

Hospitalisatie Plus

Algemene voorwaarden

Maatschappelijke zetel
Henri Matisselaan 16, 1140 Brussel
T +32 2 728 91 11 F +32 2 728 91 00
H.R.B. 338.151

Zetel Antwerpen
Desguinlei 92, 2018 Antwerpen
T +32 3 244 66 88 F +32 3 244 66 87
H.R.A. 1139

320-0065438-33
E info@inginsurance.be
www.inginsurance.be

INHOUDSTAFEL

LEXICON	3
----------------------	---

WAARBORGEN

1. Omschrijving van de waarborgen	7
1.1 Hospitalisatie	7
1.2 Ambulante zorgen vóór en na hospitalisatie	8
1.3 Ambulante zorgen bij zware ziekten	8
1.4 Palliatieve zorgen	9
1.5 Bijstand	9
1.5.1. In België.....	9
1.5.2. In het buitenland	10
1.5.3. Psychologische bijstand	11
2. Vrije keuze.....	12
3. Kinderen	12
4. Uitsluitingen en verval.....	12
5. Territoriale geldigheid	13
6. Maximumbedrag.....	13

SCHADE

7. Schaderegeling in België.....	14
7.1 Aangifte.....	14
7.2 Terugbetaling.....	14
8. Schaderegeling in het buitenland	15
8.1 Aangifte.....	15
8.2 Terugbetaling.....	15
8.3 Repatriëring van de verzekerde	15
9. Rechtstreekse betaling	15
10. Medische opvolging.....	16
11. Betwistingen.....	16

ALGEMENE BEPALINGEN

12. Begin, duur en einde van de verzekering.....	17
12.1 Begin van de verzekering	17
12.2 Duur van de verzekering	17
12.3 Einde van de verzekering	17
13. Premie.....	18
13.1 Indexatie van de premie.....	18
13.2 Niet-betaling premie.....	18
13.3 Einde van de schorsing.....	19
14. Wijziging van de voorwaarden en het tarief	19
15. Belastingen en kosten.....	19
16. Mededelingsplicht.....	19
16.1 Opzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens.....	20
16.2 Onopzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens.....	20
16.3 Soortgelijke verzekeringen	20
17. Niet-naleving contractuele verplichtingen.....	20
18. Aansprakelijke derde	21
19. Suppletiviteitsclausule.....	21
20. Correspondentie.....	21
21. Ombudsdienst.....	21

LEXICON

Ambulante zorgen

De geneeskundige zorgen die zijn opgenomen in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, waarvoor een rangnummer wordt gebruikt dat voorbehouden is voor een niet in een *ziekenhuis* opgenomen rechthebbende en die uitgevoerd en gefactureerd worden conform alle wettelijke en reglementaire bepalingen.

Voor homeopathie, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie geldt dat de zorgen moeten voorgeschreven worden door een erkend geneesheer en verstrekt door een erkend zorgverlener.

Begunstigde(n)

Degene(n) in wiens voordeel de verzekeringsprestaties bedongen zijn.

Bezoldigd sportbeoefenaar

De sportbeoefenaar die zich voorbereidt op, of deelneemt aan, een sportmanifestatie en die hiervoor een vergoeding krijgt die de aan de sportbeoefening verbonden kosten aanmerkelijk overtreft.

Bijstandsverlener

Organisatie die door de *maatschappij* wordt gecontracteerd om in haar plaats diensten te leveren en kosten terug te betalen.

Contract

Het contract wordt gevormd door de inhoud van de Algemene Voorwaarden, de Bijzondere Voorwaarden en eventuele bijvoegsels.

Geneesmiddelen

De door het bevoegde ministerie geregistreerde farmaceutische producten, voorgeschreven door een erkend geneesheer en afgeleverd door een erkende apotheker.

Voor homeopathische middelen geldt dat ze moeten voorgeschreven zijn door een erkend geneesheer en afgeleverd worden door een in België gevestigde en erkende apotheker.

Hospitalisatie

Het medisch noodzakelijk verblijf in een *ziekenhuis* dat tenminste één volledige nacht bedraagt.

Het medisch noodzakelijk verblijf in een *ziekenhuis* of dagziekenhuis dat geen volledige nacht bedraagt en aanleiding geeft tot het aanrekenen van een daghospitalisatievergoeding of forfait, inclusief forfait gipskamer.

Kraamhulp

Huishoudelijke hulp alsook hygiënische verzorging van moeder en baby, na een *thuis-of poliklinische bevalling*, verleend door een erkend centrum voor kraamhulp. Deze hulp wordt geleverd gedurende de kraambepdperiode en maximaal 12 dagen na de bevallingsdatum.

Maatschappij

De verzekeringsonderneming bij wie het *contract* wordt onderschreven: ING Insurance nv, maatschappelijke zetel Henri Matisselaan 16, 1140 Brussel; verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 0051

Medische hulpmiddelen

Worden als dusdanig beschouwd indien voorgeschreven door een geneesheer :

- brillenglazen, contactlenzen
- hoorapparaten
- breukbanden, orthopedische zolen en lumbostaten
- de huur van krukken en rolstoelen
- de huur van aërosolapparaten

Komen niet voor terugbetaling in aanmerking: de vervangings-, onderhouds-, en herstellingskosten, alsook de wisselstukken.

Mortuariumkosten

Kosten van bewaring van een overledene in het rouwcentrum van het *ziekenhuis*.

Ongeval

Iedere plotselinge en abnormale gebeurtenis die een lichamelijk letsel bij de *verzekerde* tot rechtstreeks gevolg heeft en voorzover de oorzaak of één van de oorzaken van dit letsel buiten het lichaam van de *verzekerde* ligt.

Orthese

Een orthopedisch apparaat aangebracht om de ledematen te beschermen, te steunen, te immobiliseren of te corrigeren.

Komen niet voor terugbetaling in aanmerking : de vervangings-, onderhouds-, en herstellingskosten, alsook de wisselstukken.

Palliatief zorgforfait

Forfaitaire tegemoetkoming van de ziekteverzekering voor palliatieve thuispatiënten zoals voorzien in het KB van 2 december 1999.

Palliatieve zorgen

De pluridisciplinaire hulp en bijstand om globaal tegemoet te komen aan de fysische, psychische en spirituele noden van terminale patiënten met een levensbedreigende *ziekte* die niet langer op curatieve therapieën reageren.

Poliklinische bevalling

Bevalling met kort ziekenhuisverblijf van maximaal 2 nachten.

