meteen aansluitend hierop in een nieuwe toetreding verzekerd wordt, zal in deze laatste toetreding niet opnieuw de wachttijden dienen te vervullen.

### Afdeling 3. Einde van de Waarborg

#### De Waarborg eindigt van rechtswege:

1. zodra de verzekerde niet meer zijn officiële woonplaats in België heeft;
2. bij verlies van de hoedanigheid van verzekerde:
  - hetzij bij gebreke aan hernieuwing van de aansluiting door de toetreders;
  - hetzij omdat de verzekerde niet meer beantwoordt aan de in de Begripsomschrijving gegeven definitie van "**Gezinslid**" (bv. : niet meer inwonend of zodra een verzekerd kind geen recht meer geeft op kinderbijslag).

Een kind is niet langer verzekerd vanaf 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin het kind het recht op kinderbijslag verliest.

Elke ononderbroken hospitalisatie die aanvang nam voor het verlies van de hoedanigheid van verzekerde, blijft evenwel gewaarborgd, dit gedurende een periode van maximum 180 dagen;

3. onverminderd het hierna bepaalde verval van recht: in geval van fraude of poging tot fraude bij schadeaanfite, door een verzekerde als dader of medeplichtige gepleegd of indien de verzekerde zijn verplichtingen, ontstaan door het schadegeval, niet is nagekomen met de bedoeling om de verzekeraar te misleiden. In geen geval kan deze verzekerde, in welke hoedanigheid ook, opnieuw bij de verzekering aansluiten;
4. bij beëindiging van onderhavige overeenkomst door de verzekeringnemer en/of de verzekeraar. De verzekeraar verbindt er zich evenwel toe ononderbroken hospitalisaties, die een aanvang namen voor deze beëindiging, nog gedurende 180 kalenderdagen te waarborgen.
5. Wanneer de aangeslotene de polis persoonlijk voortzet in de zin van het Hoofdstuk V van deze voorwaarden, zullen schadegevallen die een aanvang hebben genomen vóór het tijdstip waarop de verzekerde het voordeel van deze polis verliest, afgehandeld worden volgens de voorwaarden van deze polis.

## **HOOFDSTUK V : PERSOONLIJK VOORTZETTEN VAN DE VERZEKERING**

De aangeslotene die het voordeel van deze verzekeringsovereenkomst verliest, heeft het recht deze verzekeringsovereenkomst individueel verder te zetten, op voorwaarde dat de hoofdverzekerde gedurende de twee jaar die aan het verlies van deze verzekering voorafgaat, ononderbroken aangesloten was bij één of meer opeenvolgende polissen hospitalisatieverzekering bij een verzekeringsonderneming. Dit recht bestaat niet wanneer de aangeslotene deze collectieve (beroepsgebonden) polis vrijwillig verlaat of in geval van bedrog.

De verzekeringnemer of indien van toepassing, de curator of de vereffenaar, brengt de hoofdverzekerde ten laatste dertig dagen na het beëindigen van de aansluiting schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het precieze tijdstip van beëindiging en de mogelijkheid om de overeenkomst individueel verder te zetten.

Het verzoek tot persoonlijk voortzetten moet de verzekeraar bereiken binnen een termijn van 105 dagen na het verlies van het voordeel van deze verzekering. De voortzetting wordt zonder medische formaliteiten aanvaard. Eventuele uitsluitingen en bijpremies die van toepassing zijn voor de collectieve (beroepsgebonden) hospitalisatieverzekering blijven evenwel behouden. Er is geen nieuwe wachttijd.

Voor de voortgezette hospitalisatieverzekering gelden de voorwaarden van de individuele hospitalisatieverzekering die op dat ogenblik van toepassing zijn. De individuele hospitalisatieverzekering biedt minstens waarborgen die gelijksoortig zijn met de waarborgen van deze verzekering.

Het tarief dat in de voortgezette hospitalisatieverzekering wordt toegepast, is het tarief van de individuele hospitalisatieverzekering, dat overeenstemt met de leeftijd van de aangeslotene op het ogenblik van de voortzetting.

De individuele verzekeringsovereenkomst begint op de eerste dag die volgt op het einde van de aansluiting bij de collectieve (beroepsgebonden) verzekeringsovereenkomst.

