

Het eigenlijke contract bestaat onlosmakelijk uit twee delen:

- a. de Algemene Voorwaarden dewelke u nu voor zich heeft, en
- b. de Bijzondere Voorwaarden dewelke u bij ondertekening van het contract krijgt.

De Bijzondere Voorwaarden geven specifieke informatie, onder andere over wie verzekerd is en hoeveel de premie bedraagt, en ook eventuele afwijkingen op de Algemene Voorwaarden.

De Bijzondere Voorwaarden hebben voorrang op de Algemene Voorwaarden in geval van eventuele tegenstrijdigheid tussen beide.

De Algemene Voorwaarden beschrijven de werking van het contract, de inhoud van de waarborgen en de wederzijdse verplichtingen.

Artikel 1 BEGRIPSOMSCHRIJVING

1. WIJ:

DVV is een merk- en handelsnaam van Belins NV - verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 0037, met zetel in de Galileelaan 5 in 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), RPR Brussel BTW BE 0405.764.064.

Hierna ook de Maatschappij genoemd.

2. U:

de verzekeringnemer, degene die het contract met ons sluit en die de premie betaalt.

3. Verzekerde:

de verzekerde is de persoon op wiens hoofd de verzekering is gesloten en die in de Bijzondere Voorwaarden is vermeld.

4. Ziekte:

een ziekte is een aantasting van de fysieke en/of psychische integriteit die niet door een ongeval veroorzaakt wordt en onbetwistbaar vaststaat op basis van medisch objectief vast te stellen symptomen.

5. 'Zware ziekten' zijn in het kader van dit contract de volgende ziekten:

ziekte van Parkinson, ziekte van Pompe, multiple sclerose, kanker (met inbegrip van leukemie en ziekte van Hodgkin), aids, amyotrofe lateraalsclerose, ziekte van Alzheimer, progressieve spierdystrofie, mucoviscidose, nierziekten waarbij dialyse nodig is, tuberculose, difterie, diabetes, encephalitis, meningitis, poliomyelitis, tetanus, cholera, malaria, miltvuur, (para)tyfus, vlektyfus, virale hepatitis, ziekte van Crohn.

6. 'Acute infectieziekten' zijn in het kader van dit contract de volgende ziekten:

rubeola, mazelen, waterpokken, roodvonk, difterie, kinkhoest, bof, kinderverlamming, meningitis, dysenterie, (para)tyfus, cholera, pokken en paludisme.

7. Ongeval:

een ongeval is een 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 der oorzaken buiten het organisme van de verzekerde persoon ligt.

8. Verplegingsinstelling:

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

- gesloten psychiatrische instellingen en psychiatrische verzorgingstehuizen,
- medicopedagogische instellingen,
- 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.

In het buitenland worden als verplegingsinstelling aanzien: de instellingen waar er 24 uur op 24 minstens één geneesheer en gediplomeerd verpleegkundig personeel aanwezig is en waar het mogelijk is chirurgische ingrepen te verrichten.

9. Hospitalisatie:

een hospitalisatie is een medisch noodzakelijk verblijf in een verplegingsinstelling waarvoor ofwel tenminste één ligdag wordt aangerekend, ofwel, indien er geen overnachting is, een mini-, maxi- of superforfait wordt aangerekend.

Ook een medisch noodzakelijke opname in een instelling die erkend is als 'One-Day-Clinic' en waarvoor een forfait A, B, C of D wordt aangerekend, is een hospitalisatie, net als een thuisbevalling of polyklinische bevalling.

10. Ambulante verzorging:

is medische en/of paramedische verzorging buiten de periode van hospitalisatie.

11. Palliatieve zorgen:

binnen dit contract verstaan wij onder palliatieve zorgen de zorgen verstrekt aan een verzekerde persoon die lijdt aan één of meer onomkeerbare aandoeningen die ongunstig evolueren, met een ernstige algemene achteruitgang van zijn psychische of fysieke toestand, bij wie noch behandeling noch revalidatie de ongunstige evolutie kan afremmen en het overlijden binnen een relatief korte termijn wordt verwacht, zodat de toegepaste behandeling enkel bijdraagt tot het verzachten en menswaardig maken van het lijden.