Prothese

Een apparaat dat de functie van een lidmaat of orgaan geheel of gedeeltelijk vervangt. Het functieverlies moet het gevolg zijn van een heelkundige ingrijpen, van een neurologisch of traumatisch letsel.

Komen niet voor terugbetaling in aanmerking: de vervangings-, onderhouds-, en herstellingskosten, alsook de wisselstukken.

Psychische en psychosomatische aandoeningen

De aandoeningen die terug te vinden zijn in de meest recente medische leidraad Diagnostic and Statistical Manual.(DSM IV, Diagnostische criteria van de American Psychiatric Association).

Thuisbevalling

Bevalling buiten het *ziekenhuis* onder deskundige begeleiding van een bevoegd erkend geneesheer of vroedvrouw.

Vervoerkosten

De kosten van vervoer bij spoedopname per wettelijk erkend ziekenvervoer, alsook de overbrenging naar een ander *ziekenhuis* tijdens de periode van *hospitalisatie*.

Verzekerde(n)

De persoon, vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, op wie de waarborg van toepassing is.

Verzekeringsjaar

De periode van 12 maanden die aanvangt op de jaarlijkse hoofdvervaldag van het *contract*.

Verzekeringnemer

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die het *contract* afsluit.

Vrijstelling

Het deel van de terugbetaalbare kosten dat ten laste blijft van de *begunstigde* en waarvan het bedrag in de Bijzondere voorwaarden is vastgelegd.

De vrijstelling wordt , voor de waarborgen "*Hospitalisatie*" en "*Ambulante zorgen vóór en na hospitalisatie*", éénmaal per jaar toegepast per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*, behoudens de volgende gevallen waarbij slechts één vrijstelling wordt afgetrokken :

- wanneer verschillende *verzekerden* van éénzelfde gezin betrokken zijn in éénzelfde *ongeval*;
- ingeval van bevalling wordt er voor de kosten van het kind geen vrijstelling afgetrokken voor de periode dat moeder en kind samen in het *ziekenhuis* verblijven;
- voor een schadegeval dat doorloopt in een volgend *verzekeringsjaar*.

De vrijstelling geldt niet voor de waarborgen "*Ambulante zorgen bij zware ziekten*" , "*Palliatieve zorgen*" en "*Bijstand*".

Wettelijke vergoeding

Indien de *verzekerde* een werknemer, ambtenaar of militair is, komt de vergoeding overeen met iedere wettelijke tussenkomst die voor de betrokken medische of andere kosten wordt voorzien door de Belgische Sociale Wetgeving.

Onder Belgische Sociale Wetgeving van toepassing op werknemers, op ambtenaren of op militairen, bij ziekte of *ongeval* wordt verstaan:

- de wetgeving betreffende de Verplichte Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit;
- de wetgeving betreffende de arbeidsongevallen;
- de wetgeving betreffende de beroepsziekten.

Indien de *verzekerde* een zelfstandige is, wordt voor de bepaling van de wettelijke vergoeding aangenomen dat de *verzekerde* bij een mutualiteit is aangesloten en verzekerd is voor de verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (grote risico's).

In dit stelsel wordt bovendien aangenomen dat de bijdrage – betalingen werden uitgevoerd en dat een eventuele wachttijd reeds voorbij is.

Als wettelijke tussenkomst wordt verstaan:

- voor de kosten gemaakt in België : elke terugbetaling waarop men in de Belgische Sociale Wetgeving aanspraak kan maken in het toepasselijk stelsel
- voor de kosten gemaakt in het buitenland : de terugbetaling voorzien door een met het betrokken land gesloten verdrag of bij ontstentenis daarvan, het bedrag van de terugbetaling in België, indien de Belgische Sociale Zekerheid van toepassing zou zijn.

Als de *verzekerde* geen rechten kan doen gelden in de Belgische Sociale Wetgeving, wordt voor de bepaling van de wettelijke vergoeding aangenomen dat de *verzekerde* tussenkomsten geniet in het stelsel van werknemer.

Indien de *verzekerde*-zelfstandige geen verzekering 'kleine risico's' heeft en dus voor een waarborg van het *contract* geen recht heeft op de voorziene wettelijke tegemoetkomingen, worden de verzekerde prestaties in het kader van die waarborg terugbetaald aan 50%.

Ziekenhuis

Een door de bevoegde overheid, conform de wet op de ziekenhuizen, als ziekenhuis erkende (openbare of privé-) instelling.

Worden niet als dusdanig beschouwd:

- De gespecialiseerde afdelingen binnen een ziekenhuis die in het bezit zijn van een speciale erkenning als rust- en verzorgingstehuis;
- De psychiatrische gezinsverpleging;
- De plaatsen van beschut of beschermd wonen en de doorgangtehuizen;
- De psychiatrische verzorgingstehuizen;
- De medisch-pedagogische inrichtingen;
- De inrichtingen uitsluitend bedoeld om bejaarden, herstellenden of kinderen te herbergen;
- De inrichtingen hoofdzakelijk bestemd voor kuurbehandelingen.

Ziekte

Iedere niet door een *ongeval* veroorzaakte aantasting van de fysieke of mentale gezondheid, vastgesteld door een geneesheer die wettelijk gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen.

WAARBORGEN

1. Omschrijving van de waarborgen

1.1 *Hospitalisatie*

Bij *hospitalisatie* van de *verzekerde* tengevolge van een *ziekte*, *ongeval*, zwangerschap of bevalling, waarborgt de *maatschappij* de terugbetaling van de kosten die **tijdens** het verblijf voor de medisch noodzakelijke prestaties werden gemaakt.

Worden terugbetaald :

- de verblijfskosten van de *verzekerde* in het *ziekenhuis*;
- de medische erelonen en technische prestaties;
- toedienende *geneesmiddelen*;
- *vervoerkosten*;
- *prothesen*, *orthesen* en *medische hulpmiddelen* voor zover ze voorgeschreven zijn door een geneesheer;
- tandextracties uitgevoerd onder volledige narcose;
- de tandbehandelingen tengevolge van een *ongeval* of ziekte, met uitzondering van de behandeling van zuiver dentale, paradontale en orthodontische aandoeningen.
Bij in dit kader verzekerde tandbehandelingen is er een tussenkomst voor tandprothesen en tandmateriaal met een maximum van 750,00 EUR per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*, op voorwaarde dat het behandelingsplan vooraf werd goedgekeurd door de raadsgeneesheer van de *maatschappij*.
- de kosten van de opname en de heelkundige ingreep bij maxillofaciale heelkunde(kaakchirurgie), met uitsluiting van alle orthodontische vaste apparatuur.
- de behandeling van *psychische en psychosomatische aandoeningen* : er is terugbetaling voorzien gedurende een al dan niet aaneensluitende hospitalisatieperiode van maximum 2 jaar gespreid over de volledige duurtijd van het *contract*;
- homeopathische behandelingen, acupunctuur, chiropraxie, osteopathie.
- de paramedische behandelingen zoals kinesitherapie, fysiotherapie en logopedie indien voorgeschreven door een geneesheer.

