

Auteursrechterlijke overeenkomst

Opdat de Universiteit Hasselt uw eindverhandeling wereldwijd kan reproduceren, vertalen en distribueren is uw akkoord voor deze overeenkomst noodzakelijk. Gelieve de tijd te nemen om deze overeenkomst door te nemen, de gevraagde informatie in te vullen (en de overeenkomst te ondertekenen en af te geven).

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling met

Titel: Hospitalisatieverzekeringen : nieuwe regelgeving en vergelijkende studie

Richting: master in de toegepaste economische wetenschappen - beleidsmanagement

Jaar: 2008

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Ik ga akkoord,

JASPERS, Jan

Datum: 5.11.2008

Hospitalisatieverzekeringen

Nieuwe regelgeving en vergelijkende studie

Jan Jaspers

promotor :

Prof. dr. Georges HEEREN

Woord vooraf

Deze thesis is geschreven met als doel het behalen van de graad Master in de Toegepaste Economische Wetenschappen met afstudeerrichting Beleidsmanagement. Het centrale thema waar deze thesis van uitgaat is de hospitalisatieverzekering. Er wordt stilgestaan bij de problematiek omtrent de hospitalisatieverzekering en bij een vergelijkende studie van aangeboden hospitalisatieverzekeringspolissen.

Deze thesis was nooit tot stand kunnen komen zonder de hulp van andere mensen. Het is daarom dat ik aan het begin van deze thesis een dankwoord richt tot alle mensen die mij geholpen hebben met de realisatie van dit werk.

Allereerst zou ik graag mijn promotor Prof. dr. G. Heeren willen danken voor de deskundige hulp die hij mij geboden heeft.

Vervolgens wil ik de volgende mensen bedanken die mij de nodige informatie in verband met de hospitalisatieverzekeringen, aangeboden door de private verzekeringsmaatschappijen, hebben verschaft: Bormans Patricia, Geraerts Jos en Vandersteegen Francis.

Verder bedank ik Labio Erik van Assuralia voor het aanreiken van literatuur in verband met de hospitalisatieverzekeringen. Ook wil ik via deze weg de bibliotheek van KBC-Verzekeringen te Leuven bedanken voor de medewerking.

Tenslotte richt ik een dankwoord tot mijn ouders en vriendin voor de steun die zij mij geboden hebben tijdens mijn opleiding en het verwezenlijken van deze eindverhandeling.

Jan Jaspers

Genk, 10 mei 2008

Samenvatting

De laatste jaren kampt men met het probleem van de hoge ziekenhuiskosten. Een deel van de last van deze kosten wordt gedragen door de verplichte ziekteverzekering, maar er blijft nog een aanzienlijk deel ten laste van de patiënt. Het aandeel dat ten laste blijft van de patiënt, het remgeld, wordt steeds hoger. De verklaring hiervoor vindt men terug in het feit dat de sociale zekerheid onder een grote druk staat, ondermeer door het fenomeen van de vergrijzing. Doordat een steeds groter deel van de ziekenhuiskosten ten laste blijven van de patiënten is het van belang dat men zich hiertegen kan beschermen. Een manier om zich hiertegen te beschermen is door het afsluiten van een aanvullende hospitalisatieverzekering.

Het is vandaag de dag niet zo vanzelfsprekend om dergelijke verzekering af te sluiten. In de verzekeringssector wordt de tak van de hospitalisatieverzekering beschouwd als het zorgenkindje. Doordat er een steeds groter aandeel van de hospitalisatiekosten op de schouders van de patiënten komen te liggen, dienen de verzekeringsmaatschappijen steeds meer kosten te vergoeden. Dit heeft tot gevolg dat de premies fors stijgen, en dit leidt op zijn beurt tot het feit dat steeds minder mensen een hospitalisatieverzekering kunnen afsluiten. Het eerste deel van dit werk focust zich op het beantwoorden van de volgende centrale onderzoeksvraag: 'Hoe kan men nu de hospitalisatieverzekering toegankelijk maken voor een zo breed mogelijk publiek?'.

Omdat dit een zeer algemene vraag is, wordt deze opgesplitst in drie deelvragen, die elk apart handelen over de problematiek dat niet meer alle mensen een hospitalisatieverzekering kunnen afsluiten. De drie deelvragen luiden als volgt:

- Hoe kan men forse stijgingen van de premies vermijden?
- Hoe kan men de uitsluiting van chronisch zieken en gehandicapten tegengaan?
- Hoe kan men garanderen dat men een hospitalisatieverzekering individueel kan verder zetten, na het verliezen of verlaten van het werk?

Daar deze thesis geschreven wordt met als doel het behalen van de graad Master in de Toegepaste Economische Wetenschappen, met als afstudeerrichting Beleidsmanagement, wordt er gekeken hoe de overheid een antwoord biedt op deze deelvragen.

Vooraleer men kan overgaan tot het beantwoorden van deze vragen, dient men een beter inzicht te krijgen in de werking van de hospitalisatieverzekering. De hospitalisatieverzekering is als het ware een aanvulling op de verplichte ziekteverzekering. Deze verplichte ziekteverzekering maakt deel uit van de Belgische sociale zekerheid. Dit is dan ook de reden waarom in het tweede hoofdstuk van dit werk wordt stilgestaan bij de werking van de sociale zekerheid in België.

In dit hoofdstuk wordt allereerst het begrip sociale zekerheid toegelicht, met in het bijzonder de solidariteit als basisregel van de sociale zekerheid.

Verder in dit hoofdstuk worden de drie statuten, die opgenomen worden in de sociale zekerheid, uitgewerkt. Zo onderscheidt men het statuut van werknemer, zelfstandige en deze van (federale) ambtenaar. Voor elk van deze statuten worden bondig de regelingen met betrekking tot de sociale zekerheid uiteengezet.

Omdat dit werk specifiek over de hospitalisatieverzekering handelt, wordt enkel de verplichte ziekteverzekering als tak van de sociale zekerheid besproken in dit tweede hoofdstuk. In deze rubriek wordt er ondermeer toegelicht wie de rechthebbenden zijn van deze verplichte ziekteverzekering en tegen welke kosten van geneeskundige verstrekkingen de verplichte ziekteverzekering een bescherming biedt. Dit werk beperkt zich niet tot het uiteenzetten van de kosten die in aanmerking komen voor een bescherming, maar de geldende terugbetalingregimes worden eveneens uitgeklaard. Tevens bespreekt deze thesis de werking van de 'Maximum Factuur', een regeling die de gezondheidszorg voor een zo breed mogelijk publiek toegankelijk wil maken.

Het derde hoofdstuk geeft een theoretisch inzicht omtrent de hospitalisatieverzekering. Zo wordt er besproken wat men kan verstaan onder een hospitalisatieverzekering in de vorm van een definitie. Ook worden de kosten die recht geven op een dekking door de hospitalisatieverzekering kort toegelicht. De factoren die een invloed hebben op de hoogte van de premie komen eveneens aan bod. Om het derde hoofdstuk af te ronden wordt stilgestaan bij de aanbieders van de hospitalisatieverzekering. Zo onderscheidt men enerzijds de private verzekeringsmaatschappijen, en anderzijds de mutualiteiten. Tevens worden de gronden waarop beide aanbieders van elkaar verschillen uiteengezet.

Door middel van de invoering van nieuwe regelgeving inzake de hospitalisatieverzekering aangeboden door de privé-verzekeraars, tracht de overheid een antwoord te geven op de problematiek aangehaald in het eerste hoofdstuk. Deze nieuwe regelgeving zal in het vierde hoofdstuk uitgewerkt worden. Allereerst wordt er in dit hoofdstuk stilgestaan bij de voorgeschiedenis van deze nieuwe regelgeving. In wat volgt zal de nieuwe wetgeving artikelsgewijs toegelicht worden.

Het tweede deel van deze thesis vormt een praktijkstudie, meer bepaald een vergelijkende studie van aangeboden hospitalisatieverzekeringen. Zoals eerder werd aangehaald, kan men een hospitalisatieverzekering afsluiten bij twee soorten aanbieders, namelijk de private verzekeringsmaatschappijen en de mutualiteiten.

Het vijfde hoofdstuk maakt een vergelijking tussen polissen van drie hospitalisatieverzekeringen aangeboden door DKV, Ethias en KBC, met andere woorden de private verzekeringsmaatschappijen. De polissen worden er aan de hand van enkele kenmerken die van toepassing zijn op de hospitalisatieverzekeringen vergeleken.

De vergelijking van de drie hospitalisatiediensten aangeboden door de mutualiteiten vindt men terug in hoofdstuk 6 van deze thesis. Deze hospitalisatiediensten worden vergeleken aan de hand van dezelfde kenmerken die van toepassing zijn bij de hospitalisatieverzekeringsspolissen aangeboden door de private verzekeringsmaatschappijen.

In hoofdstuk 7 wordt een vergelijking gemaakt tussen de hospitalisatiediensten aangeboden door de mutualiteiten en de hospitalisatieverzekeringen aangeboden door de private verzekeringsmaatschappijen. Hierdoor wordt het duidelijk op welke punten de hospitalisatiediensten en de hospitalisatieverzekeringen van elkaar verschillen.

Om af te sluiten geeft het laatste hoofdstuk een allesomvattende conclusie over de onderwerpen die in deze thesis aan bod gekomen zijn.

Inhoudsopgave

Woord vooraf

Samenvatting

1	Inleiding	9
1.1	Forse stijgingen van de premies	9
1.2	Uitsluiting van chronisch zieken en gehandicapten	11
1.3	Geen individuele voortzetting na het verlaten of verliezen van het werk	12
2	Sociale zekerheid	14
2.1	Begrip	14
2.2	Statuten in de sociale zekerheid	16
2.2.1	Statuut van werknemer	16
2.2.2	Statuut van zelfstandige	18
2.2.3	Statuut van (federale) ambtenaar	20
2.3	De verplichte ziekteverzekering	21
2.3.1	Rechthebbenden	21
2.3.2	Geneeskundige verstrekkingen	23
2.3.3	Terugbetalingstarieven	23
2.3.3.1	Geneeskunde	23
2.3.3.2	Apotheek	25
2.3.3.3	Ziekenhuis	27
2.3.3.4	Andere verzorgingsinstellingen	35
2.3.4	De maximumfactuur (MaF)	35
2.3.4.1	Sociale maximumfactuur	36
2.3.4.2	Inkomens maximumfactuur	37
2.4	Besluit	37
3	Hospitalisatieverzekering	38
3.1	De aanvullende ziektekostenverzekering	38
3.2	De hospitalisatieverzekering	39
3.2.1	Definitie	40
3.2.2	Welke kosten worden gedekt?	40
3.2.3	Premie	41
3.2.4	Aanbieders	44
3.2.4.1	Privé-verzekeraars	45
3.2.4.2	Mutualiteiten	47
4	Nieuwe regelgeving	51
4.1	Aanleiding tot het wetsontwerp	51
4.2	De nieuwe wettelijke regelingen inzake de hospitalisatieverzekering	54
4.2.1	Inleidende bepalingen	54
4.2.2	Individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten	55
4.2.2.1	Toepassingsgebied	55

4.2.2.2	Duur van de verzekeringsovereenkomst	56
4.2.2.3	Wijziging van het tarief en de voorwaarden van de overeenkomst	57
4.2.2.4	Onbetwistbaarheid	58
4.2.2.5	Chronisch zieken en personen met een handicap	60
4.2.3	Individuele voortzetting van een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst	61
4.2.3.1	Toekenningsvoorwaarden	61
4.2.3.2	Door de verzekeraar te verstrekken informatie	63
4.2.3.3	Waarborgen	63
4.2.3.4	De premie.....	64
4.3	Conclusie	65

5 Vergelijking hospitalisatieverzekeringen van de private verzekeringsmaatschappijen 66

5.1	Voorstelling van de maatschappijen	66
5.1.1	DKV	66
5.1.2	Ethias.....	67
5.1.3	KBC	67
5.2	Polisvoorwaarden private verzekeringsmaatschappijen	68
5.2.1	De aanvaardingsvoorwaarden.....	68
5.2.2	De waarborgen	69
5.2.2.1	Waarborg hospitalisatie	69
5.2.2.1.1	DKV.....	69
5.2.2.1.2	Ethias	70
5.2.2.1.3	KBC.....	72
5.2.2.2	Waarborg pré- en posthospitalisatie	73
5.2.2.2.1	DKV.....	74
5.2.2.2.2	Ethias	75
5.2.2.2.3	KBC.....	75
5.2.2.3	Waarborg ernstige ziekten	76
5.2.2.3.1	DKV.....	77
5.2.2.3.2	Ethias	78
5.2.2.3.3	KBC.....	78
5.2.3	De wachttijd.....	79
5.2.3.1	DKV	79
5.2.3.2	Ethias	80
5.2.3.3	KBC	80
5.2.4	De uitsluitingen	81
5.2.4.1	DKV	81
5.2.4.2	Ethias	82
5.2.4.3	KBC	83
5.2.5	De territoriale geldigheid	84
5.2.5.1	DKV	84
5.2.5.2	Ethias	84
5.2.5.3	KBC	84
5.2.6	De premie en de niet-betaling van de premie	85