## **HOOFDSTUK VI : WERELDWIJDE WAARBORG**

De verzekering is geldig in de hele wereld voor zover:

- het verblijf van een verzekerde in het buitenland het karakter heeft van een tijdelijk verblijf van maximaal zes maanden;
- en de verzekerde d.m.v. een attest van de arts, gevestigd op de plaats waar de medische zorgen verstrekt werden, aantoont dat de hospitalisatie in het buitenland acuut en dringend noodzakelijk was en een terugreis naar België om medische redenen niet aangewezen was.

De tegemoetkomingen van de verzekeraar worden berekend alsof de verzekerde prestaties in België werden geleverd.

De waarborg is niet verworven indien de verzekerde zich op het ogenblik dat de medische verzorging noodzakelijk is, in België bevindt en afreist naar het buitenland om zich daar te laten behandelen, tenzij de verzekerde bewijst dat behandeling in België niet mogelijk was.

Bij schadegeval ontstaat er een rechtstreekse rechtsverhouding tussen de verzekeraar en de verzekerde.

### **Afdeling 1. Vrije keuze**

**De verzekerde heeft steeds de vrije keuze:**

- van geneesheer, voor zover deze wettelijk gemachtigd is zijn beroep uit te oefenen;
- van verpleeginrichting zoals bepaald in deze Algemene Voorwaarden.

De verzekerde heeft eveneens het recht een één- of tweepersoonskamer naar keuze te nemen, met inachtneming van de in Afdeling 3 van Hoofdstuk III voorziene Waarborgbegrenzing voor 65-plussers.

### **Afdeling 2. Verplichtingen van de verzekerde**

Om rechtsgeldig te zijn moeten alle mededelingen met betrekking tot het schadegeval aan de verzekeraar worden gericht.

#### **1. Aangifte van het schadegeval**

De verzekerde moet binnen de 15 dagen na de eerste dag van de hospitalisatie of zo spoedig als redelijkerwijze mogelijk, het schadegeval aan de verzekeraar meedelen.

#### **2. Mededeling van stukken**

Op vraag van de verzekeraar dient de verzekerde onverwijld alle documenten, getuigschriften en verslagen ter staving van zijn hoedanigheid van verzekerde en van zijn recht op de verzekerde prestaties over te maken, dit binnen de dertig dagen na de aanvraag.

De originele onkostennota's die aanleiding kunnen geven tot een tegemoetkoming moeten door de verzekerde zo spoedig mogelijk na ontvangst, en ten laatste drie maand na afloop van het kalenderjaar waarin de hospitalisatie een einde nam, aan de verzekeraar worden verstuurd.

Inzonderheid dient de verzekerde die de waarborg "**Werkelijke Kosten**" geniet elk aanvullend bewijsstuk omtrent de aard en nomenclatuurcodes van de verstrekkingen, tussenkomst van de ziekenkas, opleg patiënt, data van de verstrekkingen enz., dat de verzekeraar nodig acht, mee te delen. Ook dient hij de verzekeraar in kennis te stellen van alle tegemoetkomingen waarop hij aanspraak kan maken krachtens een andere verzekeringsovereenkomst.

#### **3. Medische controle**

De verzekerden zijn steeds verplicht een onderzoek door een controlerende geneesheer van de verzekeraar toe te staan.

Op verzoek van de verzekeraar zullen zij hun behandelende arts machtigen om aan de controlerende geneesheer van de verzekeraar vertrouwelijk alle dienstige inlichtingen te verstrekken aangaande hun huidige en vroegere gezondheidstoestand.

#### **4. Gevolgen van het schadegeval voorkomen en beperken**

De verzekerde dient alle nodige maatregelen voor zijn herstel te nemen en de voorgeschreven behandelingen na te leven. Behoudens schriftelijk akkoord van de verzekeraar, zal hij zich onthouden van enige afstand van verhaal ten gunste van een voor het schadegeval aansprakelijke derde.

### **Afdeling 3. Verval van recht**

Bij niet-naleving van de in Afdeling 2 van dit hoofdstuk bepaalde verplichtingen, kan de verzekeraar haar prestaties beperken in verhouding tot het door haar geleden nadeel. Zo de verzekerde zijn verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen, zal de verzekeraar dekking weigeren.