Daarnaast waarborgt de *maatschappij* ook volgende prestaties:

- de overnachting alsook de genuttigde maaltijden in het *ziekenhuis*, van één van de ouders of de wettelijke voogd in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind voorzover de *verzekerde* jonger is dan 14 jaar en op voorwaarde dat deze kosten op de wettelijke ziekenhuisfactuur worden vermeld;
- de hospitalisatiekosten van een donor bij transplantatie ten gunste van de *verzekerde*, op voorwaarde dat deze kosten rechtstreeks verband houden met de donatie; de verwantschap tussen de donor en de *verzekerde* is niet vereist
- *mortuariumkosten* , voorzover zij op de wettelijke ziekenhuisfactuur worden vermeld;
- *de kosten bij thuisbevalling*;
- *kraamhulp*, zowel bij *poliklinische-* als *thuisbevalling*, ten belope van max 400,00 EUR;
- de reconstructieve plastisch-esthetische behandelingen tengevolge van een *verzekerde* ziekte of *ongeval*;
- de niet-reconstructieve plastisch-esthetische behandelingen met functioneel karakter, voor zover het RIZIV de behandeling heeft goedgekeurd. De ereloon-supplementen worden niet vergoed evenmin als de materialen waarvoor geen RIZIV-tussenkomst is voorzien.

1.2 Ambulante zorgen vóór en na hospitalisatie

Deze waarborg is van toepassing indien de vermelde kosten rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de *hospitalisatie*.

Gedurende de periode van twee maanden vóór en zes maanden ná een gewaarborgde *hospitalisatie* worden volgende ambulante kosten terugbetaald:

- de medische erelonen en technische prestaties;
- toegediende *geneesmiddelen*;
- *prothesen, orthesen* en *medische hulpmiddelen* voor zover ze voorgeschreven zijn door een geneesheer;
- de tandbehandelingen die rechtstreeks verband houden met een gewaarborgde *hospitalisatie*;
- de behandelingen in het kader van *psychische en psychosomatische aandoeningen* op voorwaarde dat het behandelingsplan door de raadsgeneesheer van de *maatschappij* vooraf werd goedgekeurd;
- homeopathische behandelingen, acupunctuur, chiropraxie, osteopathie;
- de paramedische behandelingen zoals kinesitherapie, fysiotherapie en logopedie indien voorgeschreven door een geneesheer.

1.3 Ambulante zorgen bij zware ziekten

De *ambulante zorgen*, die rechtstreeks in verband staan met de hiernavolgende *ziekten*, worden terugbetaald, na bevestiging van de diagnose.

De terugbetaling van deze kosten gebeurt zelfs buiten de periode van vóór-en nahospitalisatie en zonder dat er een *hospitalisatie* vereist is.

ZIEKTEN	DIAGNOSE DOOR
Kanker, leukemie, ziekte van Hodgkin	Anatomopathologisch onderzoek
Multiple sclerose, ziekte van Parkinson, Bacteriële meningitis, ziekte van Alzheimer, amyotrofe laterale sclerose, Progressieve spierdystrofieën, encefalitis	Specialist in zenuwziekten
Ziekte van Creutzfeldt-Jacob	Neuroloog
Virale hepatitis	Biologisch onderzoek
Aids	Specialist in inwendige ziekten
Mucoviscidose	Specialist in de kindergeneeskunde
Tuberculose	Specialist in de longziekten
Diabetes	Specialist in inwendige ziekten
Nierdialyse	Nefroloog-specialist
Ziekte van Crohn	Specialist in inwendige ziekten

Ook volgende uitzonderlijk voorkomende *ziekten* worden verzekerd:

ZIEKTEN	DIAGNOSE DOOR
Tetanos, vlektyfus, buiktyfus, paratyfus, Cholera, malaria, difterie of Poliomyelitis, miltvuur	Biologisch onderzoek

1.4 Palliatieve zorgen

Palliatieve zorgen die worden verleend in een erkende palliatieve ziekenhuisdienst komen in aanmerking voor terugbetaling.

Voor palliatieve thuiszorg wordt er een bedrag van 250,00 EUR uitgekeerd. Dit bedrag kan aangewend worden voor *geneesmiddelen*, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen. Voorwaarde om van deze tussenkomst te kunnen genieten is een erkenning van het *palliatief zorgforfait*.

1.5 Bijstand

1.5.1. In België

Om van de onderstaande diensten in België gebruik te kunnen maken dient de *verzekerde* steeds rechtstreeks contact op te nemen met de *bijstandsverlener*.

Bij een onvoorziene gewaarborgde hospitalisatie wegens ziekte of ongeval van langer dan 3 nachten:

Betaalt de *bijstandsverlener* gedurende de opname of gedurende de daaropvolgende week:

Gezinshulp

- hetzij de kosten van gezinshulp bij de *verzekerde* thuis, tot een bedrag van maximaal 125,00 EUR;
- hetzij, voor hetzelfde bedrag, de heen-en terugreis van een in België verblijvende persoon naar keuze, om zich naar de woonplaats van de *verzekerde* te begeven.

Indien de *verzekerde* zelf de gezinshulp wenst te organiseren dan dient hij het bewijs van deze uitgave te leveren aan de *bijstandsverlener*.

Kinderoppas

- de kosten en organisatie voor een kinderoppas gedurende maximum 3 dagen met een maximum van 10 uur per dag op voorwaarde dat de gehospitaliseerde *verzekerde* één van de ouders of wettelijke voogd is en het kind jonger is dan 16 jaar.

Dierenoppas

- de kosten van oppas en overbrenging van de huisdieren naar een bewaarplaats naar keuze of naar een kennel indien er geen bewaarplaats wordt aangeduid, tot een bedrag van maximaal 125,00 EUR en voorzover er geen ander inwonend familielid is die de zorg voor de huisdieren op zich kan nemen.

Boodschappendienst

- De *verzekerde* kan van deze dienst gebruik maken gedurende maximum 5 maal in de maand die volgt op het ontslag uit het ziekenhuis, indien dit werd voorgeschreven door een geneesheer.
De betaling van de bestelde goederen is voor rekening van de *verzekerde*.