5.2.6.1	DKV	85
5.2.6.2	Ethias	88
5.2.6.3	KBC	89
5.3	Samenvattende tabel polisvoorwaarden private verzekeringsmaatschappijen	92
6	Vergelijking hospitalisatiediensten van de mutualiteiten	95
6.1	Voorstelling van de mutualiteiten	95
6.1.1	Christelijke Mutualiteit Limburg	95
6.1.2	Liberale Mutualiteit Limburg	95
6.1.3	Voorzorg Limburg	96
6.2	Polisvoorwaarden mutualiteiten	97
6.2.1	De aanvaardingsvoorwaarden.....	97
6.2.1.1	Christelijke Mutualiteit Limburg	97
6.2.1.2	Liberale Mutualiteit Limburg	98
6.2.1.3	Voorzorg Limburg	98
6.2.2	De waarborgen	99
6.2.2.1	Waarborg hospitalisatie	99
6.2.2.1.1	Christelijke Mutualiteit Limburg	99
6.2.2.1.2	Liberale Mutualiteit Limburg.....	102
6.2.2.1.3	Voorzorg Limburg.....	105
6.2.2.2	Waarborg pré- en posthospitalisatie	107
6.2.2.2.1	Christelijke Mutualiteit Limburg	108
6.2.2.2.2	Liberale Mutualiteit Limburg.....	109
6.2.2.2.3	Voorzorg Limburg.....	109
6.2.2.3	Waarborg ernstige ziekten	109
6.2.2.3.1	Christelijke Mutualiteit Limburg	111
6.2.2.3.2	Liberale Mutualiteit Limburg.....	112
6.2.2.3.3	Voorzorg Limburg.....	112
6.2.3	De wachttijd.....	114
6.2.3.1	Christelijke Mutualiteit Limburg	114
6.2.3.2	Liberale Mutualiteit Limburg	115
6.2.3.3	Voorzorg Limburg	116
6.2.4	De uitsluitingen	117
6.2.4.1	Christelijke Mutualiteit Limburg	117
6.2.4.2	Liberale Mutualiteit Limburg	118
6.2.4.3	Voorzorg Limburg	119
6.2.5	De territoriale geldigheid	121
6.2.5.1	Christelijke Mutualiteit Limburg	121
6.2.5.2	Liberale Mutualiteit Limburg	121
6.2.5.3	Voorzorg Limburg	122
6.2.6	De bijdragen en niet-betaling bijdragen	122
6.2.6.1	Christelijke Mutualiteit Limburg	123
6.2.6.2	Liberale Mutualiteit Limburg	124
6.2.6.3	Voorzorg Limburg	124

6.3	Samenvattende tabel polisvoorwaarden mutualiteiten	126
7	Conclusies vergelijkende studie	131
7.1	De aanvaardingsvoorwaarden.....	131
7.2	De waarborgen	132
7.2.1	Waarborg hospitalisatie	132
7.2.2	Waarborg pré- en posthospitalisatie	141
7.2.3	Waarborg ernstige ziekten	144
7.3	De wachttijd.....	145
7.4	Territoriale geldigheid.....	148
7.5	De premie.....	150
8	Conclusie.....	155
	Lijst van geraadpleegde werken	158
	Lijst van geraadpleegde sites	160
	Overzicht van de tabellen	163
	Bijlagen	165

1 Inleiding

Deze thesis handelt over de hospitalisatieverzekeringen. Deze verzekering is de laatste jaren zeer gegeerd, en dit wordt nog versterkt door de hoog oplopende medische kosten die optreden tijdens een ziekenhuisopname. Maar er schuilen enkele problemen bij dit type verzekering aangeboden door de private verzekeringsmaatschappijen. Deze problemen treffen zowel de verzekeringnemers als de verzekeraars. Dit alles maakt van de hospitalisatieverzekeringen een zorgenkindje in de branche van de verzekeringen. Er dienen dan ook oplossingen gevonden te worden om de problemen met betrekking tot de hospitalisatieverzekering te elimineren.

Hoe kan men nu de hospitalisatieverzekering toegankelijk maken voor een zo breed mogelijk publiek? Dit kunnen we beschouwen als de centrale onderzoeksvraag van deze thesis. Om een antwoord te kunnen bieden op deze algemene vraag kan men deze best opdelen in enkele deelvragen. Deze deelvragen hebben elk betrekking op topics die aan de basis liggen van het feit dat niet iedereen een hospitalisatieverzekering kan afsluiten. De volgende drie deelvragen zullen verder in dit hoofdstuk toegelicht worden:

- Hoe kan men forse stijgingen van de premies vermijden?
- Hoe kan men de uitsluiting van chronisch zieken en gehandicapten tegengaan?
- Hoe kan men garanderen dat men een hospitalisatieverzekering individueel kan verder zetten, na het verliezen of verlaten van het werk?

Indien men een oplossing kan formuleren voor deze drie deelvragen, kan men de hospitalisatieverzekering voor meer mensen toegankelijk maken dan nu reeds het geval is.

Deze deelvragen worden hierna kort toegelicht aan de hand van enkele theoretische inzichten.

1.1 Forse stijgingen van de premies

Men kan twee trends in de hospitalisatieverzekeringssector onderscheiden. De eerste is die van de stijgende premies van de hospitalisatieverzekering. In 2007 hebben de verzekeringsmaatschappijen hun premies fors doen stijgen, wat voor grote problemen zorgt. Zo haalt Lekeux (2006)¹ aan dat het voor sommige mensen haast onbetaalbaar is om een verzekering te onderschrijven. En mensen die geen hospitalisatieverzekering meer kunnen afsluiten moeten een groot deel van de medische kosten bij opname in het ziekenhuis, dat wat de verplichte ziekteverzekering niet dekt, zelf dragen, hetgeen maatschappelijke problemen tot gevolg heeft.

¹ Lekeux, L. (2006). Individuele ziekteverzekering. Tariefstijging en hervorming. *De Verzekeringswereld*, 15, 29.

Een tweede trend in de hospitalisatiesector is het feit dat sommige verzekeringsmaatschappijen stoppen met het aanbieden van hospitalisatieverzekeringen. Zo kan men ING en AGF aanhalen als voorbeelden ("Hospitalisatie steeds duurder", 2006)². Het is voor sommige verzekeringsmaatschappijen een verlieslatende tak, waardoor ze dan ook beslissen om het niet meer aan te bieden.

De oorsprong van deze trends ligt bij de stijgende kosten van de gezondheidszorg. Deze kosten vormen een enorme financiële druk op de sociale zekerheid. Pieters en Schoukens³ verklaren deze stijgende kosten in 2006 aan de hand van drie redenen.

Een eerste reden is dat de bevolking veroudert, wat men het proces van de vergrijzing noemt. De oorsprong van het vergrijzingsprobleem ligt in de na-oorlogse periode. In de periode 1945-1960 kon men een stijging van het geboortecijfer opmerken, dat te danken was aan de optimistische toekomstvooruitzichten. In de jaren '60, nam het geboortecijfer echter wat af, door de dreiging van het conflict tussen de Verenigde Staten en de Voormalige Sovjet-Unie. Het gevolg van deze baby-boom was dat men in de jaren '60 veel arbeidskrachten had. Deze zorgden op hun beurt voor een grote economische groei en voor een hogere levensstandaard. Een implicatie van deze hogere levensstandaard is dat de mensen ouder worden. Door het feit dat mensen ouder worden, hebben zij ook behoefte aan meer gezondheidszorg, wat dus een verhoging van de kosten voor gezondheidszorg met zich meebrengt.

Een volgende reden die Pieters en Schoukens aanhalen is het feit dat de gezondheidszorg tegenwoordig duurder en gesofisticeerder is. Ook De Wilde (1998)⁴ is die mening toegedaan. Door de technologische ontwikkelingen krijgt men te maken met een snelle stijging van de uitgaven. Dit komt niet alleen door de hoge prijs van deze nieuwe technieken, maar ook omwille van het feit dat mensen met ziekten die vroeger ongeneeslijk waren nu gered kunnen worden door een dure medische behandeling (De Wilde, 1998).

De derde reden voor de stijgende kosten van de gezondheidszorg die Pieters en Schoukens vernoemen is het toegenomen aanbod van gezondheidszorgdiensten. De Wilde (1998) heeft het zelfs over een overaanbod. Hij beweert dat er overaanbod is aan artsen, ziekenhuizen, zware medische diensten, tandartsen en kinesitherapeuten. Om hun inkomsten te garanderen proberen deze aanbieders de behoefte op te trekken. In economische termen noemt men dit aanbod-geïnduceerde vraag. Vooral onderzoeken zijn het gevoeligst voor overconsumptie, omdat de patiënt hier slechts een kleine eigen bijdrage moet betalen. Uit gebrek aan informatie en uit bezorgdheid om zijn gezondheid spreekt hij de arts niet tegen wanneer deze een onderzoek aanbeveelt.

² Hospitalisatie steeds duurder. (2006). *Cash*, 40, 36.

³ Pieters, D., & Schoukens, P. (2006). *Triptiek sociale zekerheid*. Leuven: Acco.

⁴ De Wilde, D. (1998). *Hoe ziek is de Belgische gezondheidssector: Heden en toekomst van de ziekteverzekering*. Leuven: Van Halewyck.

Door deze hoge gezondheidszorgkosten beperkt de verplichte ziekteverzekering, een pijler van de Belgische sociale zekerheid, zijn terugbetalingen. Dit heeft als gevolg dat de mensen zelf een groot deel van de medische kosten moeten dragen. Om zich tegen het risico van de hoge medische kosten te beschermen, kunnen zij een aanvullende ziektekostenverzekering afsluiten. Dus de overheid wentelt op deze manier de hoge gezondheidszorgkosten af op de privé-verzekeraar. Doordat deze laatste op zijn beurt ook meer en meer klanten krijgt, gaat het risico voor hen ook stijgen, zodat zij verplicht zijn hun premies te laten stijgen.

De afname van de terugbetalingen door de verplichte ziekteverzekering brengen heel wat problemen met zich mee voor zowel de burger als voor de privé-verzekeraar.

1.2 Uitsluiting van chronisch zieken en gehandicapten

Voor sommige mensen is het gewoon onmogelijk om een hospitalisatieverzekering af te sluiten. Het gaat hier dan vooral om chronisch zieken en gehandicapten. Om te begrijpen waarom deze mensen vandaag de dag uitgesloten worden in de hospitalisatieverzekering, moeten we eerst weten hoe de verzekeringsmaatschappijen te werk gaan.

Deze maatschappijen zijn bereid om risico's over te nemen van hun klanten in ruil voor premiebetalingen (Van Velthoven & Van Wijck, 2007)⁵. Deze premie wordt door Anseeuw (2005)⁶ omschreven als, de kostprijs voor de verzekeringsmaatschappij, die als het ware een vertaling is van de geschatte kans op een schadegeval van een risico. Met andere woorden, de premies die verzekeringnemers moeten betalen, moeten de kosten voor de verzekeraars dekken indien zich het risico voordoet. De verzekeringsmaatschappijen proberen het risico dat het schadegeval met zich meebrengt te beperken, door het risico te spreiden over een grote groep van personen. Een techniek die zij hiervoor gebruiken is segmentatie of differentiëring (Anseeuw, 2005). Aan de hand van deze methode trachten de maatschappijen de te verzekeren risico's in te delen in zo homogeen mogelijke risicogroepen (Van Schoubroeck et al., 2007)⁷. Deze groepen van risico's probeert men zo te organiseren dat elke groep samengesteld is uit personen met een gelijkaardig risicoprofiel, waardoor de totale premie voldoende hoog is om de schadelast binnen deze groep te dragen.

Anseeuw (2005) wijst er ook nog op dat indien verzekeringsmaatschappijen niet zouden differentiëren, zich er twee marktfalingen kunnen voordoen op de verzekeringsmarkt, namelijk adverse selection en moral hazard. De Borger & Van Poeck⁸ definiëren in 2004 adverse selection als het feit dat "een privaat bedrijf de 'verkeerde' types klanten zou aantrekken en dat daardoor uiteindelijk de markt zou falen"(p. 280). Volgens de auteurs trekken zij de 'verkeerde' klanten aan omdat zij hun risico niet volledig kunnen voorspellen. De maatschappijen kunnen zich wel informeren over de

⁵ Van Velthoven, B.C.J., & Van Wijck, P.W. (2007). *Recht en efficiëntie*. Deventer: Kluwer.

⁶ Anseeuw, S. (2005). *Voorstel van resolutie betreffende een betere verzekerbaarheid van chronische zieken en gehandicapten*. Opgevraagd op 15 maart 2007, van de volgende website:
<http://www.senate.be/www/?Mival=/publicatons/viewPubDoc&TID=50343568&LANG=nl>

⁷ Van Schoubroeck, C., et al. (2007). *Discriminatie in de verzekering*. Leuven: Maklu-Uitgevers.

⁸ De Borger, B., & Van Poeck, A. (2004). *Algemene Economie*. Antwerpen: Uitgeverij De Boeck.

gezondheidstoestand van de klant, maar kunnen geen perfect risicobeeld verkrijgen. Dus de verzekeringsmaatschappijen blijven met onzekerheid zitten, ze kunnen niet inschatten of de verzekeringnemer relatief veel of relatief weinig risico omvat. Voorts verklaren de auteurs dat moral hazard ontstaat "wanneer de verzekeringnemer de kans dat de verzekerde gebeurtenis zich voordoet zelf kan beïnvloeden, en de verzekeringsmaatschappij onvoldoende controle op het gedrag van de klant kan uitoefenen" (p. 281). De auteurs zijn van mening dat de mensen inspanningen kunnen leveren om een bepaalde gebeurtenis te verminderen, maar de verzekeraar kan niet natrekken hoeveel inspanningen zijn klanten doen. Indien die inspanningen gaan afhangen van het al dan niet verzekerd zijn, leidt deze imperfecte controle tot problemen en marktimperfecties. Zo beslissen mensen met een hospitalisatieverzekering bijvoorbeeld niet om zonder reden in een ziekenhuis opgenomen te worden, maar indien zij toch opgenomen worden, zullen zij hogere kosten maken omdat deze toch gedekt worden door de verzekering.