12. Onderzoeken en behandelingen:

zijn medische en para-medische prestaties die een geneesheer verstrekt of voorschrijft en die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

13. Ereloon:

een ereloon is een beloning voor het verrichten van onderzoeken of behandelingen.

14. Prothese:

een prothese is een apparaat dat een orgaan of een lidmaat geheel of gedeeltelijk vervangt.

15. Orthopedisch toestel:

een orthopedisch toestel is een apparaat om lichamelijke afwijkingen te corrigeren.

16. Geneesmiddel:

een geneesmiddel is een product dat uitsluitend in de apotheek wordt verkocht, dat voorgeschreven is door een geneesheer en dat als dusdanig geregistreerd is door de minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

17. Wachtijd:

de wachtijd is een eenmalige periode die per verzekerde ingaat op het ogenblik dat hij het contract sluit. Kosten voor hospitalisaties die beginnen tijdens deze periode betalen wij niet terug.

18. 'Wettelijke tegemoetkoming' betekent in het kader van dit contract:

- voor de kosten gemaakt in België: elke terugbetaling bepaald door de Belgische wetgeving inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor werknemers

- voor de kosten gemaakt in het buitenland: elke terugbetaling bepaald door een tussen België en het betrokken land gesloten overeenkomst voor de sociale zekerheid van de werknemers.

Als dergelijke overeenkomst niet bestaat, een fictief bedrag gelijk aan de terugbetaling bepaald in de Belgische wetgeving inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor werknemers.

19. Verzekeringsjaar:

een verzekeringsjaar is de periode van 12 maanden, te rekenen vanaf de jaarvervaldag die bepaald is in de Bijzondere Voorwaarden van het contract.

Als de aansluitingsdatum van een verzekerde niet samenvalt met de jaarvervaldag, bestaat het eerste verzekeringsjaar uit het aantal maanden gelegen tussen de aansluitingsdatum en de jaarvervaldag.

20. Franchise:

is het deel van de verzekerde kosten dat ten laste blijft van de verzekeringsnemer en dat in de Bijzondere Voorwaarden van het contract wordt bepaald.

De franchise wordt toegepast per verzekerde en per verzekeringsjaar. De franchise wordt afgeschaft voor thuisbevallingen, voor 'hospitalisaties' van het type 'one-day-clinic' en voor de bijkomende waarborg 'Zware ziekten en palliatieve verzorging'.

Deze franchise wordt maar één keer toegepast als meerdere verzekerden uit 1 gezin samen worden gehospitaliseerd ten gevolge van een ongeval of bevalling.

21. Terrorisme:

Een actie of dreiging van actie, in de zin van de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme. Overeenkomstig deze wet, beslist het Comité of een gebeurtenis beantwoordt aan de definitie van terrorisme.

22. Polyklinische bevalling:

Een polyklinische bevalling is een bevalling met kort verblijf in een verplegingsinstelling

Artikel 2

WAT WAARBORGEN WIJ MET DEZE POLIS?

1. Hoofdwaarborg Hospitalisatie

De waarborg 'hospitalisatie' dekt, overeenkomstig de Algemene en Bijzondere Voorwaarden van deze polis, de terugbetaling van de kosten die gemaakt worden tijdens een hospitalisatie wegens ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling.

Het gaat hier om de kosten voor medisch noodzakelijk verblijf, onderzoeken, behandelingen, prothesen, orthopedische toestellen en geneesmiddelen die rechtstreeks verband houden met de reden van de hospitalisatie.