Overbrenging naar een ander ziekenhuis

Indien de *verzekerde* wenst overgebracht te worden naar een *ziekenhuis* dichterbij huis dan wordt dit transport geregeld voorzover de geneesheer van de *bijstandsverlener* en de behandelende geneesheer dit heeft toegestaan.

Infodienst

Deze informatie kan uitsluitend telefonisch worden verkregen bij de *bijstandsverlener*. De informatiedienst van de *bijstandsverlener* is bereikbaar van maandag tot zaterdag van 9 tot 20 uur (Belgische tijd). Dringende medische inlichtingen zijn dag en nacht beschikbaar.

Het is mogelijk dat voor sommige zeer specifieke vragen bijkomend opzoekwerk nodig is en dat een onmiddellijk antwoord niet kan worden gegarandeerd.

De *bijstandsverlener* en de *maatschappij* zijn niet verantwoordelijk voor de interpretatie van de informatie noch voor het gebruik dat de *verzekerde* van de meegedeelde inlichtingen maakt.

Informatie over gezondheidszorg

- ziekenhuizen, revalidatiecentra en rusthuizen in de omgeving;
- ziekenwagendiensten in de omgeving;
- organisaties voor thuiszorg;
- verhuurders van medisch materiaal;
- kuuroorden;
- ...

Informatie over diensten aan huis

- gegevens van diensten aan huis (zoals haarkapper, voetverzorgers, tandarts, traiteur, glazenwasser,...)

Informatie voor vertrek op reis

- toeristische publicaties over het te bezoeken land;
- klimaat in het land en raadgevingen m.b.t de mee te nemen kledij;
- sanitaire en epidemiologische toestand van het land;
- hygiënische en medische voorzorgsmaatregelen die de *verzekerde* moet nemen;
- verplichte en aanbevelingswaardige inenting;
- visa en uit te voeren administratieve formaliteiten voor de personen, het voertuig, de huisdieren;
- feestdagen en uurverschil;
- douanevoorschriften voor privé-gebruik;
- adressen van de buitenlandse consulaten en verkeersbureaus in België en in het buitenland;
- de wisselkoersen en de deviezen;
- de levensstandaard (vervoer, restaurants, hotels,...);
- staat van de wegen;
- prijs van de benzine;
- hotels die voldoen aan bepaalde criteria;
- ...

1.5.2. In het buitenland

Terugkeer van de andere verzekerden

Als het vervoer of de repatriëring van de *verzekerde* de andere *verzekerden* verhindert hun verplaatsing voort te zetten met de aanvankelijk voorziene middelen:

- dan organiseert en betaalt de *bijstandsverlener* hun terugkeer van de plaats van immobilisatie naar hun woonplaats;
- of neemt de *bijstandsverlener* de kosten voor de voortzetting van hun reis voor zijn rekening ten belope van de kost voor de terugkeer naar de woonplaats.

Bij overlijden

§1 Als de *verzekerde* tijdens een verplaatsing overlijdt en als de begrafenis of de crematie is voorzien in het land waar de *verzekerde* woonde of in zijn land van herkomst, dan organiseert de *bijstandsverlener* de repatriëring van het stoffelijk overschot van het *ziekenhuis* of het mortuarium naar het land waar de *verzekerde* woonde of naar zijn land van herkomst.

Volgende kosten worden dan door de *bijstandsverlener* ten laste genomen:

- de kosten voor balseming en kisten;
- de kosten voor de lijkstaf en andere speciale voorzieningen die voor het vervoer zijn vereist, tot een bedrag van 1.500,00 EUR;
- de kosten voor het vervoer van de kist, met uitsluiting van de kosten voor de rouwdienst, de begrafenis of de crematie.

§2 Als de familie van de *verzekerde* het stoffelijk overschot naar een ander land (dus niet het land waar de *verzekerde* woonde, noch zijn land van herkomst) wenst te laten overbrengen, dan organiseert en betaalt de *bijstandsverlener* deze overbrenging ten belope van de kost die hij in uitvoering van §1 zou hebben betaald.

§3 Als de begrafenis of de crematie doorgaat in het land waar de *verzekerde* is overleden, dan betaalt de *bijstandsverlener* de hierna opgesomde kosten ten belope van het totaalbedrag dat hij in uitvoering van §1 zou hebben betaald:

- de kosten voor balseming en kisten;
- de kosten voor de lijkstaf of de urne ten belope van 1.500,00 EUR;
- de kosten voor het vervoer ter plaatse van het stoffelijk overschot, met uitsluiting van de ceremoniekosten;
- de kosten voor de repatriëring van de urne naar het land waar de *verzekerde* woonde of naar zijn land van herkomst;
- een vervoerbewijs (heen en terug) om een familielid tot de 2de graad in staat te stellen zich ter plaatse te begeven.

§4 Als de meegereisde *verzekerden* door het overlijden van de *verzekerde* niet meer met de oorspronkelijk voorziene middelen naar het land waar zij wonen of naar hun land van herkomst kunnen terugkeren, dan organiseert en betaalt de *bijstandsverlener* de terugkeer van de andere *verzekerden* naar hun woonplaats.

1.5.3. Psychologische bijstand

Indien tengevolge van een acuut trauma, psychologische begeleiding van de *verzekerde* of de verzekerde gezinsleden noodzakelijk is, organiseert de *bijstandsverlener* psychologische bijstand door een gespecialiseerde organisatie te gelasten en de hieraan verbonden kosten

ten laste te nemen met een maximum van 5 sessies per gewaarborgd schadegeval. Deze bijstand moet worden aangevraagd binnen één maand die volgt op de onvoorziene gewaarborgde *hospitalisatie* en heeft betrekking zowel op een *hospitalisatie* in België als in het buitenland.

De beslissing van het al dan niet aanvaarden van de factuur ligt bij de raadsgeneesheer van de *bijstandsverlener*. Deze beslissing gebeurt in samenspraak met de instantie die instaat voor de psychologische begeleiding.

De psychologische bijstand zelf wordt steeds in België verleend.

2. Vrije keuze

De *verzekerde* kan de geneesheer, de kamer, het laboratorium alsook het *ziekenhuis* zelf kiezen, op voorwaarde dat de zorgverstrekkers of de instellingen erkend zijn door de wettelijke autoriteiten en dat de zorgen toegediend worden door zorgverstrekkers die daarvoor gemachtigd zijn.

3. Kinderen

Pasgeborenen worden aangesloten zonder medische formaliteiten voorzover één van de *verzekerden* minstens 9 maanden is aangesloten en de aanvraag tot verzekering van het kind gebeurt binnen 3 maanden na de geboorte.