Nu is het probleem, dat de kans dat er zich medische kosten voordoen bij chronisch zieken en gehandicapten zeer hoog is. De verzekeraar wil zijn premie zo goed mogelijk afstemmen op het risico dat de verzekeringnemer loopt. Dit leidt ertoe dat de premie die de verzekeraar vraagt aan chronisch zieken en gehandicapten zeer hoog zal zijn. De reden hiervoor is dat deze groep mensen veel medische zorg behoeven, wat dus leidt tot hoge kosten voor de verzekeraar. Door deze hoge premies te vragen kunnen deze personen haast geen hospitalisatieverzekering meer afsluiten. Op deze manier geeft men als het ware de chronisch zieken en gehandicapten geen kans om een verzekering af te sluiten. Deze groep van mensen worden omwille van hun aandoening gediscrimineerd. Dit leidt tot een groot maatschappelijk probleem, want uit een studie van het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS)⁹ in 2002 blijkt dat er 1,1 miljoen 15- tot 64-jarigen zijn met een handicap of een langdurig gezondheidsprobleem. Het probleem van uitsluiting uit de hospitalisatieverzekering heeft dus betrekking op een grote groep van mensen. Er dienen dus maatregelen getroffen te worden om dit probleem te verhelpen.

1.3 Geen individuele voortzetting na het verlaten of verliezen van het werk

De hospitalisatieverzekering is zeer gegeerd. Dit komt vooral door de hoge medische kosten en verminderde terugbetaling van de verplichte ziekteverzekering. De aanvullende hospitalisatieverzekering kan men individueel afsluiten, maar men kan ze ook via een collectieve polis afsluiten. Deze laatste wordt aangeboden door de werkgever, die op deze manier zijn personeel voorziet van een aanvullende hospitalisatieverzekering. Bollen (2007)¹⁰ stelt dat de hospitalisatieverzekering tot de meest geliefde en meest aangeboden extralegale voordelen behoort, naast de bedrijfswagen en de gsm.

⁹ Nationaal Instituut voor de Statistiek. (2002). *Personen met een handicap en werkgelegenheid*. Opgevraagd op 15 december 2007, van de volgende website:
http://statbel.fgov.be/press/fl039_nl.asp

¹⁰ Bollen, N. (2007). Nieuwe wet op aanvullende ziekteverzekering. Voor altijd verzekerd. *Netto*, 37, 26-27.

Meestal kunnen de familieleden van de werknemer ook opgenomen worden in de collectieve polis. Deze moeten echter onder één dak wonen met de polishouder. Doordat zij in de polis opgenomen worden, worden hun medische kosten ook gedekt, en moeten ze geen individuele hospitalisatieverzekering meer afsluiten.

Het probleem stelt zich indien de werknemer van werk verandert of zijn werk beëindigt door op pensioen te gaan bijvoorbeeld. Want een groepsverzekering wordt stopgezet op het ogenblik dat het arbeidscontract ten einde loopt (Vessière, 2004)¹¹. Dus iemand met een leeftijd van 65 jaar die op pensioen gaat moet hierdoor individueel een hospitalisatieverzekering afsluiten. Het is voor mensen die 65 jaar zijn aan te bevelen om een hospitalisatieverzekering af te sluiten, want volgens Tanghe (2007)¹² wordt 80% van de medische kosten gemaakt na 65 jaar. Het is echter een zeer kostelijk plaatje voor deze mensen om op deze leeftijd nog een hospitalisatieverzekering af te sluiten, want de premie die ze moeten betalen is mede afhankelijk van de ouderdom. Hoe ouder men is, hoe groter de kans dat er zich medische uitgaven gaan voordoen, dus hoe groter het risico voor de verzekeringsmaatschappij. Dit hogere risico brengt een hogere premie met zich mee. Het is niet alleen nadelig voor de werknemer alleen, maar ook voor de familieleden die konden genieten van deze hospitalisatieverzekering. Ook zij vallen nu zonder verzekering en moeten ook op hun beurt een nieuwe polis afsluiten.

Er doet zich dus een ernstig probleem voor indien mensen door het verliezen of verlaten van hun werk ook hun hospitalisatieverzekering verliezen. Dit verlies zorgt er namelijk voor dat zij nu zelf alle kosten die de verplichte ziekteverzekering niet terugbetaald, moeten dragen. Indien men deze kost niet kan dragen, is men genoodzaakt om bepaalde gezondheidszorgen uit te stellen. Dit komt niet ten goede van de gezondheid van de bevolking. Iedereen moet het recht krijgen om van voldoende gezondheidszorg te kunnen genieten. Het zou niet mogen in een moderne samenleving als de onze dat bepaalde mensen gewoon door de hoge medische kosten geen gezondheidszorg meer kunnen veroorloven. Voor dit probleem dient er dus dringend een oplossing gezocht te worden.

¹¹ Vessière, G. (2004). 65 en niet verzekerd. *Cash*, 48, 46-47.

¹² Tanghe, N. (2007, 11 juni). Uw ziekenhuisfactuur krijgt zuurstof [Elektronische versie]. *De Standaard*, 40.

2 Sociale zekerheid

Alvorens over te gaan tot het bespreken van de hospitalisatieverzekering, wordt er in dit hoofdstuk even stilgestaan bij de werking van de sociale zekerheid in België. De werking van dit systeem is uitermate belangrijk daar het tegemoetkomt aan de bepaling van artikel 23 van de Gecoördineerde Grondwet¹³ dat bepaalt dat iedereen recht heeft een menswaardig leven te leiden. In de tweede paragraaf van datzelfde artikel wordt bepaald dat dit recht ook het recht geeft op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand. Nu volgt er een uiteenzetting over de werking van de sociale zekerheid.

2.1 Begrip

Pieters en Schoukens (2006)¹⁴ omschrijven sociale zekerheid als "het geheel van regelingen die vorm geven aan de solidariteit met personen die geconfronteerd worden met (de dreiging van) een gebrek aan inkomen uit arbeid of met bijzondere kosten" (p. 13). Volgens hen beschermt de sociale zekerheid de mens tegen de 'sociale' risico's, de risico's verbonden aan de opkomst van de industriële maatschappij en zijn verdere ontwikkelingen. De auteurs beschouwen als sociale risico's:

- De afwezigheid van een inkomen uit arbeid bij mensen die niet (langer dienen te) werken ten gevolge van ouderdom;
- Arbeidsongeschiktheid of werkloosheid;
- Het wegvallen van een inkomen door de dood van de partner die het inkomen verdiende;
- De bijzondere kosten die samenhangen met het opvoeden van kinderen;
- De nood aan (dekking van de kosten voor) medische verzorging;
- Het ontbreken van voldoende middelen om een menswaardig leven te leiden.

Solidariteit vormt het centrale begrip van ons sociale-zekerheidssysteem. Er is ondermeer solidariteit tussen werkenden en werklozen, jongeren en ouderen, gezonden en zieken, Deze solidariteit kan op drie manieren worden gewaarborgd.

Als eerste kunnen we aanstippen dat de werkende mensen een bijdrage moeten betalen in verhouding tot hun loon. De bepaling van de bijdrage wordt bepaald door het statuut van de werkende. Deze werking zal in het volgende punt concreet worden toegelicht.

Verder ziet men dat de financiering grotendeels gebeurt door de gemeenschap, hiermee bedoelt men dus alle burgers samen. Iedereen draagt zijn steentje bij aan de sociale zekerheid.

¹³ Ballon, L., et al. (2004). Codex economie verzameling van wetteksten voor economen 2004-2005. Brugge: die Keure.

¹⁴ Pieters, D., & Schoukens, P. (2006). *Triptiek sociale zekerheid*. Leuven: Acco.

Als laatste wordt de solidariteit ook gewaarborgd doordat de vakbonden, ziekenfondsen en de werkgeversorganisaties mee beslissingen nemen over de verschillende aspecten van het systeem. Hierdoor betreft men de belangen van zoveel mogelijk mensen in het beslissingsproces, waardoor de werking afgesteld kan worden op een zo groot mogelijk publiek.

De sociale zekerheid in België vervult drie functies. De eerste functie vindt men terug in het vervangingsinkomen, dat men ontvangt bij loonverlies. Een voorbeeld van zo een vervangingsinkomen is de uitkering in geval van ziekte. Iemand die door ziekte gedurende een bepaalde tijd arbeidsongeschikt is, verliest zijn inkomen. Om dit verlies in inkomen te compenseren, krijgt men een ziekte-uitkering. Dit moet er voor zorgen dat de persoon in kwestie ook zonder een beroepsinkomen een menswaardig leven kan leiden.

Een tweede functie die men kan aanduiden, is deze van het geven van kostendekkende of inkomensaanvullende uitkeringen. Deze ontvangt men indien men bepaalde sociale lasten moet dragen. Een voorbeeld van deze sociale lasten zijn de ziektekosten. Zo ziet men dat indien men te maken krijgt met ziekte, en men hiervoor een dokter wenst te raadplegen of bijvoorbeeld medicatie nodig heeft, men beroep kan doen op de sociale zekerheid. Deze zorgt ervoor dat de lasten van de medische kosten teruggedrongen kunnen worden. Een deel van de kosten gaat de sociale zekerheid op zich nemen, het andere deel dient de patiënt zelf te dragen. Het deel dat men zelf dient te betalen noemt men het remgeld. Ook de lasten van het resterende gedeelte van de ziektekosten kan een patiënt beperken, door een aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten.

Het ontvangen van bijstandsuitkeringen indien men onvrijwillig niet over een beroepsinkomen beschikt, wordt aanzien als de derde functie van de sociale zekerheid. Deze uitkering zorgt voor een inkomen voor mensen die niet onder het statuut van werknemer, zelfstandige of ambtenaar vallen. Zo heeft bijvoorbeeld een zelfstandige die failliet gaat recht op een sociale bijstandsuitkering. Men onderscheidt vier soorten sociale bijstandsuitkeringen: integratieloon (wat vroeger bestaansminimum genoemd werd), de inkomensgarantie voor ouderen, de gewaarborgde gezinsbijslag en de uitkering aan gehandicapten.

Verder maken Pieters en Schoukens (2006)¹⁵ een onderscheid tussen twee typen regelingen in het socialezekerheidsrecht:

- Sociale verzekeringen;
- Sociale bijstandsregelingen.

De auteurs catalogeren de eerste en de tweede functie van de sociale zekerheid, namelijk inkomensaanvullende en vervangingsinkomens, onder sociale verzekeringen. Ze wijzen op het feit dat de sociale verzekeringen van het professionele type zijn. Hiermee wordt bedoeld dat er voor verschillende beroepsgroepen verschillende regelingen zijn.

¹⁵ Pieters, D., & Schoukens, P. (2006). *Triptiek sociale zekerheid*. Leuven: Acco.

De bijstandsuitkeringen brengen Pieters en Schoukens onder bij het tweede type van het sociale-zekerheidsrecht, namelijk de sociale bijstandsregelingen.

Bij de regelingen van de Belgische sociale zekerheid maakt men een onderscheid in het statuut dat de persoon heeft. Men maakt dit onderscheid voor zowel de financiering van de sociale zekerheid als de verzekering van de sociale risico's. Dus met andere woorden, voor elk van de drie verschillende statuten heeft men verschillende sociale zekerheidsrechten en -plichten. Hieronder wordt een onderscheid gemaakt tussen de verschillende statuten.

2.2 Statuten in de sociale zekerheid

2.2.1 Statuut van werknemer

Het statuut van de werknemer wordt bepaald in de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeids-overeenkomsten¹⁶. Hierin wordt duidelijk naar de gezagsverhouding tussen de werknemer en de werkgever verwezen. De werknemer staat onder het gezag van de werkgever. Deze gezagsverhouding is van essentieel belang bij het bepalen of iemand al dan niet een werknemer is.

Volgens Pieters en Schoukens (2006)¹⁷ wordt men verondersteld een werknemer te zijn indien men een arbeidsovereenkomst heeft. Zij voegen er aan toe dat men pas van een arbeidsovereenkomst kan spreken indien er drie elementen aanwezig zijn, namelijk:

- Loon;
- Gezag;
- Arbeid.

Ook wijzen ze er op dat er voldaan moet zijn aan een dubbele band met het Belgische grondgebied, zowel de plaats van arbeid als de vestigingsplaats van de werkgever moet in België gelegen zijn. Doch kunnen er uitzonderingen op deze regels voorkomen.

Men kan bij het statuut van de werknemer ook nog een onderscheid maken tussen een bediende of een arbeider. Deze opsplitsing is vooral van belang indien men kijkt naar de financiering van de sociale zekerheid. Het verschil tussen bediende en arbeider ligt in het feit van het soort arbeid dat ze verrichten. Zo bepaalt artikel 3 (resp. 2) van de wet van 3 juli 1978 dat een bediende (resp. arbeider) iemand is die in hoofdzaak hoofdarbeid (resp. handarbeid) verricht.

De bediende en de arbeider financieren de sociale zekerheid door verplichte werknemersbijdragen te betalen aan de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ), de centrale kas voor de werknemers. Deze centrale kas staat in voor de inning van de bijdragen en de uitbetaling indien er zich een verzekerd sociaal risico voordoet, en vormt het overkoepelend orgaan van de sociale zekerheid voor

¹⁶ De Vos, M. , et al. (2006). *Codex arbeidsrecht 2006-2007*. Brugge: die Keure.

¹⁷ Pieters, D., & Schoukens, P. (2006). *Triptiek sociale zekerheid*. Leuven: Acco.

de werknemers. Deze bijdragen en de andere financiële middelen, subsidies van de overheid aan de RSZ, worden door de RSZ verdeeld over¹⁸:

- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV);
- Rijksdienst voor pensioenen (RVP);
- Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers (RKW);
- Fonds voor de beroepsziekten (FBZ);
- Fonds voor arbeidsongevallen (FAO);
- Rijksdienst voor arbeidsvoorziening (RVA);
- Rijksdienst voor jaarlijkse vakantie (RJV).

De bijdragen die betaald worden aan de RSZ worden niet door de werknemers zelf gestort, maar het zijn de werkgevers die de sociale bijdragen inhouden van hun loon. Echter niet alleen de werknemers financieren de sociale zekerheid, ook de werkgevers doen dit. Zij doen dit door werkgeversbijdragen te storten aan de RSZ.