Volgende prestaties zijn eveneens gedekt:

- de medisch verantwoorde kosten voor een donor als de verzekerde uit onze polis een orgaan of weefsel ontvangt;
- medisch materiaal zoals endoscopisch- en viscerosynthesemateriaal, voor zover er wettelijke tussenkomst is voorzien;
- de wiegendoodtest;
- de palliatieve verzorging;
- de vervoerkosten per ziekenwagen of per helicopter als dit medisch verantwoord was gezien de vereiste spoed en de gezondheidstoestand van de verzekerde;
- de verblijfkosten van één van de ouders in dezelfde kamer van een verzekerd kind van maximum 12 jaar, voor zover 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. Aanvullende waarborgen

De aanvullende waarborgen, hierna vermeld onder punt 2.1 en 2.2 vormen samen één geheel. Tenzij anders vermeld in de Bijzondere Voorwaarden zijn ze verzekerd in het contract.

1. Bijkomende waarborg ambulante 'Pre- en post-hospitalisatieverzorging'.

Tijdens een periode van twee maanden vóór en zes maanden na een verzekerde hospitalisatie door ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling betalen wij de kosten terug die de verzekerde gemaakt heeft voor volgende medisch noodzakelijke ambulante verzorging:

- 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;
- chiropraxie, osteopathie of acupunctuur, voorgeschreven door een geneesheer en uitgevoerd door een erkend zorgenverstrekker;
- 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 één maal de franchise toegepast.

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

2. Aanvullende waarborg 'Zware ziekten en palliatieve verzorging'.

Binnen de waarborg "Zware ziekten en palliatieve verzorging" is een verzekerde hospitalisatie niet vereist. Binnen deze aanvullende waarborg worden, bovenop de eventueel terugbetaalde kosten van de hospitalisatie en de pre- en post-hospitalisatieverzorging, 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 materiaal dat medisch noodzakelijk is.

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

3. Gemeenschappelijke bepalingen aan alle waarborgen.

De verzekerde heeft de vrije keuze van verplegingsinstelling, kamer en ook van geneesheer en medische hulpverleners voor zover deze wettelijk gemachtigd zijn het beroep uit te oefenen.

Artikel 3 WACHTTIJD

1. Hoe lang is de wachttijd?

Tenzij hierna anders gestipuleerd, is de duur van de wachttijd vastgesteld op 3 maanden:

- ongevallen gebeurd na de aanvang van het contract: voor deze gevallen is er geen wachttijd;
- acute infectieziekten: voor deze gevallen is er geen wachttijd.

2. Wat met de aansluiting van pasgeborenen?

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.

Indien aan één van deze voorwaarden niet voldaan is, is een volledig ingevuld verzekeringsvoorstel vereist, en is Artikel 3.1. van toepassing.

Artikel 4

WAAR IS DE VERZEKERING GELDIG?

De verzekering geldt overal ter wereld.

Artikel 5

HOE WORDT ONZE VERGOEDING BEPAALD?

1. Basisbedrag

Het basisbedrag van onze 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.

2. Basisbedrag in geval van schadegevallen naar aanleiding van opnames in verplegingsinstellingen die gelegen zijn op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest of buiten België.

Voor de kosten gemaakt voor deze schadegevallen, gelden bij de bepaling van het basisbedrag zoals in artikel 5.1 volgende beperkingen:

a) per aangerekend ereloon betalen wij maximaal tweemaal de wettelijke tegemoetkoming. De kosten boven deze grens worden in mindering gebracht van de factuur.

b) voor de verblijfkosten wordt er door ons per gefactureerde ligdag, maximaal 100,00 EUR voor de eerste dag van de hospitalisatie, en maximaal 75,00 EUR voor de volgende dagen. De kosten boven deze limiet worden ook in mindering gebracht van de factuur.