De kinderen van de *verzekeringsnemer* kunnen in het *contract* van hun ouders opgenomen blijven zolang er voor hen kinderbijslag wordt uitgekeerd en ten laatste tot de leeftijd van 25 jaar. Zodra er voor een kind geen kinderbijslag meer wordt genoten of het kind de leeftijd van 25 jaar bereikt, neemt de waarborg voor dit kind een einde. Vanaf dan kan het zich individueel verder verzekeren, zonder enige medische formaliteiten en volgens de voorwaarden die op dat ogenblik van toepassing zijn.

4. Uitsluitingen en verval

Worden **niet** terugbetaald:

- de behandelingen die niet voldoende klinisch beproefd en medisch wetenschappelijk erkend zijn in België;
- de anti-conceptiebehandelingen;
- de vrijwillige zwangerschapsafbrekingen;
- het onderzoek naar de oorzaken van steriliteit, de kunstmatige inseminatie, in-vitro-fertilisatietechnieken of andere vruchtbaarheidsbehandelingen;
- de behandelingen in een kuur-, bad-, herstellings- of gezondheidsoord;
- de gedwongen opname van de *verzekerde*;

Zijn evenmin verzekerd de schadegevallen veroorzaakt of verlengd door:

- opzet van de *verzekerde*, de *verzekeringsnemer*, de *begunstigde* of ieder ander persoon, die belang heeft bij de uitkeringen;
- zelfverminking of elke poging tot zelfmoord;
- uitwerking van de wijziging van de atoomstructuur van de stof, kunstmatige versnelling van de atoomdeeltjes en uitstralingen van radio-isotopen;
- oorlog of een daarmee in feite overeenstemmende toestand, burgerlijke onlusten of oproer;
- de voorbereiding tot en de deelname aan sportmanifestaties als *bezoldigd sportbeoefenaar*.

De verzekering dekt niet de schade die rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg is van een daad van terrorisme. Onder terrorisme wordt verstaan een klandestien georganiseerde handeling of een reeks van handelingen, in tijd en oogmerk met elkaar samenhangend en individueel of in groep uitgevoerd vanuit ideologische, religieuze, politieke, economische of sociale bedoelingen. Deze handelingen beogen het aantasten van de fysieke integriteit van personen of het beschadigen van goederen met het oogmerk indruk te maken op het publiek of een overheid en een klimaat van onveiligheid te scheppen.

Bovendien bestaat er geen recht op vergoeding voor de hospitalisaties of zware *ziekten* die het gevolg zijn van een *ongeval* gebeurd vóór de aansluitingsdatum of van een *ziekte* waarvan de symptomen reeds bestonden vóór de aansluitingsdatum van de *verzekerde*.

Niettemin wordt de waarborg verleend indien de vaststelling van de *ziekte* of de gevolgen van het *ongeval* en de behandelingen die eruit voortvloeien pas hebben plaatsgevonden na een periode van 3 jaar te rekenen vanaf de ingangsdatum van de verzekering.

Verder is er verval van de waarborg, wanneer het gewaarborgd schadegeval veroorzaakt of verlengd wordt door de hierna opgesomde gevallen van grove schuld van de *verzekerde*, de *verzekeringnemer*, de *begunstigde* of iedere ander persoon, die belang heeft bij de uitkeringen.

Als grove schuld zal in aanmerking worden genomen:

- elke deelname aan misdaden, wanbedrijven of vechtpartijen, al dan niet het gevolg zijnde van provocerend gedrag of twist, met uitzondering van de gevallen van wettige zelfverdediging;
- elke daad gesteld met goetvinden van de *verzekerden* of de *verzekeringnemer*;
- kennelijke roekeloze daden, waarvan men dient te weten dat die een bedreiging voor de fysieke integriteit vormen; tenzij in de gevallen van redding van personen of goederen;
- elke vorm van intoxicatie door of chronisch misbruik van alcohol, van drugs of van *geneesmiddelen* of eender welke vorm van toxicomanie, tenzij de *verzekerde* kan bewijzen dat er geen enkel oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestand en het schadegeval.

5. Territoriale geldigheid

De verzekering geldt wereldwijd, voor zover de *verzekerde* onderworpen is aan de Belgische Sociale Zekerheid en zijn wettelijke woonplaats én feitelijke verblijfplaats in België heeft, tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden.

De kosten van een *hospitalisatie* in het buitenland worden vergoed indien de *verzekerde* :

- tijdens een verblijf in het buitenland onmiddellijk dringende medische zorgen behoeft;
- in het buitenland een voor zijn gezondheidstoestand medisch noodzakelijke behandeling dient te ondergaan en dit na de voorafgaande toestemming van de raadsgeneesheer van de *maatschappij*.

6. Maximumbedrag

De maximale tussenkomst bedraagt 1.250.000,00 EUR per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*.

SCHADE

7. Schaderegeling in België

7.1 Aangifte

Van ieder schadegeval moet de *maatschappij* een aangifte ontvangen binnen een termijn van 30 dagen.

7.2 Terugbetaling

Alle verzekerde ziekenhuiskosten worden terugbetaald voorzover zij op de wettelijke ziekenhuisfactuur worden aangerekend.

Indien de *verzekerde* verzorgd wordt in een *ziekenhuis* dat een overeenkomst tot rechtstreekse betaling afsloot met de *maatschappij*, worden de werkelijk gemaakte kosten rechtstreeks met het *ziekenhuis* geregeld. (zie 9: Rechtstreekse betaling)

Alle medische zorgen die verleend worden buiten het *ziekenhuis*, worden terugbetaald indien de verzekerde ten laatste één jaar na datum van de prestatie, volgende originele documenten ter beschikking stelt van de *maatschappij*: wettelijke bewijsstukken van betaling, kwijtschriften van de mutualiteit, alsook bewijzen van vergoedingen die de *verzekerde* ontving krachtens een verplichte of andere aangegane regeling.

De *maatschappij* kan, indien zij het nodig acht, bijkomende bewijsstukken eisen.

Bedrag van de terugbetaling

De *maatschappij* betaalt aan de *verzekerde* ten laatste 5 werkdagen na ontvangst van de originele facturen, volgens het hieronder vermelde percentage, het verschil tussen

enerzijds :

het bedrag van de werkelijk gemaakte kosten gedekt door dit *contract*

en anderzijds:

de *wettelijke vergoeding*, alle andere tussenkomsten vanwege de mutualiteiten en alle andere vergoedingen of tussenkomsten.