Bij de bepaling van de werknemers- en werkgeversbijdragen maakt men een onderscheid tussen bedienden en arbeiders. Voor beide groepen geldt dat de werkgeversbijdrage gemiddeld 34% bedraagt en de werknemersbijdrage 13,07%. Het verschil tussen arbeiders en bedienden komt tot uiting in, op welk brutoloon deze bijdragen berekend worden. Voor bedienden geldt dat de werknemers- en werkgeversbijdragen geheven worden op 100% van het brutoloon. Dit is niet het geval bij arbeiders, bij deze groep van werknemers worden de bijdragen berekend op 108% van het brutoloon. De reden waarom voor deze groep meer werknemers- en werkgeversbijdragen moet betaald worden, berust op het feit dat de vergoedingen tijdens hun vakantieperiodes betaald worden door de Rijksdienst voor jaarlijkse vakantie, en niet door hun werkgever, zoals dat wel het geval is bij de bedienden.

Mensen met het statuut van werknemer zijn verzekerd voor zowel de grote als de kleine risico's. Men spreekt over grote risico's indien er zich een ziekenhuisopname voordoet (De Wilde, 1998). Bij kleine risico's daarentegen wordt men niet opgenomen in het ziekenhuis; een voorbeeld hiervan kan een tandartsbezoek zijn

De werknemers zijn voor de volgende zeven risico's verzekerd:

- Ouderdoms- en overlevingspensioen;
- Werkloosheid;
- Arbeidsongevallenverzekering;
- Beroepsziektenverzekering;
- Gezinsbijslag;
- Ziekte- en invaliditeitsverzekering;

¹⁸ Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (2007). *Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid*. Opgevraagd op 13 februari 2008, van de volgende website:
https://www.socialsecurity.be/site_nl/socialsecurity/Infos/general/allyouwanttoknow_N.pdf

- Jaarlijkse vakantie.

2.2.2 Statuut van zelfstandige

Voor de zelfstandigen bestaat er een andere regeling inzake sociale zekerheid. Er bestaat wel wat verwarring bij het bepalen of iemand al dan niet zelfstandige is. Volgens het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekering van de Zelfstandigen (2002)¹⁹ bepaalt de wetgever aan de hand van drie criteria of iemand een zelfstandige is.

In de eerste plaats spreekt de wetgever over een sociaal criterium. Volgens dit criterium is iemand zelfstandige indien deze in België een beroepsactiviteit uitoefent zonder dat hij daarvoor gebonden is door een arbeidsovereenkomst of statuut. Hieruit volgt dus dat de zelfstandige niet in ondergeschikt verband werkt. Hij staat op dezelfde hoogte als zijn opdrachtgever, en wordt enkel gebonden door een contract waarin bepaald wordt dat hij diensten zal leveren tegen een vastgelegde vergoeding.

Het volgende criterium dat de wetgever gebruikt is het fiscale. Men kan afleiden of iemand zelfstandige is door na te gaan op welke manier de fiscus zijn beroepsinkomen belast. Dus iemand die door de fiscus behandeld wordt als een zelfstandige, wordt ook in de sociale zekerheid beschouwd als zelfstandige. Er dient wel aangestipt te worden dat het sociale criterium de doorslag geeft. Het fiscale criterium schept enkel een weerlegbaar vermoeden. Dit betekent dat indien u kan bewijzen dat men geen zelfstandige is, ook al staat er in uw fiscale dossier dat u zelfstandige bent, dan kan men het vermoeden dat u voor de sociale zekerheid ook onder het statuut van zelfstandige valt weerleggen.

Als laatste hanteert de wetgever ook een aantal onweerlegbare vermoedens bij de bepaling of u al dan niet het statuut van zelfstandige bezit. Men kan dus als het ware geen tegenbewijs leveren dat u geen zelfstandige bent. Als voorbeeld kunnen we hier aanhalen dat mandatarissen van vennootschappen steeds beschouwd zullen worden als zelfstandigen, ook al is hun mandaat onbezoldigd.

Zelfstandigen zijn ook verplicht hun bijdrage te leveren aan de sociale zekerheid. Het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekering van de Zelfstandigen (2005)²⁰ merkt op dat vanaf de leeftijd van 18 jaar een zelfstandige zich moet aansluiten, zes maanden voor het begin van de activiteit of 90 dagen na het begin van de activiteit, bij een sociaal verzekeringsfonds of de Hulpkas voor Zelfstandigen. Deze twee instellingen staan in voor de inning van de bijdragen van de zelfstandigen. De ontvangsten van de bijdragen van de zelfstandigen worden gecentraliseerd bij het Rijksinstituut voor

¹⁹ Rijksinstituut voor de Sociale Verzekering van de Zelfstandigen (2002). *Ben ik voor de sociale zekerheid zelfstandige of werknemer?*. Opgevraagd 20 februari 2008, van de volgende website:

http://www.rsvz-inasti.fgov.be/nl/fag/q_selfemployed_employee.htm

²⁰ Rijksinstituut voor de Sociale Verzekering van de Zelfstandigen (2005). *Zelfstandige worden*. Opgevraagd 20 februari 2008, van de volgende website:

<http://www.rsvz-inasti.fgov.be/nl/helpagency/starters/index.htm>

de sociale verzekering van de zelfstandigen (R.S.V.Z). Deze instelling zorgt er voor dat de bijdragen verdeeld worden over drie takken:

- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV);
- Rijksdienst voor pensioenen (RVP);
- Vrije sociale verzekeringsfondsen.

Voor de berekening van de sociale bijdragen bij zelfstandigen, wordt er een ander systeem gevolgd dan het geval is bij de werknemers. De sociale zekerheidsbijdragen die zelfstandigen dienen te betalen, worden berekend op de nettoberoepsinkomsten. Dit zijn de inkomsten verminderd met de verliezen en kosten. Dit is een fiscaal gegeven, en kent men dus bijgevolg pas op het einde van het jaar. Als gevolg hiervan is het moeilijk om de hoogte van de bijdragen te bepalen. Als oplossing voor deze onzekerheid heeft men een regeling ingevoerd die het mogelijk maakt dat zelfstandigen toch al bijdragen kunnen betalen gedurende hun eerste werkjaar, zonder de nettoberoepsinkomsten reeds te kennen. Zo maakt men een raming van de inkomsten die men bij de uitoefening van dat bepaald beroep zou verdienen. Op basis van dit inkomen bepaalt men de hoogte van de sociale bijdragen per kwartaal. Deze schattingen van de inkomsten maakt men voor de eerste drie jaren van de uitoefening van zijn beroep. Vanaf het vierde jaar gaat men de sociale bijdragen berekenen op de werkelijke inkomsten die men behaalde in het eerste jaar van de uitoefening van zijn beroep. Men vergelijkt datgene dat men normaal had moeten betalen met het bedrag dat men in het eerste jaar betaald heeft. Dit hele proces noemt men regularisering. Indien het bedrag dat men betaald heeft lager is dan wat men had moeten betalen, dan moet men extra bijdragen betalen. Dus als algemene regel kan men stellen dat men de sociale zekerheidsbijdragen op het verdiende inkomen in jaar x moet betalen in jaar $x+3$.

Het percentage van de netto-inkomsten, dat de zelfstandige moet betalen als sociale bijdragen, hangt af de categorie van bijdrageplichtigen en volgens de inkomstenschijven die in aanmerking moeten genomen worden.

Er dient ook nog op gewezen te worden op het onderscheid tussen zelfstandige als hoofdberoep of zelfstandige als bijberoep. De regeling van de sociale bijdragen die hierboven uiteengezet werd, heeft betrekking op de zelfstandigen die zelfstandige zijn als hoofdberoep.

Het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekering van de Zelfstandigen (2005)²¹ bepaalt dat men een zelfstandige in bijberoep is indien aan twee voorwaarden is voldaan. Allereerst moet er voldaan worden aan het feit dat men buiten de uitoefening van een zelfstandige activiteit ook nog een beroepsbezigheid uitoefent voor een werkgever. Voorts moet men als zelfstandige eveneens van een loonvervangend inkomen genieten uit een andere, weggevallen beroepsactiviteit als werknemer of

²¹ Rijksinstituut voor de Sociale Verzekering van de Zelfstandigen. (2005). *Zelfstandige in bijberoep*. Opgevraagd 20 februari 2008, van de volgende website:
http://www.rsvz-inasti.fgov.be/nl/helpagency/starters/start/secondary_occupation.htm

ambtenaar. Zo kan bijvoorbeeld iemand die op pensioen is nog een beroep uitoefenen als zelfstandige in bijberoep.

Als laatste kan men opmerken dat tot 1 januari 2008, de zelfstandigen slechts voor grote risico's verzekerd werden door de sociale zekerheid. Dit in tegenstelling tot de werknemers die voor zowel grote als kleine risico's worden verzekerd. De zelfstandigen konden zich echter wel verzekeren voor de kleine risico's door een aanvullende verzekering af te sluiten, beter gekend onder de naam 'vrije verzekering'. In een artikel van *De Standaard*²² stond te lezen dat men met de nieuwe regeling getracht heeft de sociale zekerheidsregelingen, met betrekking tot de gezondheidszorguitgaven, van zelfstandigen te laten overeenkomen met die van de werknemers ("Verplichte ziektekostenverzekering voor zelfstandigen", 2008). Met de nieuwe regeling zijn de zelfstandigen nu ook verzekerd voor een doktersbezoek, tandartsbezoek, verpleegkundige zorgen en kinesitherapeut. Ook krijgen zelfstandigen hetzelfde bedrag terugbetaald voor medicatie als de werknemers. Er blijft wel echter een verschil in behandeling tussen zelfstandigen en werknemers op het gebied van de vervangingsinkomens bij ziekte.

De risico's waarvoor zelfstandigen verzekerd worden zijn:

- Ziekteverzekering – geneeskundige verzorging;
- Ziekteverzekering – arbeidsongeschiktheid;
- Pensioenen;
- Gezinsbijslag;
- Faillissementsverzekering.

2.2.3 Statuut van (federale) ambtenaar

De Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2007)²³ maakt een onderscheid tussen twee soorten ambtenaren. Deze die tewerkgesteld zijn bij een plaatselijke of provinciale overheidsdienst en deze die elders tewerkgesteld zijn. Men maakt dit onderscheid omdat er een verschil in regelingen bestaan tussen deze beide.

Zo duidt de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid op het feit dat de tewerkstellende overheid zelf de uitkeringen, van de ambtenaren die niet tewerkgesteld zijn bij een plaatselijke of provinciale overheidsdienst, uitbetaalt. Deze ambtenaren moeten enkel persoonlijke bijdragen betalen voor de overlevingspensioenen en voor de tak van de geneeskundige verzorging. Deze laatste bijdrage wordt tevens nog verhoogd met de werkgeversbijdrage en wordt betaald aan de RSZ.

²² Verplichte ziektekostenverzekering voor zelfstandigen [Elektronische versie]. (2008, 7 januari). *De Standaard*, 23.

²³ Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (2007). *Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid*. Opgevraagd op 13 februari 2008, van de volgende website:
https://www.socialsecurity.be/site_nl/socialsecurity/Infos/general/allyouwanttoknow_N.pdf

Voor de ambtenaren die tewerkgesteld zijn bij een plaatselijke of provinciale overheidsdienst, bepaalt de Federe Overheidsdienst Sociale Zekerheid dat men verder een onderscheid moet maken tussen statutaire en contractuele ambtenaren.

Statutaire ambtenaren zijn ambtenaren die niet verbonden worden met de overheid via een arbeidscontract, maar via een statuut. Boes (2006)²⁴ geeft aan dat er één groot verschil bestaat tussen een statuut en een contract. De overheid kan een statuut eenzijdig wijzigen, dit geldt niet voor een contract. Voor de sociale zekerheidsregelingen voor statutaire ambtenaren bestaat er het bevoegde orgaan: de Rijksdienst voor de Sociale Zekerheid van de Plaatselijke en Provinciale Overheidsdiensten (R.S.Z.P.P.O.). Deze instelling staat in voor de inning van de volgende bedragen:

- Socialezekerheidsbijdragen;
- Specifieke socialezekerheidsbijdragen voor de plaatselijke sector;
- Loonmatigingsbijdrage;
- Bijdrage voor kinderopvang
- Pensioenbijdrage.

De overheid kan ook ambtenaren tewerkstellen door het afsluiten van een contract, meer bepaald een arbeidscontract. Dit contract is een tweezijdig document, dit wil zeggen dat de contractspartijen onderling akkoord moeten zijn en dat zij niet eenzijdig veranderingen kunnen aanbrengen in dit contract. Voor de contractuele ambtenaren geldt dat zij onder de regeling van 'werknemers' vallen met betrekking tot de sociale zekerheid.

2.3 De verplichte ziekteverzekering

Deze thesis beperkt zich tot het uitwerken van de verplichte ziekteverzekering als tak van de Belgische sociale zekerheid. Deze beperking kan men verantwoorden door het feit dat deze thesis zal focussen op de werking van de hospitalisatieverzekering. Deze verzekering vormt als het ware een uitbreiding op de verplichte ziekteverzekering en dit met betrekking tot de ziekenhuiskosten. Men dient dus eerst een inzicht te verwerven in de werking van de verplichte ziekteverzekering, alvorens men kan overgaan tot de bespreking van de hospitalisatieverzekering. De verplichte ziekteverzekering wordt aan de hand van enkele karakteristieken bondig toegelicht.

2.3.1 Rechthebbenden

De verplichte ziekteverzekering zorgt ervoor dat de sociaal verzekerden verzekerd worden tegen de kosten van geneeskundige verzorging.

²⁴ Boes, M. (2006). *Bestuursrecht*. Leuven: Uitgeverij Acco.