3. Specifieke beperkingen.

Het basisbedrag uit 5.1 of 5.2 wordt verder als volgt beperkt:

a) erelonen, waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien, worden niet terugbetaald en worden dan ook volledig in mindering gebracht van het basisbedrag.

b) 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.

c) de terugbetaling van de vervoerkosten is beperkt tot 250,00 EUR per verzekerde en per schadegeval. Het eventuele verschil wordt van het basisbedrag afgetrokken.

d) de verblijfkosten van een ouder bij opname van een verzekerd kind tot 12 jaar, wordt beperkt tot twintig dagen met een maximum van 25,00 EUR per dag. Het eventuele verschil wordt van het basisbedrag afgetrokken.

e) voor wat de waarborg thuiskraamzorg na thuisbevalling of polyklinische bevalling betreft, wordt de tussenkomst geplafonneerd op 75,00 EUR per dag, met een maximum tot zes dagen na de bevalling. De gefactureerde kosten boven deze limiet worden eveneens van het basisbedrag afgetrokken.

f) als de aanvullende waarborg 'Ambulante Pré- en Posthospitalisatieverzorging' van toepassing is, wordt voor homeopathische middelen 50% van de kostprijs terugbetaald, met een plafond van 125,00 EUR per verzekerde en per schadegeval. Het verschil wordt van het basisbedrag afgetrokken.

g) als de aanvullende waarborg 'Ambulante Pré- en Posthospitalisatieverzorging' van toepassing is, 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.

h) als de aanvullende waarborg 'Zware ziekten en Palliatieve verzorging' van toepassing is, wordt onze 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 onze tussenkomst uit hoofde van de waarborg 'Zware ziekten en Palliatieve verzorging' wordt altijd beperkt tot 5.000,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar. Het eventuele verschil wordt van het basisbedrag afgetrokken.

i) de terugbetaling van vruchtbaarheidsbehandelingen is beperkt tot 250,00 EUR per verzekerde en per schadegeval.

4. Eindbedrag

Het eindbedrag dat voor vergoeding in aanmerking komt, wordt bekomen door van het resultaat dat bekomen werd na toepassing van de regels zoals beschreven in de artikels 5.1 tot en met 5.3, de franchise af te trekken voor zover dit van toepassing is.

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

Artikel 6 WAT VERSTAAN WIJ ONDER VOORAFGAANDE VERKLARINGEN?

Deze verzekering is gebaseerd op de voorafgaande verklaringen aan ons ; 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 Maatschappij 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 ziekte of aandoening waarvan de symptomen zich op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst reeds hadden gemanifesteerd en deze ziekte of 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 7 WAT VERZEKEREN WIJ NIET?

1. De beschreven waarborgen worden niet verleend voor de kosten die het gevolg zijn van:
 - natuurrampen;
 - oorlogsfeiten, vijandelijkheden, militaire bezettingen, burgerlijke of politieke onlusten of politieke aanslagen voor zover de verzekerde er vrijwillig en actief heeft aan deelgenomen.

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;

- oproer, onlusten, collectieve gewelddaden met politieke, ideologische of sociale inslag, die al dan niet gepaard gaan met opstand tegen de overheid, als de verzekerde er actief en vrijwillig aan deelneemt;
- 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;
- ziekten, toestanden of letsels die de verzekerde overkomen terwijl hij in staat van alcoholintoxicatie, dronkenschap of geestelijke ontreddeering verkeert of onder invloed van verdovingsmiddelen is, als er een rechtstreeks verband bestaat tussen die invloed of die staat en de oorzaak van de hospitalisatie;
- drankzucht en eender welke vorm van toxicomanie en de gevolgen;
- 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 de Maatschappij): 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;

2. Zijn evenmin gedekt, alle kosten voor:
 - sterilisaties, contraceptieve behandelingen, kunstmatige bevruchtelingen, vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen, behandelingen van impotentie en geslachtsveranderingen (behalve de uitzondering voorzien in artikel 5.3.i);
 - esthetische behandelingen die niet rechtstreeks het gevolg zijn van een ziekte of een ongeval waarvoor de verzekeringswaarborg geldt;
 - borstreducties en borstvergrotingen, liposucties, vetschortverwijderingen;
 - maagreducties en andere heelkundige ingrepen met de bedoeling gewichtsvermindering te bekomen;
 - ieder verblijf in een kuur-, bad- of herstellingsoord;

- 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 tussenkomt, net als voor elke volledige of gedeeltelijke tandextractie die medisch noodzakelijk is onder algemene verdoving in een verplegingsinstelling.