Worden aan 100% terugbetaald

- Alle verzekerde prestaties verstrekt tijdens een *hospitalisatie*, zelfs die prestaties waarvoor het RIZIV niet tussenkomt.
- De verzekerde prestaties verstrekt buiten een *hospitalisatie*, waarvoor het RIZIV een tussenkomst voorziet

Worden aan 50% terugbetaald

- De verzekerde prestaties verstrekt buiten een *hospitalisatie*, waarvoor het RIZIV geen tussenkomst voorziet

De eventuele *vrijstelling* wordt in mindering gebracht op het bedrag van de terugbetaling.

8. Schaderegeling in het buitenland

8.1 Aangifte

De tussenkomst in geval van *hospitalisatie* in het buitenland is gewaarborgd mits verwittiging van de *maatschappij* binnen de 24 uren volgend op de *hospitalisatie*, op één van de telefoonnummers vermeld op de verzekeringskaart, en mits naleving van de regels in verband met territoriale geldigheid. (zie 5: Territoriale geldigheid)

8.2 Terugbetaling

Alle verzekerde ziekenhuiskosten worden terugbetaald voorzover zij op de ziekenhuisfactuur werden aangerekend.

De *maatschappij* regelt, in geval van *hospitalisatie*, de werkelijk gemaakte kosten rechtstreeks met het ziekenhuis. (zie 9: Rechtstreekse betaling)

De medische zorgen die verleend worden buiten het ziekenhuis, worden terugbetaald indien de *verzekerde* ten laatste één jaar na de datum van de prestatie, volgende originele documenten ter beschikking stelt van de *maatschappij*: wettelijke bewijsstukken van betaling, kwijtschriften van de mutualiteit, alsook bewijzen van vergoedingen die de *verzekerde* ontving krachtens een verplichte of andere aangegeven regeling.

De *maatschappij* kan, indien zij het nodig acht, bijkomende bewijsstukken eisen. Indien de *begunstigde* later kan genieten van enige *wettelijke vergoeding* of andere tussenkomsten vanwege de mutualiteiten of ingevolge gelijk welke andere overeenkomst, dienen deze bedragen door de *begunstigde* onmiddellijk aan de *maatschappij* terugbetaald te worden.

De eventuele *vrijstelling* wordt in mindering gebracht op het bedrag van de terugbetaling.

8.3 Repatriëring van de *verzekerde*

De *maatschappij* kan beslissen om, op basis van de medische toestand van de *verzekerde*, over te gaan tot de overbrenging naar een voldoende gespecialiseerd *ziekenhuis* in de regio of, eventueel tot repatriëring van de *verzekerde* naar een *ziekenhuis* in België.

9. Rechtstreekse betaling

Voor een opname in een *ziekenhuis* in België dat een overeenkomst tot rechtstreekse betaling afsloot met de *maatschappij* en voor een opname in een buitenlands *ziekenhuis*, zal de *maatschappij*, mits overeenstemming met de regels van die overeenkomst, de kosten van verleende zorgen en diensten, rechtstreeks betalen aan het *ziekenhuis*.

De *maatschappij* wordt hierdoor van rechtswege gesubrogeerd voor de betaalde kosten.

Iedere betaling zal steeds gebeuren onder voorbehoud van onderzoek door de *maatschappij* van de waarborgen met betrekking tot het schadegeval.

Indien de *verzekerde* van dit systeem van rechtstreekse betaling gebruik maakt, aanvaardt de *verzekerde* dat de *maatschappij* betaalt voor rekening van diegene die de kosten normaal gezien dient te dragen.

Bovendien verbindt de *verzekerde* zich ertoe om de uitgaven die niet door het *contract* worden verzekerd, terug te betalen indien de *maatschappij* de kosten rechtstreeks regelde met het *ziekenhuis*.

De *maatschappij* verkrijgt steeds het eigendomsrecht over de originele facturen zowel in België als in het buitenland.

10. Medische opvolging

De *verzekerde* zal onmiddellijk alle maatregelen treffen om de genezing te bespoedigen. Hij zal zijn behandelende geneesheer, telkens als dit nodig is, erom verzoeken de geneeskundige verklaringen af te leveren die nodig zijn voor de uitvoering van dit *contract*. Bovendien heeft de *maatschappij* het recht om bijkomende inlichtingen te vragen en over te gaan tot de controlemaatregelen die zij nodig acht. De raadsgeneesheer van de *maatschappij* kan de *verzekerde* aan een controle-onderzoek onderwerpen, zelfs indien hiervoor een opname is vereist in een door de *maatschappij* aangewezen instelling. De kosten van dit onderzoek worden ten laste genomen door de *maatschappij*.

De *maatschappij* dient zo spoedig mogelijk in kennis te worden gesteld van iedere wijziging in de gezondheidstoestand van de *verzekerde*.

11. Betwistingen

Betwistingen over medische aangelegenheden, kunnen beslecht worden via een minnelijke medische expertise. Bij deze procedure stellen zowel de *verzekerde* als de *maatschappij* een eigen geneesheer aan.

Indien beide geneesheren niet tot een medisch akkoord komen, dan wordt door beide geneesheren in gezamenlijk overleg, een derde geneesheer aangeduid.

Iedere partij vergoedt de erelonen en de onkostenstaat van de door haar aangeduide geneesheer.

Tevens draagt iedere partij, elk voor de helft, bij in de erelonen en de kosten van de derde geneesheer alsook van de gespecialiseerde onderzoeken die zouden vereist zijn.

Indien de *verzekerde* door de medische expertise in het gelijk wordt gesteld, betaalt de *maatschappij* de erelonen en kosten van de geneesheer van de *verzekerde* tot maximum 250,00 EUR alsook de erelonen en de kosten van de derde geneesheer, en de gespecialiseerde onderzoeken die zouden vereist zijn.

De beslissing van deze geneesheren, is definitief en bindend voor de partijen, voorzover zij in overeenstemming is met het *contract* en zijn bijvoegsels. Iedere afwijking maakt hun beslissing nietig.

ALGEMENE BEPALINGEN

12. Begin, duur en einde van de verzekering

12.1 Begin van de verzekering

De verzekering vangt aan op de datum vermeld in de Bijzondere Voorwaarden na medische aanvaarding door de raadsgeneesheer van de *maatschappij* en na betaling van de eerste premie of het premiedeel overeenstemmend met de betalingsmodaliteiten. De premie kan slechts voldaan worden tegen een kwijtschrift van de *maatschappij*.

Wachttijd

Periode die aanvangt op de ingangsdatum van het *contract*.

Er is geen wachttijd van toepassing, behalve bij zwangerschap of bevalling.