Volgens de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2007)²⁵ richt de ziekteverzekering zich tot zowel "werknemers, zelfstandigen en ambtenaren, als tot werklozen, gepensioneerden, personen die recht hebben op het leefloon, gehandicapten, studenten, wezen, enz., plus de personen die zij ten laste hebben" (p. 32). Op enkele uitzonderingen na, kan men stellen dat de gehele Belgische bevolking toegang heeft tot de gezondheidsprestaties. Toch wijst de overheidsdienst erop dat de rechthebbende aan drie voorwaarden moet voldoen, wil hij het recht op prestaties inzake de ziekteverzekering doen ontstaan.

Allereerst moeten de rechthebbenden zich aansluiten of inschrijven bij een verzekeringsinstelling. Men heeft hierbij de keuze uit drie instellingen. Zo kan men zich als eerste aansluiten bij een ziekenfonds. Dit zijn verenigingen zonder winstoogmerk, die in landsbonden georganiseerd zijn. Men onderscheidt vijf landsbonden²⁶:

- Landsbond der christelijke mutualiteiten;
- Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten;
- Landsbond van de neutrale ziekenfondsen;
- Landsbond van liberale mutualiteiten;
- Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen.

Voorts kan men zich inschrijven bij een gewestelijke dienst van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HKZIV). Net zoals de ziekenfondsen, neemt deze instelling alle prestaties op zich betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Het enige dat hen onderscheidt van de ziekenfondsen, is het feit dat zij een openbare instelling zijn en dus onder een openbaar statuut vallen.

De laatste verzekeringsinstelling die we kunnen benoemen, is de Kas der Geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen (NMBS). Het statutair personeel van de NMBS is verplicht zich hier bij aan te sluiten, en heeft dus niet zoals de andere burgers de keuze tussen het aansluiten bij de ziekenfondsen of bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Er dient vermeld te worden dat deze drie verzekeringsinstellingen onder het toezicht staan van het RIZIV.

De tweede voorwaarde waaraan de rechthebbenden moeten voldoen, is het betalen van een bijdrage. Deze bijdrage moet een minimumwaarde bereiken, alvorens het recht op geneeskundige

²⁵ Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (2007). *Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid*. Opgevraagd op 13 februari 2008, van de volgende website:
https://www.socialsecurity.be/site_nl/socialsecurity/Infos/general/allyouwanttoknow_N.pdf

²⁶ De Wilde, D. (1998). *Hoe ziek is de Belgische gezondheidssector: Heden en toekomst van de ziekteverzekering*. Leuven: Van Halewyck.

verzorging ontstaat. Wordt het vereiste minimum niet bereikt, dan is het noodzakelijk om een aanvullende bijdrage te betalen, om de rechten op geneeskundige verzorging te behouden.

De laatste voorwaarde die we kunnen aanstippen is de wachttijd. Alle rechthebbenden moeten principieel een wachttijd van zes maanden vervullen vooraleer er sprake kan zijn van een terugbetaling van de geneeskundige verzorging. Er dient wel op gewezen te worden dat deze regel eerder een uitzondering geworden is. Bijgevolg ontstaat het recht op terugbetaling van de geneeskundige verzorging in bijna alle gevallen zonder wachttijd.

2.3.2 Geneeskundige verstrekkingen

Zoals al eerder aangehaald, komt de verplichte ziekteverzekering tussen bij de kosten van de geneeskundige verzorging. De geneeskundige verstrekking omvatten zowel preventieve als curatieve verzorging die noodzakelijk zijn voor het behoud en het herstel van de gezondheid. Volgens de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2007)²⁷ zijn de voornaamste geneeskundige verstrekkingen:

- De gewone geneeskundige hulp;
- Tandheelkundige verzorging;
- Verlossingen;
- Verstrekkingen van farmaceutische producten;
- Ziekenhuisverpleging;
- De verzorging nodig voor revalidatie.

De geneeskundige verstrekkingen die geheel of gedeeltelijk terugbetaald worden, worden opgenomen in een lijst, de 'Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen'. Deze lijst vormt een bijlage van het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot de vaststelling van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

2.3.3 Terugbetalingstarieven

2.3.3.1 Geneeskunde

Indien men een dokter consulteert, dient men het volledige bedrag te betalen. In ruil voor deze betaling krijgt men een doktersattest of getuigschrift. Dit formulier kan men indienen bij zijn verzekeringsinstelling (het ziekenfonds), dat vervolgens een deel van de consultatie terugbetaalt. De Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2007) licht toe dat de tegemoetkoming van de verzekeringsinstelling afhangt van :

²⁷ Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (2007). *Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid*. Opgevraagd op 13 februari 2008, van de volgende website:
https://www.socialsecurity.be/site_nl/socialsecurity/Infos/general/allyouwanttoknow_N.pdf

- De aard van de verstrekking;
- Het statuut van de verzekerde;
- De hoedanigheid van de zorgverlener.

Men kan er van uit gaan dat in de meeste gevallen de verstrekking niet volledig wordt terugbetaald. Men moet dus al het ware een deel van de kosten zelf dragen. Het deel dat men zelf dient te bekostigen noemt men het remgeld, en bedraagt in principe 25%. Dit percentage kan, afhankelijk van het type verstrekking, soms hoger liggen.

Bepaalde categorieën mensen genieten van het stelsel van verhoogde terugbetaling, ook 'voorkeurregeling' genoemd. Op de website van Hospichild²⁸ vindt men de bepalingen wanneer men onder deze categorie valt. Deze bepalingen gelden vanaf 1 januari 2008. Zo hebben mensen slechts recht op verhoogde tegemoetkomingen indien hun jaarlijks bruto belastbaar gezinsinkomen niet meer bedraagt dan €13.782,42, te verhogen met € 2.551,49 per persoon ten laste. De volgende personen kunnen aanspraak maken op deze regeling:

- Gepensioneerden, weduwen en weduwnaars, wezen, invaliden;
- Langdurig werklozen ouder dan 50 jaar;
- Ambtenaren die langer dan een jaar niet beschikbaar zijn wegens ziekte;
- Personen met een handicap;
- Verblijvenden in België vanaf 65 jaar;
- Religieuzen vanaf de pensioenleeftijd;
- Kinderen met verhoogde kinderbijslag wegens handicap;
- Personen die één van de volgende uitkeringen ontvangen:
 - Leefloon;
 - Gewaarborgd inkomen voor bejaarden;
 - Inkomensgarantie voor ouderen;
 - Inkomensvervangende tegemoetkomingen voor personen met een handicap;
 - Integratietegemoetkomingen voor personen met een handicap;
 - Tegemoetkoming hulp aan bejaarden.

De verhoogde verzekeringstegemoetkoming wordt niet automatisch aan deze personen toegekend. Om deze te verkrijgen, moeten zij zich wenden tot hun ziekenfonds om aan te tonen dat zij hier recht op hebben.

Er dient bemerkt te worden dat de verhoogde tegemoetkoming zowel voor de betrokkene als voor de personen die deze ten laste heeft geldt. Voor deze mensen bedraagt het remgeldpercentage minder dan 25%. Zo dienen deze mensen slechts 10% te betalen voor de gewone geneeskundige

²⁸ Hospichild. (2008). *RVV: Rechthebbende Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming*. Opgevraagd 27 februari 2008, van de volgende website:
http://www.hospichild.be/index.php?nl_cost_general_bim#3

hulp, voor een raadpleging van een geneesheer-specialist 15% en voor logopedie-, kinesithérapie-, fysiotherapie-, podologie- en diëtetiekverstrekkingen dienen ze 20% zelf te betalen (*Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid*, 2007) ²⁹.

2.3.3.2 Apotheek

Indien men een medicijn wil kopen bij een apotheek, en men is in het bezit van een voorschrift van een geneesheer, dan moet men niet het volledige bedrag betalen. Men past met andere woorden het directe terugbetalingssysteem toe, beter gekend als derdebetalersregeling. De patiënt betaalt enkel aan de apotheek het remgeld. Het aandeel van de prijs dat gedekt wordt door de verplichte ziekteverzekering, wordt door de verzekeringsinstellingen betaald aan de apotheek.

De Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2007) deelt de farmaceutische verstrekkingen op in twee groepen, de farmaceutische specialiteiten en de magistrale bereidingen. Deze laatste worden door de apotheker zelf bereid.

De terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten, de geneesmiddelen geproduceerd door de farmaceutische industrie, worden door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid opgesplitst in vijf categorieën naargelang hun sociale en therapeutische nut:

- Categorie A;
- Categorie B;
- Categorie C;
- Categorie Cs;
- Categorie Cx.

In onderstaande tabel wordt de hoogte van de remgelden die gelden vanaf 1 januari 2008 weergegeven. Er wordt tevens een onderscheid gemaakt tussen het persoonlijke aandeel van de gewone rechthebbenden en dat van de voorkeurencategorie. Voor de interpretatie van de tabel moet er tevens op gewezen worden dat de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2007) spreekt van grote verpakkingen indien de verpakking 60 eenheden of meer bevat. Ook dient ATC-klasse niveau 4 even toegelicht te worden. ATC staat voor Anatomical Therapeutic Chemical, wat een internationale indeling van geneesmiddelen is. Onder niveau 4 groepeeren men de geneesmiddelen die chemisch en/of therapeutisch gelijkaardig zijn.

²⁹ Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (2007). *Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid*. Opgevraagd op 13 februari 2008, van de volgende website:
https://www.socialsecurity.be/site_nl/socialsecurity/Infos/general/allyouwanttoknow_N.pdf

Tabel 2.1: Hoogte persoonlijke aandeel van farmaceutische specialiteiten

	Persoonlijk aandeel van gewone rechthebbenden	Persoonlijk aandeel van de voorkeurcategorie
Categorie A (geneesmiddelen voor zware en langdurige ziekten) Vb.: middelen tegen kanker, diabetes en epilepsie	Geen persoonlijk aandeel	Geen persoonlijk aandeel
Categorie B (sociaal en medisch nuttige geneesmiddelen) Vb.: middelen tegen astma, hoge bloeddruk	25% van de kostprijs met een maximum van € 10,60	15% van de kostprijs met een maximum van € 7,20
Categorie B (sociaal en medisch nuttige geneesmiddelen) uit de ATC-klasse niveau 4	25% van de kostprijs met een maximum van € 15,90	15% van de kostprijs met een maximum van € 10,60
Categorie B (sociaal en medisch nuttige geneesmiddelen) met grote verpakkingen	25% van de kostprijs met een maximum van € 13,30	15% van de kostprijs met een maximum van € 8,80
Categorie B (sociaal en medisch nuttige geneesmiddelen) met grote verpakkingen en uit de ATC-klasse niveau 4	25% van de kostprijs met een maximum van € 23,90	15% van de kostprijs met een maximum van € 15,90
Categorie C (sociaal en medisch minder nuttige geneesmiddelen) Vb.: slijmoplossers, maagzuurremmers voor kortstondig gebruik	50% van de kostprijs met een maximum van € 13,30	50% van de kostprijs met een maximum van € 8,80
Categorie C (sociaal en medisch minder nuttige geneesmiddelen) uit de ATC-klasse niveau 4	50% van de kostprijs met een maximum van € 23,90	50% van de kostprijs met een maximum van € 15,90
Categorie Cs Vb.: griepvaccin, middelen bij allergie	60% van de kostprijs zonder maximum	60% van de kostprijs zonder maximum
Categorie Cx	80% van de kostprijs zonder maximum	80% van de kostprijs zonder maximum

Vb.: anticonceptiepil	maximum	maximum
-----------------------	---------	---------

Bron: Christelijke Mutualiteit. (2008). *Farmaceutische specialiteiten*

Elke categorie vertegenwoordigt een ander terugbetalingsniveau. Bij de terugbetaling wordt het principe van referentietrugbetaling gehanteerd. Hiermee wordt bedoeld dat de ziekteverzekering voor een merkgeneesmiddel minder terugbetaalt indien er een generisch alternatief beschikbaar is. De overheid gaat na of er generische geneesmiddelen voor een bepaald geneesmiddel ter beschikking zijn. Indien deze er zijn dan kijkt de ziekteverzekering naar het generisch geneesmiddel met de laagste prijs. De prijs van dit minst kostende generisch geneesmiddel gebruikt men als referentieprij. Op basis van deze referentieprij bepaalt de ziekteverzekering aan de hand van een percentage de hoogte van de terugbetaling. Dus iemand die een merkgeneesmiddel koopt waarvan een generisch alternatief ter beschikking is, ontvangt een dekking van de kosten die gelijk is aan de hoogte van het bedrag dat voor het generische alternatief terugbetaald wordt door de ziekteverzekering. Het gevolg hiervan is dat het remgeld van de patiënt hoger wordt indien hij een niet-generisch geneesmiddel koopt.

Voor sommige farmaceutische specialiteiten komt de verplichte ziekteverzekering niet tussen, deze specialiteiten ressorteren dan onder categorie D.

Voor de magistrale bereidingen wordt er een andere regeling getroffen. Deze bereidingen worden enkel terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering indien ze worden samengesteld met erkende producten. Het remgeld wordt bepaald naargelang de leveringmodule, dit wil zeggen in welke vorm ze aan de patiënt overgemaakt worden. In onderstaande tabel wordt de hoogte van het aandeel dat de patiënt zelf dient te bekostigen, samengevat voor verschillende leveringsmodules.

Tabel 2.2: Hoogte persoonlijke aandeel van magistrale bereidingen

Module	Persoonlijk aandeel van gewone rechthebbenden	Persoonlijk aandeel van de voorkeurscategorie
10 capsules	€ 1,10	€ 0,30
50 gram zalf	€ 1,10	€ 0,30
100 gram siroop	€ 1,10	€ 0,30
5 zetpillen	€ 1,10	€ 0,30
flesjes oogdruppels	€ 2,20	€ 0,60
door steriele kompressen	€ 2,20	€ 0,60

Bron: Christelijke Mutualiteit. (2008). *Magistrale bereidingen*.