### **Afdeling 4. Medische betwisting**

Bij verschil van mening tussen de controlerende geneesheer van de verzekeraar en de verzekerde of zijn behandelende arts, kunnen de partijen in gemeenschappelijk overleg een derde geneesheer aanduiden om als scheidsrechter bij de betwisting op te treden, onverminderd het recht van de verzekerde om onmiddellijk een rechtsvordering in te stellen.

De beslissing van de derde-geneesheer is bindend en onherroepelijk.

De kosten en het ereloon van de derde geneesheer wordt door de partijen elk voor de helft gedragen. Indien de derde geneesheer evenwel het standpunt van de verzekerde of van zijn behandelende arts bevestigt, zal de verzekeraar de door de verzekerde gedragen helft van deze kosten en erelonen terugbetalen.

### **Afdeling 5. Betaling van de verzekerde prestaties**

De verzekeraar zal binnen de 15 dagen na ontvangst van de nodige bewijsstukken of, bij betwisting, binnen de 15 dagen na beslechting van het geschil, de in uitvoering van deze overeenkomst verschuldigde prestaties betalen door storting op het rekeningnummer van de verzekerde.

### **Afdeling 6. Subrogatie van rechten**

De verzekeraar treedt van rechtswege in de rechten die de verzekerde kunnen toebehoren tegen enige derde die voor het schadegeval aansprakelijk is, dit ten belope van de door haar uitgekeerde prestaties.

De verzekeraar ziet echter af van verhaal op de bloedverwanten in de rechte opgaande of neerdalende lijn, de echtgenoot en de aanverwanten in rechte lijn van de verzekerde en de bij hem inwonende personen, zijn gasten en zijn huispersoneel, behoudens kwaad opzet of voor zover de aansprakelijkheid van deze personen daadwerkelijk door een verzekeringsovereenkomst is gedekt.

### **Afdeling 7. Betwistingen en gerechtelijke procedures**

Alle betwistingen en gerechtelijke procedures in verband met de interpretatie en toepassing van de in deze overeenkomst voorziene waarborgen dienen uitsluitend afgehandeld te worden met of gevoerd te worden tegen de verzekeraar, met uitsluiting van de verzekeringnemer.

### **Afdeling 1. Aanvangsdatum en duurtijd van de verzekeringsovereenkomst**

Onderhavige verzekeringsovereenkomst wordt gesloten voor de periode van 1 januari 1995 tot en met 31 december 1995. Bij het verstrijken van deze periode wordt zij stilzwijgend verlengd voor opeenvolgende periodes van één jaar.

De verzekeringnemer en de verzekeraar hebben het recht om door opzegging een einde te stellen aan de overeenkomst die zij met elkaar sloten, mits kennisgeving bij aangetekend schrijven dat uiterlijk drie maanden voor het verstrijken van de lopende verzekeringsperiode ter post is afgegeven.

### **Afdeling 2. Rechtsmacht**

Alle betwistingen in verband met de onderhavige overeenkomst, behoren tot de bevoegdheid van de Belgische Rechtbanken.

### **Afdeling 3. Wijziging van de modaliteiten van de overeenkomst**

De rechten van de verzekerden worden beheerst door de Algemene Voorwaarden van het kalenderjaar waarin het gewaarborgde schadegeval zich voordoet. Een exemplaar van deze Algemene Voorwaarden zal in elk plaatselijk kantoor van de verzekeringnemer ter inzage van de verzekerden worden gehouden.

De verzekeringnemer zal de verzekerden bij eenvoudige brief in kennis stellen van een wijziging van de Algemene Voorwaarden, dit uiterlijk twee maanden voor het verstrijken van het lopende kalenderjaar. Tevens zal de verzekeringnemer aan de toetreders het recht verlenen om door opzegging af te zien van de hernieuwing van hun aansluiting binnen de 30 dagen na kennisneming van deze wijziging.

### **Afdeling 4. De tegenstelbaarheid**

Alle excepties eigen aan de verzekeringsovereenkomst en waarop de verzekeraar zich tegen de verzekeringnemer kan beroepen, zijn tegenstelbaar aan de verzekerden.