Bij zwangerschap of bevalling bedraagt de wachttijd 9 maanden. Deze wachttijd wordt verlengd tot 24 maanden voor vrouwen, samenwonend of gehuwd, die als enige persoon verzekerd zijn in het *contract*.

Schadegevallen die zich voordoen tijdens de wachttijd en die in oorzakelijk verband staan met de zwangerschap of bevalling, worden niet vergoed.

12.2 Duur van de verzekering

Het *contract* wordt afgesloten voor onbepaalde duur. Enkel de *verzekeringnemer* kan dit *contract* jaarlijks opzeggen met een aangetekende brief. Deze brief dient op de *maatschappij* toe te komen ten laatste drie maanden vóór de jaarvervaldag.

12.3 Einde van de verzekering

Indien de *verzekeringnemer* overgaat tot de opzegging van één of meerdere verzekerde personen, heeft de *maatschappij* het recht om voor de overblijvende verzekerde personen het *contract* op te zeggen vanaf dezelfde datum. De *maatschappij* kan dit recht niet doen gelden indien het verzekerde kind het contract niet wenst verder te zetten op individuele basis.

Voorts kan het *contract* door de *maatschappij* enkel worden beëindigd bij:

- niet-betaling van de premie, bijpremie of bijkomende sommen (zie 13.2: Niet-betaling premie);
- bedrog of poging tot bedrog. (zie 18: Aansprakelijke derde)

Deze opzegging moet gebeuren per aangetekende brief en heeft uitwerking 30 dagen na het versturen ervan.

Het innen van de premie door de *maatschappij* betekent geen afstand van haar recht op verbreking.

Tenzij anders overeengekomen:

- is de waarborg van rechtswege geschorst voor een *verzekerde* die meer dan 3 opeenvolgende maanden zijn wettelijke woonplaats of zijn feitelijke verblijfplaats buiten België heeft;
- eindigt de waarborg bij het overlijden van de *verzekeringsnemer*. De dekking voor alle andere *verzekerden* kan verdergezet worden;
- neemt de waarborg een einde voor de kinderen voor wie geen kinderbijslag meer wordt genoten of die de leeftijd van 25 jaar hebben bereikt. (zie 3: Kinderen)

Ingeval van beëindiging van het *contract* zal de *maatschappij* slechts de kosten vergoeden die betrekking hebben op de verzekerde periode. Ingeval van schorsing van waarborgen, zal de *maatschappij* haar tussenkomst weigeren voor die kosten die het gevolg zijn van een *ziekte* of *ongeval*, opgelopen tijdens de periode van schorsing.

13. Premie

13.1 Indexatie van de premie

De *maatschappij* kan op elke hoofdvervaldag de premie herzien.

De premie zal hierbij aangepast worden aan de evolutie van de specifieke index van rubriek 6.4 "Verpleging in het ziekenhuis", die een onderdeel is van het indexcijfer van de consumptieprijsen.

De aanpassing zal gebeuren door de premie te vermenigvuldigen met een breuk, waarbij als teller zal gelden het indexcijfer van oktober van het kalenderjaar, dat aan de vervaldag voorafgaat, en als noemer het indexcijfer van oktober van het kalenderjaar, dat aan het afsluiten van de overeenkomst voorafgaat.

Zolang deze overeenkomst beheerst wordt door artikel 57 van de Wet van 30 maart 1976 betreffende de economische herstelmaatregelen, zal de aanpassing berekend worden op 80 % van de premie terwijl 20 % van de premie ongewijzigd blijft.

De *maatschappij* zal de nieuwe premie meedelen aan de hand van het premievervaldagbericht. Deze indexatie van de premie doet geen afbreuk aan het recht van de *verzekeringsnemer* om het *contract* op te zeggen binnen een termijn van 30 dagen na de ontvangst van het bericht tot aanpassing.

13.2 Niet-betaling premie

Bij niet-betaling van de premie op de vervaldag kan de *maatschappij* de waarborg van het *contract* schorsen of opzeggen, nadat de *maatschappij* de *verzekeringsnemer* in gebreke heeft gesteld bij een ter post aangetekend schrijven.

De schorsing van de waarborg of de opzeg van de waarborg gaat in na het verstrijken van een termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de afgifte ter post van de aangetekende brief. Door deze schorsing verliest de *verzekerde* het recht op vergoeding voor alle medische zorgen die verstrekt werden of hun oorsprong gevonden hebben tijdens de periode van schorsing. Elke betaling door de *maatschappij* gedaan wegens een schadegeval in tussentijd, kan op de *verzekeringsnemer* worden verhaald.

13.3 Einde van de schorsing

De schorsing neemt een einde na de betaling door de *verzekeringsnemer* van alle achterstallige premies, in voorkomend geval vermeerderd met de intresten, zoals bepaald in de laatste aanmaning of gerechtelijke uitspraak. De *maatschappij* behoudt zich nochtans het recht voor deze wederinwerkingstelling afhankelijk te stellen van de ontvangst van een nieuw verzekeringsvoorstel, evenals van de gunstige uitslag van een medisch onderzoek van de verzekerde personen.

De schorsing van de waarborg doet geen afbreuk aan het recht van de *maatschappij* de later nog te vervallen premies te eisen op voorwaarde dat de *verzekeringsnemer* in gebreke gesteld werd overeenkomstig 13.2 . (Niet-Betaling premie)
Het recht van de *maatschappij* wordt evenwel beperkt tot de premies voor twee opeenvolgende jaren.

14. Wijziging van de voorwaarden en het tarief

De *maatschappij* behoudt zich ook het recht voor om met ingang van de eerstvolgende jaarlijkse vervaldag haar tarief te wijzigen als op grond van een technisch dossier, neergelegd bij de Controledienst voor Verzekeringen, wordt aangetoond dat de toegepaste premie en de jaarlijkse indexatie ontoereikend zijn om de verhoging van de reële kostprijs te dekken.

Ingeval van een wijziging van de wetgeving inzake Sociale Zekerheid, van de ziekenhuiswet of van enige andere wetgeving, die de reële kostprijs of de omvang van de gewaarborgde prestaties wijzigt, kan de *maatschappij* eveneens op grond van een technisch dossier neergelegd bij de Controledienst, haar verzekeringsvoorwaarden of het tarief wijzigen, om het financieel evenwicht volgens de Controlewetgeving te vrijwaren.

De *maatschappij* zal in dat geval de nieuwe premie aan de *verzekeringsnemer* meedelen door middel van het premievervaldagbericht, waarbij zij uitdrukkelijk wijst op de aanpassing van de premie.

De *verzekeringsnemer* kan in dat geval het *contract* opzeggen binnen een termijn van 3 maanden na ontvangst van het bericht van de aanpassing van de premie.