2.3.3.3 Ziekenhuis

Een ziekenhuisopname kan heel wat kosten met zich meebrengen. Ook hier beschermt de verplichte ziekteverzekering de sociaal verzekerde tegen een deel van deze kosten. Hieronder wordt toegelicht welke keuzes de kosten van een ziekenhuisopname beïnvloeden, en welke kosten er door de

sociale zekerheid gedekt zullen worden. Voorts wordt het voorschot en de ziekenhuisfactuur bondig besproken.

Men laat de patiënt volledig vrij in de keuze van het ziekenhuis waar men wenst opgenomen te worden. Deze keuze zal geen effect hebben op de kosten. Indien men opgenomen wordt dient men een opnameverklaring in te vullen. De keuzes die men moet maken in deze verklaring beïnvloeden echter wel de kosten van de ziekenhuisfactuur. In deze opnameverklaring maakt men een keuze of men wenst verzorgd te worden tegen verbintenistarief of niet en over het type kamer waarin men gehospitaliseerd wil worden. Het verbintenistarief is de prijs voor geneeskundige verstrekkingen die de ziekenfondsen zijn overeengekomen met de artsen. Deze prijs wordt opgenomen in de 'Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen', zoals eerder aangehaald, een lijst met geneeskundige verstrekkingen die geheel of gedeeltelijk worden terugbetaald.

Indien men wenst verzorgd te worden tegen verbintenistarief kunnen er geen ereloonsupplementen aangerekend worden. Dit supplement is het tarief, meestal uitgedrukt in een percentage, dat wordt aangerekend boven op het verbintenistarief. Doordat de eresupplementen bovenop het overeengekomen tarief aangerekend worden, worden deze niet gedekt door de ziekenfondsen, en komen dus volledig ten laste van de patiënt. De patiënt kan zich dus maar beter goed informeren over de eventuele supplementen die men kan aanrekenen om niet voor financiële verrassingen komen te staan. Indien men gekozen heeft voor verzorging tegen verbintenistarief, dan wordt de keuze voor het type kamer beperkt tot een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer.

De eresupplementen kunnen wel aangerekend worden indien men kiest voor verzorging volgens de verschillende statuten van de artsen. Bij dit type van verzorging heeft men de keuze uit drie types van kamers. Er dient op gewezen te worden dat de keuze van de kamer een invloed heeft op de eresupplementen. Als men kiest voor een tweepersoonskamer of een gemeenschappelijke kamer, kunnen enkel niet-geconventioneerde artsen eresupplementen aanrekenen. Bij een eenpersoonskamer echter, kunnen alle artsen ereloonsupplementen aanrekenen. Zoals men dus kan opmerken, bestaan er verschillende regelingen voor artsen. Zo zijn er artsen die het akkoord, over de tarieven van de geneeskundige verstrekkingen, met de ziekenfondsen volledig aanvaarden. Deze artsen noemt men de geconventioneerde artsen, en aanvaarden dus de maximumtarieven voor de verstrekkingen. Het kan echter ook zijn dat de artsen dit akkoord of deze conventie volledig verwerpen. In dat geval worden ze gezien als niet-geconventioneerde artsen. Dit heeft tot gevolg dat zij hun ereloon zelf mogen bepalen. Deze erelonen dienen echter wel binnen redelijke grenzen te blijven. Voorts kan men nog een tussengroep onderscheiden. De artsen die onder deze groep vallen zullen het akkoord gedeeltelijk aanvaarden. Dit wil zeggen dat zij de overeengekomen maximumtarieven slechts op bepaalde dagen en uren zullen naleven.

Buiten de ereloonsupplementen betaalt men ook nog een supplement op het soort kamer. Zoals eerder aangehaald heeft men dus de keuze uit drie types van kamers. In onderstaande tabel wordt de hoogte van het supplement per type kamer weergegeven.

Tabel 2.3: Supplement naargelang soort kamer

Kamer	Supplement
Gemeenschappelijke kamer	Geen
Tweepersoonskamer	Supplement vastgesteld door het ziekenhuis van maximum 20,51 €/dag
Eenpersoonskamer	Supplement vastgesteld door het ziekenhuis zonder maximum, maar in de praktijk ligt het tussen 5 tot 190 €/dag

Bron: De Onafhankelijke Ziekenfondsen. (2007). Ziekenhuisgids.

Deze kamersupplementen worden eveneens niet gedekt door de verplichte ziekteverzekering, en komen volledig op de schouders van de patiënt te liggen. Het kan wel voorkomen dat men gekozen heeft om gehospitaliseerd te worden op een gemeenschappelijke kamer, maar er geen vrij is. Indien men in deze situatie de hospitalisatie niet kan uitstellen, krijgt men een eenpersoonskamer of gemeenschappelijke kamer toegewezen en hanteert men het tarief van de gemeenschappelijke kamer. Dit tarief wordt ook toegepast als men om medische redenen dient verzorgd te worden op een eenpersoonskamer.

Na het invullen van de opnameverklaring worden de patiënten gevraagd een voorschot te betalen. Het ziekenhuis is vrij in de bepaling van de hoogte van dit voorschot, maar moet rekening houden met de opgelegde maximumbedragen. De hoogte van het maximumbedrag hangt af van het statuut van de verzekerde en het type kamer waarop men wenst gehospitaliseerd te worden. De ziekenhuizen mogen een nieuw voorschot vragen voor elke nieuwe verblijfsperiode van zeven dagen. De bedragen die van kracht waren in 2007 worden weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 2.4: Maximumvoorschotten bij ziekenhuisopname

Verzekerde	Gemeenschappelijke kamer	Tweepersoons- en eenpersoonskamer
Gewoon verzekerde	€ 150	€ 150 verhoogd met 7 keer het bedrag van het kamersupplement
Kinderen ten laste van een gewoon verzekerde	€ 75	€ 75 verhoogd met 7 keer het bedrag van het kamersupplement
Personen met recht op verhoogde tegemoetkoming en hun personen ten laste	€ 50	€ 50 verhoogd met 7 keer het bedrag van het kamersupplement

Bron: De Onafhankelijke Ziekenfondsen. (2007). Ziekenhuisgids.

Er dient op gewezen te worden dat indien men niet in orde is met het ziekenfonds, de ziekenhuizen een groter voorschot mogen vragen dan de maximumbedragen die hier vermeld staan.

Ten laatste twee maanden na het einde van de maand waarin de verzorging verstrekt is, moet de ziekenhuisfactuur opgestuurd worden. Bij een langdurig verblijf in het ziekenhuis kan men een maandelijks afrekening krijgen. Het ziekenhuis is verplicht een factuur op te sturen volgens een uniform model, namelijk het 'Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende'³⁰. Indien de honoraria van de artsen geïnd worden door de Medische Raad, dan kan men bovenop deze verpleegnota ook nog een 'Honorariumnota' toegestuurd krijgen.

Men is verplicht de derdebetalersregeling toe te passen bij de ziekenhuisfactuur. Zoals eerder aangehaald heeft dit als gevolg dat de patiënt enkel zijn persoonlijke aandeel en de eventuele supplementen dient te betalen en de resterende kosten worden rechtstreeks geregeld via het ziekenfonds.

De patiëntenfactuur, 'Uittreksel verpleegnota bestemd voor de patiënt', wordt opgesplitst in vijf rubrieken³¹:

- Verblijfskosten;
- Apotheek – farmaceutische en parafarmaceutische kosten – kosten voor implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen;
- Medische en paramedische honoraria;
- Andere leveringen;
- Diverse kosten.

Deze rubrieken en de kosten die hier betrekking op hebben worden hieronder verder toegelicht.

Op de post verblijfskosten komen verschillende kosten naargelang het soort hospitalisatie. Zo maakt men een onderscheid tussen 'Verblijfskosten bij opname' en 'Verblijfskosten bij one day clinic'.

Bij een opname betaalt het ziekenfonds een dagprijs. Deze prijs is verschillend van instelling tot instelling en varieert tussen de 213 en 550 €/dag volgens de *Ziekenhuisgids* van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2007)³². Verder dient vermeld te worden dat er per verpleegdag altijd een persoonlijk aandeel aangerekend wordt, onafhankelijk van de keuze van de kamer. De hoogte van dit aandeel is wel afhankelijk van het statuut van de verzekerde en het aantal dagen dat men verblijft in het ziekenhuis. De onderstaande tabel geeft de hoogte van de remgelden weer, die gelden voor een verblijf in een algemeen ziekenhuis. De bedragen hebben geen betrekking op de kosten van de geneesmiddelen en gelden op 1 januari 2007.

³⁰ Onafhankelijke Ziekenfondsen. (2007). *Ziekenhuisgids*. Opgevraagd 28 februari 2008, van de volgende website: http://www.mloz.be/cms/Mloz/ziekenhuisgids_07_N.pdf

³¹ Onafhankelijke Ziekenfondsen. (2007). *Ziekenhuisgids*. Opgevraagd 28 februari 2008, van de volgende website: http://www.mloz.be/cms/Mloz/ziekenhuisgids_07_N.pdf

³² Onafhankelijke Ziekenfondsen. (2007). *Ziekenhuisgids*. Opgevraagd 28 februari 2008, van de volgende website: http://www.mloz.be/cms/Mloz/ziekenhuisgids_07_N.pdf

Tabel 2.5: Hoogte persoonlijke aandeel bij ziekenhuisopname

Statuut verzekerde	Op de 1 ^{ste} dag	Vanaf de 2 ^{de} dag	Vanaf de 91 ^{ste} dag
Gewone gerechtigden zonder persoon ten laste	€ 40,59	€ 13,32	€ 13,32
Gewone gerechtigden met persoon ten laste (met inbegrip van zij die alimentatie moeten betalen wegens een rechterlijke beslissing of een notariële akte en personen ten laste)	€ 40,59	€ 13,32	€ 4,73
Kinderen ten laste van gewone gerechtigden	€ 32,00	€ 4,73	€ 4,73
Gerechtigden met voorkeurregeling en hun persoon ten laste	€ 4,73	€ 4,73	€ 4,73
Gerechtigden in gecontroleerde werkloosheid die sinds minstens twaalf maanden volledig werkloos zijn met gezinslast of als alleenstaande, plus hun personen ten laste	€ 32,00	€ 4,73	€ 4,73

Bron: Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (2007). *Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid*.

Men dient te vermelden dat er op de eerste dag een forfaitair bedrag van € 27,27 wordt aangerekend per opname, indien er al dan niet technische geneeskundige verstrekkingen werden verleend. Dit forfaitaire bedrag geldt niet voor rechthebbenden die genieten van verhoogde terugbetaling. Indien men binnen de 90 dagen na de opname opnieuw gehospitaliseerd wordt, dan wordt deze tweede opname beschouwd als een verlenging van de eerste hospitalisatie. Zoals eerder aangehaald wordt het persoonlijke aandeel ook nog uitgebreid met kamersupplementen, de hoogte van de bedragen kan men aflezen in tabel 2.3. Verder kan er op gewezen worden dat het uur van aankomst en uur van vertrek een invloed heeft op de bepaling of men al dan niet een volledige ligdag

moet betalen. Als men op de dag van aankomst vóór 12 uur aankomt, en men op de dag van vertrek vertrekt na 14 uur, dan rekent men de dag van aankomst en vertrek niet aan als één enkele dag. In tabel 2.5 werd de hoogte van het persoonlijke aandeel bij ziekenhuisopname weergegeven en werd er gewezen op het feit dat deze bedragen exclusief de kosten voor geneesmiddelen waren. Aan de verblijfskosten wordt ook nog een forfait van geneesmiddelen toegevoegd. Elke patiënt moet een forfaitair bedrag van 0,62 €/dag betalen voor de terugbetaalbare geneesmiddelen, ongeacht men deze geneesmiddelen toegediend heeft gekregen. Voor de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen, betaalt de patiënt wat hij werkelijk verbruikt heeft. Als laatste kan men de forfaitaire honoraria vermelden. Ook deze worden als verblijfskosten aangerekend. Het gaat hier enkel om maximaal twee forfaitaire honoraria die men aanrekent voor klinische biologie. Deze honoraria vallen volledig ten laste van het ziekenfonds, en er mogen verder geen supplementen meer op geheven worden.

Voor de 'Verblijfskosten van one day clinic' bestaat er een andere regeling. Onder 'one day clinic' verstaat men 's morgens binnen voor de ingreep en 's avonds terug naar huis'. Er komt dus als het ware geen overnachting aan te pas. Bij 'one day clinic' maakt men een onderscheid tussen twee facturatiewijzen naargelang de behandeling. Enerzijds heeft men het chirurgisch dagziekenhuis. Een 250-tal behandelingen vallen onder deze regeling. Het typische aan deze regeling is dat de facturatie verloopt zoals een gewone opname in het ziekenhuis met dat verschil dat men hier geen persoonlijk aandeel betaalt. Anderzijds kan men de gewone daghospitalisatie onderscheiden, waar alle andere behandelingen onder vallen. Men rekent bij deze regeling geen bedrag per opname noch een bedrag per verpleegdag aan ten laste van het ziekenfonds, maar wel een forfait. Ook bij deze daghospitalisatie betaalt men geen persoonlijk aandeel. Bij beide vormen van 'one day clinic' moet men net zoals bij een klassieke opname een opnameformulier invullen. Ook hier kan men weer voor het type kamer kiezen. Indien men voor een een- of tweepersoonskamer kiest, dan mag het ziekenhuis:

- Een kamersupplement aanrekenen;
- Een voorschot vragen.

Verder dient er opgemerkt te worden dat bij 'one day clinic' er geen geneesmiddelenforfait, noch forfaitaire honoraria per verpleegdag aangerekend worden.

Onder de tweede rubriek van de patiëntfactuur vindt men de 'Apotheekkosten, kosten voor implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen'. Bij de uiteenzetting van deze kostenrubriek wordt eerst even stilgestaan bij de apotheekkosten.