Artikel 8 **BEGIN EN DUUR VAN DE VERZEKERING.**

De verzekering gaat in op de dag die in de Bijzondere Voorwaarden van de polis vermeld staat, mits ontvangst door ons van de ondertekende polis, maar ten vroegste op de dag dat de eerste premie betaald is.

Door ondertekening van het contract krijgen de bepalingen uit de Algemene en de Bijzondere Voorwaarden kracht van wet.

De aanvangsdatum van het contract kan nooit voor de datum liggen waarop het voorstel bij ons binnenkomt.

De verzekeringswaarborg vangt aan op de in de Bijzondere Voorwaarden vastgestelde aanvangsdatum na verloop van de wachttijd.

De verzekering wordt voor het leven aangegaan.

Artikel 9 **EINDE VAN DE VERZEKERING.**

Het contract wordt beëindigd bij uw overlijden. 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.

U kan de verzekering jaarlijks beëindigen, door middel van een aangetekend schrijven, 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.

De verzekeringnemer brengt Ons schriftelijk of elektronisch (op het adres retailhosp@dvvlap.be) op de hoogte van het tijdstip waarop een gezinslid een individuele hospitalisatieverzekeringsovereenkomst bij de Maatschappij 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.

Artikel 10 **PREMIEBETALING**

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

U betaalt de premie ofwel rechtstreeks aan ons, ofwel aan de personen die met de inning ervan belast zijn en dit op basis van een door onze directie ondertekend vervaldagbericht.

Als u een premie (of een deel ervan), met inbegrip van de taks en kosten, niet betaalt, stellen wij u per aangetekende brief in gebreke. Als u hieraan geen gevolg geeft binnen vijftien dagen na afgifte van deze aangetekende brief bij de post, wordt de polis geschorst en zijn de schadegevallen die zich voordoen vanaf dat ogenblik niet verzekerd.

De schorsing van de dekking neemt een einde om nul uur van de dag die volgt op de ontvangst door Ons van alle achterstallige premies, taksen en kosten inbegrepen.

Als u een premie (of een deel ervan), met inbegrip van de taks en kosten, niet betaalt, mogen wij het contract opzeggen na vijftien dagen te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing. In dat geval vervalt het recht op terugbetaling. Als u ons uitdrukkelijk schriftelijk meedeelt dat u de betaling van de premies staakt, moeten wij deze aangetekende brief niet versturen.

Artikel 11 **WAARTOE BENT U OF DE VERZEKERDE VERPLICHT BIJ SCHADEGEVAL?**

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. Hiervoor moet hij het aangifteformulier invullen dat wij hiervoor ter beschikking stellen.

Indien nodig kunnen we bijkomende informatie vragen via een daartoe bestemd formulier, dat de huisarts of de behandelende geneesheer moet invullen.

De verzekerde kosten worden terugbetaald na voorlegging van de originele onkostennota's, van de afrekening der terugbetalingen van een ziekenfonds en van ieder bewijs van tegemoetkoming in uitvoering van een privéverzekering.

Wij moeten deze bewijsstukken ten laatste één jaar na de datum van de prestaties ontvangen. Ze blijven in ons bezit. Als wij dit nodig achten, mogen 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.

Artikel 12

HOE WORDEN DE VERGOEDINGEN BETAALD?

Onder voorbehoud van aanvaarding van het schadedossier, betalen wij de vergoedingen binnen de twee weken na ontvangst van de originele onkostennota's.

Bij betwisting betalen wij binnen de twee weken nadat het geschil in uw voordeel werd beslecht. Onder hetzelfde voorbehoud betalen wij eveneens binnen de twee weken 50% van het voorschot, nadat u een bewijs van betaling van het voorschot hebt overgemaakt.