15. Belastingen en kosten

Alle belastingen, taksen en kosten die verschuldigd zijn uit hoofde van dit *contract*, zijn ten laste van de *verzekeringsnemer*.

De *maatschappij* zal deze belastingen, taksen en kosten innen samen met de premie.

16. Mededelingsplicht

De *verzekeringsnemer* en de *verzekerde* hebben de verplichting om alle hen bekende omstandigheden, die van invloed kunnen zijn bij de beoordeling van het risico, mee te delen aan de *maatschappij*.

Indien op sommige vragen van de *maatschappij* niet wordt geantwoord en de *maatschappij* toch het *contract* heeft afgesloten, kan zij zich, behalve in geval van bedrog, later niet meer op verzuim beroepen.

16.1 Opzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen

Wanneer de *maatschappij* door het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, werd misleid bij haar risicobeoordeling, dan is het *contract* nietig. De premies, die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de *maatschappij* kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, komen haar toe.

16.2 Onopzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen

Indien de *verzekeringnemer* of de *verzekerde* bepaalde gegevens onopzettelijk verzwijgt of onjuist meedeelt, dan stelt de *maatschappij*, binnen één maand na kennisname, voor om het *contract* te wijzigen met uitwerking vanaf de datum van kennisname van het verzwijgen of onjuist meedelen van de gegevens.

Indien het voorstel tot wijziging van het *contract* door de *verzekeringnemer* of de *verzekerde* wordt geweigerd, of indien de *verzekeringnemer* of de *verzekerde* het voorstel niet uitdrukkelijk aanvaardt noch weigert binnen een termijn van één maand na ontvangst, dan heeft de *maatschappij* de mogelijkheid om het *contract* op te zeggen binnen 15 dagen.

De *maatschappij* kan het *contract* opzeggen binnen een termijn van één maand volgend op de kennisname, indien zij bewijst dat zij het risico niet zou hebben verzekerd mocht zij op de hoogte zijn geweest van de onopzettelijk verzwegen of onjuist meegedeelde gegevens.

De *maatschappij* is niet gehouden door overeenkomsten tussen de *verzekeringnemer* en de tussenpersoon of een vertegenwoordiger van de *maatschappij*, tenzij die in het *contract* of zijn bijvoegsels worden vermeld.

Geen enkele bijvoeging, wijziging aan de tekst of afwijking van de gedrukte of geschreven voorwaarden is geldig indien zij niet bekrachtigd is door de *maatschappij*.

16.3 Soortgelijke waarborgen

De *verzekeringnemer* of de *verzekerde* is gehouden elk ander *contract*, elke andere waarborg, elk ander recht op tussenkomst of verzekering die hetzelfde voorwerp heeft en aan dezelfde *verzekerde*(n) dekking verleent, aan de *maatschappij* kenbaar te maken.

17. Niet-naleving contractuele verplichtingen

Indien de *verzekerde* of de *verzekeringnemer*, één van de contractuele verplichtingen, opgesomd in 7.1 en 7.2 (Aangifte), 10. (Medische opvolging) en 16.3 (Soortgelijke waarborgen) niet naleeft en er hierdoor een nadeel ontstaat voor de *maatschappij*, kan de *maatschappij* ten belope van het door haar geleden nadeel, haar prestaties verminderen en heeft zij het recht om de terugbetaling van de onrechtmatig uitgekeerde vergoedingen en van de gemaakte kosten te eisen.

Indien de *verzekerde* of de *verzekeringnemer* de contractuele verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen, kan de *maatschappij* haar dekking volledig weigeren en het *contract* vernietigen. De geïnde premies blijven verworven door de *maatschappij*.

18. Aansprakelijke derde

Van rechtswege treedt de *maatschappij* in de rechten die de *verzekerde* of de persoon die voor hem instaat zou kunnen laten gelden tegenover de aansprakelijke derde.

De *maatschappij* treedt in deze rechten tot belope van de vergoeding die uit hoofde van het *contract* wordt uitbetaald. Zo kan de *maatschappij* rechtstreeks verhaal uitoefenen tegen een aansprakelijke derde of diens verzekeraar.

Bovendien kan de *verzekerde* of de persoon die voor hem instaat geen afstand doen van enig verhaal, zonder schriftelijke toestemming van de *maatschappij*.

De *maatschappij* heeft geen verhaal op de bloedverwanten in de recht opgaande of neerdalende lijn, de echtgeno(o)t(e) en de aanverwanten in de rechte lijn van de *verzekerde*, noch op de bij hem inwonende personen, zijn gasten en zijn huispersoneel, behoudens kwaad opzet.

De *maatschappij* kan wel verhaal uitoefenen op de hierboven vermelde personen, voor zover hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een verzekeringsovereenkomst is verzekerd.

19. Suppletiviteitsclausule

Indien er sprake is van samenloop tussen de dekkingen van het *contract* dat de *verzekerde* heeft afgesloten met de *maatschappij*, en de tussenkomsten van het ziekenfonds die niet behoren tot de verplichte verzekeringen, dan komt de *maatschappij* slechts tussen nadat de waarborgen die de *verzekerde* heeft bij het ziekenfonds, zijn uitgeput.

20. Correspondentie

Elk aangetekend schrijven maakt in de context van dit *contract* een voldoende aanmaning uit. De verzending van een dergelijke brief wordt bewezen door het ontvangstbewijs van de post, zijn inhoud door het afschrift in de dossiers van de *maatschappij*.

De *verzekeringsnemer* en de *verzekerde* nemen de verplichting op zich alle briefwisseling die de *maatschappij* aan hen richt, in ontvangst te nemen.

De *verzekeringsnemer* is verplicht de *maatschappij* kennis te geven van iedere adresverandering. Zo hij in gebreke blijft, wordt iedere brief geldig gezonden of iedere dagvaarding geldig betekend aan het door hem opgegeven adres in België.

De woonplaats van de partijen is van rechtswege gekozen, namelijk deze van de *maatschappij* in haar maatschappelijke zetel en deze van de verzekeringsnemer en van de *verzekerde* op het door hen opgegeven adres.

21. Ombudsdienst

Indien de verzekeringsnemer klachten zou hebben met betrekking tot dit contract, kan hij deze gedurende de looptijd van zijn overeenkomst richten tot:

- Ombudsdienst ING Insurance
Desguinlei 92
2018 Antwerpen
e-mail: vad.ombudsdienst@inginsurance.be
Fax: 03/244.66.68

- Controledienst voor de Verzekeringen (C.D.V.)
Kortenberglaan 61
1000 Brussel