De apotheekkosten kan men onderverdelen in farmaceutische en parafarmaceutische producten. Farmaceutische producten kan men opsplitsen in vergoedbare producten en niet-vergoedbare producten. Voor de vergoedbare producten betaalt men, bij een ziekenhuisopname van tenminste één nacht, geen persoonlijk aandeel per toegediend geneesmiddel. De patiënt betaalt enkel het hierboven aangehaalde forfait van 0.62 €/dag. Bij een 'one day clinic' dient men echter het persoonlijke

aandeel per werkelijk toegediend vergoedbaar geneesmiddel te betalen. Voor de niet-vergoedbare producten komt, zoals de naam het al laat uitschijnen, het ziekenfonds niet tussen. De patiënt betaalt de volledige kostprijs van de geneesmiddelen. De tweede categorie van apotheekkosten zijn de parafarmaceutische producten. Hieronder vallen alle producten die niet als geneeskrachtig erkend zijn. Voorbeelden hiervan zijn lippenzalf, zalf om de huid te hydrateren, bepaalde shampoos, babymelk,....

De kosten voor implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen vormen de tweede kostenpool van de tweede rubriek. Voor de meeste implantaten voorziet het ziekenfonds een gedeeltelijke terugbetaling. Er bestaan echter ook enkele implantaten waarvoor geen remgeld dient betaald te worden. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een pacemaker. Bovenop het remgeld van de gedeeltelijk terugbetaalbare implantaten, mag het ziekenhuis ook nog een afleveringsmarge aanrekenen. Deze marge bedraagt 10% van de verkoopprijs inclusief BTW, met een maximum van € 148,74 (*Ziekenhuisgids*, 2007)³³. Onder niet-implanteerbare medische hulpmiddelen vallen de kosten van endoscopisch en viscerosynthesemateriaal. Dit materiaal wordt gebruikt bij kijkoperaties. Ook bij de kosten van deze medische hulpmiddelen komt het ziekenfonds tussen. In bepaalde gevallen kan deze tussenkomst 75% van de prijs bedragen, in andere gevallen echter slechts 10%.

De derde rubriek van de patiëntfactuur bestaat uit de 'Medische en paramedische honoraria'. Deze rubriek kan verder opgesplitst worden in forfaitaire honoraria per opname en de gewone honoraria. De forfaitaire honoraria mogen ziekenhuizen aanrekenen ter compensatie van de verminderde terugbetaling van sommige verstrekkingen of als beloning voor de organisatie van bepaalde diensten. Men mag deze honoraria aan iedereen aanrekenen, ook heeft men geen verstrekkingen van dien aard gehad. Men rekent forfaitaire honoraria per opname aan op:

- Klinische biologie;
- Medische beeldvorming;
- Medische wachtdienst.

De brochure *Ziekenhuisgids* van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2007) geeft aan dat op twee van deze forfaitaire honoraria een persoonlijk aandeel zit. De bedragen hiervan worden in onderstaande tabel vermeld.

³³ Onafhankelijke Ziekenfondsen. (2007). *Ziekenhuisgids*. Opgevraagd 28 februari 2008, van de volgende website:
http://www.mloz.be/cms/Mloz/ziekenhuisgids_07_N.pdf

Tabel 2.6: Forfaitaire honoraria met een persoonlijk aandeel

Verstrekking	Remgeld	
	Gewone verzekerde	Verzekerde met verhoogde tegemoetkoming
Klinische biologie	€ 7,44	Geen
Medische beeldvorming	€ 6,20	€ 1,98

Bron: De Onafhankelijke Ziekenfondsen. (2007). *Ziekenhuisgids*.

Bovenop deze forfaitaire honoraria mogen geen ereloon-supplementen per opname en/of verpleegdag aangerekend worden.

Als tweede onderdeel van de rubriek medische en paramedische honoraria kan men de gewone honoraria onderscheiden. Dit zijn de erelonen voor verstrekkingen van artsen, tandartsen, kinesitherapeuten en vroedvrouwen. Zoals eerder aangehaald worden deze honoraria vermeld op de 'Honorariumnota', indien deze geïnd worden door de Medische Raad.

De vierde kostenrubriek, van de patiëntfactuur, die men kan aanhalen is deze van 'Andere Leveringen'. Over deze kostenpost kan men zeer kort zijn. Hieronder vallen de kosten van levering van bloed, bloedplasma, bloederivaten, moedermelk, ontsmettende baden en gipsverbanden. Indien het van toepassing is, worden hier ook de kosten van ambulancevervoer tussen ziekenhuizen vermeld. Bij deze rubriek gaat het vaak om leveringen die geheel of gedeeltelijk terugbetaalbaar zijn.

De allerlaatste rubriek van de ziekenhuisfactuur is deze van 'Diverse Kosten'. Hier vermeldt men de kosten waarvoor het ziekenfonds niet tussenkomt en die niet onder een andere rubriek kunnen ondergebracht worden. De kosten berekent men aan de hand van de consumptie van deze producten. Men betaalt dus de werkelijke hoeveelheid die men geconsumeerd heeft. Het ziekenhuis mag deze producten en diensten slechts aanrekenen indien de patiënt of zijn vertegenwoordiger hier om gevraagd hebben. De volgende voorbeelden zijn kosten die in deze rubriek opgenomen kunnen worden: telefoonkosten, dranken buiten de maaltijd, koelkast, televisie, toiletartikelen,....

Onderaan de ziekenhuisfactuur wordt een opsplitsing gemaakt tussen de kosten die door het ziekenfonds gedragen worden en de kosten die de patiënt zelf dient te dragen. Men vermindert de kosten die de patiënt zelf dient te bekostigen met het al betaalde voorschot. Indien dit bedrag positief (resp. negatief) is dan stort de patiënt (resp. het ziekenhuis) het bedrag op de rekening van het ziekenhuis (resp. van de patiënt).

2.3.3.4 Andere verzorgingsinstellingen

De Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2007)³⁴ geeft een opsomming van centra weer, waarvoor de verplichte ziekteverzekering ook een forfaitaire terugbetaling van prestaties voorziet. Meer bepaald in:

- Rust- en verzorgingstehuizen;
- Psychiatrische verzorgingstehuizen;
- Rustoorden voor bejaarden en/of gemeenschappelijke woon- en verblijfplaatsen voor bejaarden;
- Dagverzorgingscentra;
- Plaatsing in beschut wonen.

2.3.4 De maximumfactuur (MaF)

In de verplichte ziekteverzekering heeft men de regeling van de maximumfactuur (MaF) opgenomen. Het RIZIV³⁵ licht toe dat men door middel van deze regeling de financiële toegankelijkheid tot de gezondheidszorg probeert te vergroten. Dit doel probeert men te bereiken door voor bepaalde gerechtigden, de last van de remgelden te elimineren. Deze remgelden zijn, zoals reeds eerder aangehaald, het persoonlijke aandeel van de medische kosten dat de patiënten zelf dienen te bekostigen. Met de invoering van de maximumfactuur gaat men een bepaald grensbedrag van remgelden vaststellen. Het RIZIV bepaalt dat, indien de hoogte van de remgelden tijdens een kalenderjaar dit grensbedrag overschrijdt, de gerechtigden van de maximumfactuur genieten van een 100% terugbetaling voor de medische kosten die in de rest van dat jaar nog gemaakt worden.

Voor de bepaling van de hoogte van de remgelden, worden echter niet alle remgelden die betaald werden in aanmerking genomen. Het RIZIV neemt de volgende remgelden in aanmerking voor de bepaling van het grensbedrag:

- De honoraria van geneesheren, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, paramedici...;
- De kosten van de technische verstrekkingen;
- De "onmisbare" geneesmiddelen, meer bepaald de farmaceutische specialiteiten van de categorieën A, B en C en de magistrale bereidingen;
- De kosten van de ziekenhuisopname, met name het persoonlijke aandeel in de prijs van de verpleegdag. De in aanmerking genomen kosten voor ziekenhuisverpleging zijn evenwel beperkt tot het eerste jaar in geval van opname in een psychiatrisch ziekenhuis;
- Persoonlijk aandeel van endoscopisch materiaal en het materiaal voor viscerosynthese;

³⁴ Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (2007). *Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid*. Opgevraagd op 13 februari 2008, van de volgende website:

https://www.socialsecurity.be/site_nl/socialsecurity/Infos/general/allyouwanttoknow_N.pdf

³⁵ Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering. (z.d.). *De maximumfactuur (MAF)*. Opgevraagd op 26 februari 2008, van de volgende website:

http://www.riziv.fgov.be/secure/nl/medical_cost/general/maf/index.htm

- De afleveringsmarge van de implantaten.

De Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2007)³⁶ maakt een onderscheid tussen twee soorten maximumfacturen, de sociale en de inkomens maximumfactuur.

2.3.4.1 Sociale maximumfactuur

Het RIZIV³⁷ duidt op het feit dat deze maximumfactuur wordt bepaald op grond van de sociale categorie waartoe de rechthebbenden behoren. Alvorens over te gaan tot de opsomming van de voorwaarden waaraan men moet voldoen om recht te hebben op de sociale maximumfactuur, moet men weten wat men onder gezin verstaat. De reden hiervoor is dat de sociale maximumfactuur geldt voor alle leden van het gezin. Sinds 1 januari 2006 stelt het RIZIV dat het gezin samengesteld is uit de rechthebbende, zijn echtgenoot of partner en hun personen ten laste. De voorwaarden die het RIZIV oplegt om het recht op de sociale maximumfactuur te kunnen verkrijgen als gezin zijn:

- Het gezin moet € 450 aan remgelden hebben betaald;
- Het gezin moet tenminste één van de hieronder beoogde rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming tellen :
 - Weduwnaars of weduwen, invaliden, gepensioneerden of wezen;
 - Rechthebbenden op het leefloon of op een soortgelijke OCMW-steun;
 - Rechthebbenden op het gewaarborgde inkomen voor bejaarden of op de inkomensgarantie voor ouderen;
 - Werklozen ouder dan 50 jaar die sinds ten minste een jaar volledig werkloos zijn;
 - Personen van 65 jaar of ouder die bij hun ziekenfonds als 'resident' zijn ingeschreven;
 - Personen die bij hun ziekenfonds als 'mindervalide' gerechtigde zijn ingeschreven op grond van een medische erkenning;
 - Personen die een tegemoetkoming voor gehandicapten genieten, met uitzondering van de rechthebbenden op een integratietegemoetkoming categorieën 3 tot 5, wier echtgenoot of partner een inkomen – hoe bescheiden – ook heeft.

³⁶ Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (2007). *Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid*. Opgevraagd op 13 februari 2008, van de volgende website:

https://www.socialsecurity.be/site_nl/socialsecurity/Infos/general/allyouwanttoknow_N.pdf

³⁷ Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering. (z.d.). *De maximumfactuur (MAF)*. Opgevraagd op 26 februari 2008, van de volgende website:

http://www.riziv.fgov.be/secure/nl/medical_cost/general/maf/index.htm

2.3.4.2 Inkomens maximumfactuur

De hoogte van het grensbedrag van de remgelden wordt door het RIZIV³⁸ bepaald op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbende. Bij de inkomens maximumfactuur beschouwt men als gezin het 'Rijksregistergezin'. Men hanteert deze bepaling van het gezin, aangezien alle gezinnen in aanmerking kunnen komen voor deze regeling. In de tabel hieronder worden de verschillende grensbedragen opgenomen naargelang de hoogte van het jaarlijkse netto-inkomen van het gezin. Deze grensbedragen gelden voor het jaar 2008.

Tabel 2.7: Grenzen inkomens maximumfactuur

Inkomensgrenzen	Grensbedragen persoonlijke aandelen
€ 0 - € 15.420,19	€ 450
€ 15.420,20 - € 23.705,66	€ 650
€ 23.705,67 - € 31.991,15	€ 1.000
€ 31.991,16 - € 39.931,39	€ 1.400
€ 39.931,40 - ...	€ 1.800

Bron: RIZIV. (z.d.). De maximumfactuur (MAF).

Het gezinsinkomen dat het RIZIV³⁹ in aanmerking neemt, is dit van het derde jaar dat voorafgaat aan het jaar waarvoor het recht op de maximumfactuur wordt onderzocht.

Verder bestaat er bij de regeling van de inkomens maximumfactuur een bijzondere regeling inzake kinderen jonger dan 19 jaar. Deze kunnen volgens het RIZIV individueel aanspraak maken op de inkomens maximumfactuur, indien zij op 1 januari van het jaar waarin de maximumfactuur werd toegekend deze leeftijd hebben en al € 650 aan remgelden betaald hebben.

2.4 Besluit

Dit hoofdstuk gaf een beknopt overzicht van de regelingen van de Belgische sociale zekerheid met in het bijzonder de regelingen van de verplichte ziekteverzekering. Het volgende hoofdstuk zal ingaan op de hospitalisatieverzekeringen. Deze verzekering wordt beschouwd als een aanvulling op de verplichte ziekteverzekering. De hospitalisatieverzekering verleent de verzekeringnemer bescherming voor een deel van de ziekenhuiskosten die de verplichte ziekteverzekering niet dekt.

³⁸ Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering. (z.d.). *De maximumfactuur (MAF)*. Opgevraagd op 26 februari 2008, van de volgende website:

http://www.riziv.fgov.be/secure/nl/medical_cost/general/maf/index.htm

³⁹ Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering. (z.d.). *De maximumfactuur (MAF)*. Opgevraagd op 26 februari 2008, van de volgende website:

http://www.riziv.fgov.be/secure/nl/medical_cost/general/maf/index.htm

3 Hospitalisatieverzekering

Zoals in het vorige hoofdstuk besproken werd, wordt de Belgische burger, door zijn bijdragen te leveren aan de sociale zekerheid, verzekerd tegen heel wat risico's. Een belangrijk risico waartegen men de burgers beschermt met de verplichte ziekteverzekering, zijn de kosten die optreden tijdens een ziekenhuisopname. Hiermee wil de overheid ervoor zorgen dat iedereen kan genieten van de gezondheidszorg, en zo de kans krijgt om te leven in een goede gezondheid. Tegenwoordig leven de mensen steeds langer, dit als gevolg van de vooruitgang van de medische wetenschap. Deze vooruitgang brengt echter hogere kosten met zich mee. Zo is er nood aan zeer verfijnde technologie en hoogstaande medicatie. Het probleem is echter dat al deze kosten op de dag van vandaag niet meer enkel door de sociale zekerheid gefinancierd kunnen worden. Als gevolg hiervan worden de remgelden, het aandeel van de kosten dat de patiënt zelf dient te dragen, steeds hoger. Men kan zich beschermen tegen de stijging van de eigen kosten door bovenop de verplichte ziekteverzekering, nog een aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten.