Als wij ons niet aan deze afspraak houden, verbinden wij ons er toe een interest te betalen van 10% (op jaarbasis) op de aan u verschuldigde som, met een minimum van 2,50 EUR.

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.

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 13

IS ER AFSTAND VAN VERHAAL?

Wij treden in alle rechten en vorderingen, die de verzekerde op de aansprakelijke derde kan hebben.

De verzekerde mag bijgevolg geen afstand doen van om het even welk verhaal, zonder onze voorafgaande instemming.

Artikel 14

WAT BIJ 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 gereede partij. Elke partij betaalt de honoraria van haar scheidsrechter en de helft van de honoraria van de derde.

Artikel 15

WAT BIJ WIJZIGING VAN VOORWAARDEN OF TARIEF?

Onverminderd de toepassing van artikel 21 octies § 2 van de wet van 9 juli 1975, kan de Maatschappij de voorwaarden of het tarief als volgt wijzigen:

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

Artikel 16

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 17

WAAR KUNT U TERECHT MET EEN PROBLEEM OF EEN KLACHT?

Wie kan een klacht indienen?

Ieder persoon van wie kan worden aangenomen dat hij een belang heeft om een klacht in overweging te laten nemen door een verzekeringsonderneming, met name kandidaat-verzekeringnemers, verzekeringnemers, verzekerden, begunstigen en benadeelde derden, kunnen een klacht indienen.

Bij wie kan u een klacht indienen bij DVV?

In eerste instantie kan u terecht bij uw consulent, evenals bij de dossierbeheerder bij DVV. Zij stellen alles in het werk om uw klacht naar uw volledige voldoening en binnen een redelijke termijn af te handelen.

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 verzekeringen. Deze onafhankelijke dienst binnen DVV zal uw klacht onderzoeken en u binnen een redelijke termijn een antwoord bezorgen.

De klachtenbehandelingsprocedure van DVV is op eenvoudig verzoek verkrijgbaar en beschikbaar op de website van DVV (www.dvv.be).

Hoe kan ik een klacht melden bij DVV?

- o Per email: klachtendienstdvv@dvv.be
- o Telefonisch op het nummer +32 2 286.66.66
- o Per gewone post: DVV verzekeringen - Klachtendienst - Galileelaan 5 - 1210 Brussel

Is er een beroepsmogelijkheid?

Indien het antwoord van de Klachtendienst van DVV niet naar voldoening is, kan u ook terecht bij de Ombudsman van de verzekeringen (de Meesplantsoen 35 - 1000 Brussel - Tel.: +32 2 547.58.71 - Email: info@ombudsman.as - Website: www.ombudsman.as). Voor arbeidsongevallen is het Fonds voor Arbeidsongevallen (Troonstraat 100 - 1050 Brussel - Tel.: +32 2 506.84.72 -

Email: inspect@faofat.fgov.be - Website: www.faofat.fgov.be) bevoegd. Deze instanties kunnen uw klacht slechts in behandeling nemen indien u kan aantonen dat u de klacht eerder al liet behandelen door DVV.

De rol van deze erkende entiteiten voor de buitengerechtelijke regeling van consumentengeschillen en alsook hun procedure zijn beschikbaar op hun website.

Voor de behandeling van uw klacht worden geen kosten aangerekend, noch bij DVV, noch bij de genoemde beroepsinstanties.

Het indienen van een klacht bij DVV of bij de genoemde beroepsinstanties doet geen afbreuk aan uw recht om desgevallend het geschil aanhangig te maken voor de bevoegde Belgische rechtbanken.

Artikel 18

BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER

De verzekeringnemer en/of verzekerde(n) geeft (geven) hiermee aan Belins NV (ook gekend onder de merk- en handelsnaam "DVV") en haar verzekeringsconsulent, als verantwoordelijken voor de verwerking, toestemming om alle persoonsgegevens te verwerken voor zover dit wettelijk verplicht of toegelaten is, of voor zover dit noodzakelijk of aangewezen is voor het beheer en de uitvoering van de afgesloten overeenkomsten, de evaluatie van de cliëntenrelatie, de risicobeoordeling, het voorkomen van misbruiken en de fraudebestrijding.

DVV kan contracten voor de levering van diensten afsluiten met derden die in het kader van hun opdrachten bepaalde persoonsgegevens beheren. DVV treft de nodige maatregelen opdat die derden het vertrouwelijke karakter van deze gegevens zouden vrijwaren en om de beveiliging van deze gegevens te waarborgen, in het bijzonder ook wanneer dit tot gevolg heeft dat persoonsgegevens worden overgedragen naar landen buiten de Europese Unie met een wetgeving die geen evenwaardig beschermingsniveau voor persoonsgegevens biedt als in België of de Europese Unie.

Uitsluitend met het oog op de verwerking en administratieve afhandeling van de overeenkomst geeft (geven) de verzekeringnemer en/of verzekerde(n) hiermee zijn/haar (hun) uitdrukkelijke toestemming voor de verwerking van gegevens aangaande zijn/haar gezondheidstoestand. Deze gegevens kunnen enkel verwerkt worden door de raadgevende geneesheer, de verzekeringsconsulent en de personeelsleden van DVV voor zover zij belast zijn met één of meer taken die met het voorgaande verband houden en tot eventuele derden waarvan de tussenkomst noodzakelijk of aangewezen is bij de uitvoering van voormelde taken, overeenkomstig artikel 7 van de Wet van 8 december 1992 tot Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer.

De verzekeringnemer en/of verzekerde(n) geeft (geven) hierbij tevens zijn/haar (hun) toestemming aan zijn/haar behandelende arts om na zijn/haar overlijden een verklaring over de doodsoorzaak te geven aan de raadgevend geneesheer van DVV.

De verzekeringnemer en/of verzekerde(n) geeft (geven) DVV en haar verzekeringsconsulent de toestemming om zijn/haar (hun) persoonsgegevens te verwerken met het oog op het verstrekken per telefoon, post, e-mail, fax enz. van marketing, promotionele en andere informatie over producten en diensten van DVV.

De verzekeringnemer en/of verzekerde(n) kan/kunnen zich hiertegen verzetten door een mail te versturen aan privacycc@dvvlap.be of door contact op te nemen met zijn of haar verzekeringsconsulent.

De verzekeringnemer en/of verzekerde(n) heeft (hebben) een recht op toegang tot en verbetering van zijn/haar (hun) persoonsgegevens. Hij/zij kan (kunnen) hiervoor een schriftelijk verzoek indienen bij DVV, met toevoeging van een kopie van zijn/haar identiteitskaart.

Galileelaan 5
B-1210 Brussel
RPR Brussel BTW BE 0405.764.064
IBAN BE98 7995 5012 5293
BIC GKCCBEBB

Algemene Voorwaarden
0037-ZRHMXN-062015

DVV verzekeringen

HOSPIMAX

Bovendien kan (kunnen) hij/zij het openbaar register raadplegen bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer.

Artikel 19
TERRORISME

Wij dekken de schade veroorzaakt door terrorisme volgens de modaliteiten en beperkingen voorzien door de wet van 1 april 2007 met betrekking tot de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme.

We zijn hiertoe lid van de VZW TRIP. De uitvoering van alle verbintenissen van alle verzekeringsondernemingen die lid zijn van deze VZW, wordt beperkt tot het geïndexeerde bedrag van 1 miljard EUR per kalenderjaar voor de schade veroorzaakt door alle gebeurtenissen erkend als terrorisme voorgevallen tijdens dat kalenderjaar voor alle onderdanen samen over de gehele wereld.

De schade veroorzaakt door wapens of tuigen bestemd tot ontploffing door een wijziging van de structuur van de atoomkern is niet gedekt door dit contract.