3.1 De aanvullende ziektekostenverzekering

De verplichte ziekteverzekering die opgelegd wordt door de overheid, beschermt de burger tegen de hoge medische kosten. Deze verzekering wordt gefinancierd door de sociale bijdragen en belastingopbrengsten. Maar het probleem van de verplichte ziekteverzekering is dat deze slechts een beperkte bescherming biedt tegen de medische kosten. Een deel van de kosten zal de patiënt zelf nog moeten dragen, en deze kosten kunnen een grote last vormen voor de patiënt. Men kan zich beter beschermen tegen deze medische kosten door nog een aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten. Deze verzekering wordt gefinancierd door verzekeringspremies en er bestaat geen enkele verplichting om dergelijke verzekering af te sluiten. Maar het is wel aan te raden om op de dag van vandaag een aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten.

De populariteit van deze verzekeringen neemt alsmaar toe. De beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen (z.d.)⁴⁰ stelt dat men zich er bewust van wordt dat een aanvullende ziektekostenverzekering evolueert van een luxegoed naar een noodzakelijk goed om zich te beschermen tegen de hoge medische kosten.

Men kan zich op twee manieren aansluiten voor een aanvullende ziektekostenverzekering. Zo bestaat er de mogelijkheid, zoals het bij de meeste verzekeringen van toepassing is, om deze verzekering individueel af te sluiten. Volgens de Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen (z.d.) bezorgt de verzekeringsonderneming of tussenpersoon op vraag van de kandidaat-verzekeringnemer, het eerste verzekeringsvoorstel en een medische vragenlijst. Op basis van de

⁴⁰ Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen. (z.d.). *De aanvullende ziektekostenverzekering: uw gezondheid financieel beschermd*. Opgevraagd op 5 juli 2007, van de volgende website: http://www.assuralia.be/nl/pdf/ziekteverzekering_NL.pdf

gegevens die men afleidt uit de vragenlijst, doet de verzekeringsonderneming een concreet aanbod. Indien de kandidaat-verzekeringnemer dit aanbod aanvaardt, dan wordt er een overeenkomst gesloten en wordt hij aanvullend verzekerd mits betaling van de premies, waarvan de hoogte wordt bepaald in de overeenkomst. Men kan zich maar best tijdig laten verzekeren, want hoe ouder men is hoe hoger de premie zal zijn.

Een tweede manier om zich aanvullend te laten verzekeren is door een collectieve verzekering. Dit is een verzekering die een werkgever aanbiedt aan zijn werknemers als extralegaal voordeel (Bollen, 2007)⁴¹. In de brochure 'De aanvullende ziektekostenverzekering: uw gezondheid financieel beschermd' van de Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen (z.d.)⁴², wordt erop gewezen dat een collectieve verzekering zowel voordelen heeft voor de werkgever als voor de werknemer. Zo haalt men als voordeel voor de werkgever aan, dat deze "een bijkomende bescherming kan aanbieden die zowel door jonge gezinnen als door oudere werknemers erg op prijs wordt gesteld" (p. 12). Voorts put de werkgever voordeel uit het feit dat deze verzekering afgestemd wordt op maat van de onderneming. Zo kan men bijvoorbeeld het beschermingsniveau van de verzekering afstemmen op de noden van de onderneming.

De lagere premiekosten kan men beschouwen als één van de voordelen van de collectieve verzekering voor de werknemer. In de brochure wordt verklaard dat deze het gevolg zijn van twee factoren. Als eerste kan men opmerken dat deze lage premiekosten ontstaan door de sterke solidariteit die er heerst tussen gezonde en zieke verzekerden. Dit bereikt men doordat één premie wordt berekend voor iedereen. Het jaarlijkse karakter van de groepsverzekering, vormt de tweede verklaring. Zo geldt een collectieve verzekering slechts voor één jaar, dit in tegenstelling tot de individuele verzekering, die in principe een levenslang karakter heeft. Door dit jaarlijkse karakter is er een minder groot risico voor de verzekeringsmaatschappij wat dan ook leidt tot een lagere premie. Verder kan men de gehele of gedeeltelijke betaling van de verzekeringspremie door de werkgever ook nog bestempelen als een voordeel voor de werknemer. De werkgever zorgt er op deze manier voor dat de werknemer kan genieten van een goedkope bescherming.

3.2 De hospitalisatieverzekering

Zoals reeds werd gesteld, winnen de aanvullende ziektekostenverzekeringen steeds maar aan populariteit. De hospitalisatieverzekering is een zeer populaire aanvullende ziektekostenverzekering. Dit kan men ondermeer afleiden uit het feit dat ongeveer 7 miljoen Belgen reeds een hospitalisatieverzekering hebben afgesloten (Tanghe, 2007)⁴³.

De hospitalisatieverzekering zal nu verder onder de loep genomen worden aan de hand van enkele specifieke topics.

⁴¹ Bollen, N. (2007). Nieuwe wet op aanvullende ziekteverzekering. Voor altijd verzekerd. *Netto*, 37, 26-27.

⁴² Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen. (z.d.). *De aanvullende ziektekostenverzekering: uw gezondheid financieel beschermd*. Opgevraagd op 5 juli 2007, van de volgende website: http://www.assuralia.be/nl/pdf/ziekteverzekering_NL.pdf

⁴³ Tanghe, N. (2007, 11 juni). Uw ziekenhuisfactuur krijgt zuurstof [Elektronische versie]. *De Standaard*, 40.

3.2.1 Definitie

Als definitie van een hospitalisatieverzekering kan men verwijzen naar De Muynck (2002)⁴⁴. Hij omschrijft deze als een verzekering die “de kosten dekt van het verblijf, de kosten van de behandelingen en de geneesmiddelen in geval van een hospitalisatie van de verzekerde bij ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling” (p. 254).

De hospitalisatieverzekering vervult dus als het ware de taak van aanvulling van de verplichte ziekteverzekering. Het is geen uitbreiding van de dekking van de gehele verplichte ziekteverzekering. De aanvulling van de kostendekking heeft enkel betrekking op de medische kosten die men maakt in geval van een ziekenhuisopname. De verplichte ziekteverzekering dekt enkel een deel van deze kosten, maar men kan de dekking uitbreiden door een aanvullende hospitalisatieverzekering af te sluiten. De hospitalisatieverzekering voorziet echter geen volledige kostendekking waarvoor de verplichte ziekteverzekering geen bescherming biedt. Hieronder bespreken we bondig welke kosten in aanmerking komen voor terugbetaling.

3.2.2 Welke kosten worden gedekt?

Het boek *Goed verzekerd? De praktische gids voor een optimale verzekering*.⁴⁵ dat verscheen in 2005, maakt een indeling van periodes waarin de hospitalisatieverzekering de kosten dekt. Zo dekt deze verzekering de kosten gemaakt tijdens de hospitalisatie, maar ook de (para)medische kosten voor én na de hospitalisatie die in verband staan met deze opname. De kosten voor en na de opname, die in verband staan met de opname noemt men ook wel de ambulante kosten. Hieronder worden zowel de medische en paramedische prestaties zoals medische hulpmiddelen, kunstledematen en prothesen, als de farmaceutische producten voorgeschreven door de arts verstaan. De hospitalisatieverzekeringen bieden eveneens een bescherming tegen de ambulante kosten die het gevolg zijn van ernstige ziekten. Men dient hier wel de bemerking te maken, dat enkel de ernstige ziekten die opgenomen worden in de polisvoorwaarden, in aanmerking komen voor deze kostendekking.

Er dient wel gewezen te worden op het feit dat de kostendekking aangeboden door de hospitalisatieverzekering in de tijd beperkt is en verschilt van polis tot polis. Dus indien men een hospitalisatieverzekering wil afsluiten, kan men best verschillende aanbieders vergelijken. Want de ene aanbieder kan dan wel een lagere premie vragen, maar dekt daarom niet dezelfde kosten dan een andere aanbieder.

Samenvattend kunnen we stellen dat een hospitalisatieverzekering toch een uitgebreide bescherming biedt, die niet enkel beperkt blijft tot de kosten die gemaakt worden tijdens de ziekenhuisopname.

⁴⁴ De Muynck, H. (2002). *Verzekeringswezen in België*. Gent: Academia Press.

⁴⁵ *Goed verzekerd? De praktische gids voor een optimale verzekering*. (2005). Berchem: Uitgeversbedrijf Tijd.

Voor de bescherming tegen de kosten van een ziekenhuisopname vragen de verzekeraars een bepaalde tegenprestatie van hun verzekeringnemers. Deze tegenprestatie is een bedrag dat men moet betalen aan de verzekeraar in de vorm van een premie. Dit topic wordt nu verder toegelicht.

3.2.3 Premie

De aanbieders van de hospitalisatieverzekering vragen, in ruil voor de dekking van de hospitalisatiekosten, een premie aan hun klanten. Deze hospitalisatiekosten vormen voor de klanten als het ware een risico. Van Velthoven en Van Wijck (2007)⁴⁶ stellen dat de verzekeringsmaatschappijen bereid zijn om risico's van hun klanten over te nemen indien zij een verzekeringspremie betalen. Als we dit toepassen op de hospitalisatieverzekeringen, dan kan men de kosten die optreden bij een ziekenhuisopname beschouwen als een risico. Indien men de verzekeringspremie betaalt, beschermt men zich tegen dit risico, want de verzekeraar neemt de kosten, die onder de dekking vallen, op zich. Op deze manier verkopen de verzekeraars zekerheid.

Bij het bepalen van de premies dienen de verzekeraars rekening te houden met enkele factoren. Tanghe (2007)⁴⁷ onderscheidt vijf factoren die een invloed hebben op de premie van een hospitalisatieverzekering.

Een eerste factor die hij benoemt is de leeftijd. Deze oefent een grote invloed uit op de hoogte van de premie. Dit komt door het feit dat hoe ouder mensen zijn, hoe meer medische kosten ze met zich meebrengen. Dit verhoogt dan ook het risico voor de verzekeraar die op zijn beurt een hogere premie vraagt voor de dekking van het verhoogde risico.

De volgende factor die hij aanhaalt is de woonplaats. Ook deze gooit een gewicht in de schaal bij het bepalen van de premie. Volgens Deceunynck (2006)⁴⁸ komt dit vooral voor in Brussel, omdat daar de ziekenhuiskosten en de erelonen een stuk hoger liggen dan in de Waalse of Vlaamse ziekenhuizen. Dus iemand die in Brussel woont, zal een premie moeten betalen die hoger is dan voor een identieke persoon die bijvoorbeeld in Antwerpen woont. Verzekeringsmaatschappij DKV België heeft zelfs een aparte hospitalisatieverzekeringspolis, 'Plan ISB2000', ontworpen voor mensen die in Brussel wonen⁴⁹.

Verder kaart Tanghe de invloed van de actuele gezondheidstoestand op de hoogte van de premie aan. Wanneer men een hospitalisatieverzekering wil afsluiten, dient men een medische vragenlijst in te vullen. De verzekeringnemer moet deze vragenlijst te goeder trouw invullen, want indien later blijkt dat u bepaalde ziekten of aandoeningen verzwegen hebt, kan de verzekeraar zich terugtrekken bij het vergoeden van de kosten ("Ziektekostenverzekering. Voorafbestaande toestand: theorie

⁴⁶ Van Velthoven, B.C.J., & Van Wijck, P.W. (2007). *Recht en efficiëntie*. Deventer: Kluwer.

⁴⁷ Tanghe, N. (2007, 11 juni). Uw ziekenhuisfactuur krijgt zuurstof [Elektronische versie]. *De Standaard*, 40.

⁴⁸ Deceunynck, F. (2006). Zo vermijdt u problemen met uw HOSPITALISATIE. *Netto*, 10-12.

⁴⁹ Interview met Francis Vandersteegen, Verzekeringsmakelaar te Genk, op 18 februari 2008

en praktijk”, 1999)⁵⁰. Het is zeer belangrijk voor de verzekeraar te weten wat de werkelijke gezondheidstoestand is van zijn klant. Indien u bepaalde ziekten of aandoeningen hebt, dan is de kans ook groter dat er medische kosten zullen optreden. Dit betekent een verhoogd risico voor de verzekeraar, en deze wil zich dan tegen dit verhoogde risico beschermen door een hogere premie te vragen.

De vierde factor die een invloed uitoefent op de premie, is de hoogte van de franchise. Hiermee wordt de hoogte van de hospitalisatiekosten die men zelf wenst te dragen bedoeld. Deze franchise kan men als het ware vergelijken met het remgeld bij de verplichte ziekteverzekering, met dat verschil dat bij franchise men zelf kiest voor het dragen van een bepaald bedrag van kosten en bij de verplichte ziekteverzekering heeft men die keuze niet. Deze techniek bestaat erin, dat de verzekeringnemer een bepaald bedrag opgeeft dat hij zelf wenst te dragen. Men kan bijvoorbeeld kiezen om de kosten tot € 150 zelf te betalen. De kosten die hoger zijn dan € 150 worden dan gedekt door de verzekeraar. Door deze techniek van franchise kan de verzekerde een deel van zijn risico afkopen van zijn verzekeraar, en krijgt daardoor een risicobescherming van minder dan 100%. Door het afkopen van het risico, daalt het risico voor de verzekeraar, zodat deze de hoogte van de premie, die de verzekeringnemer dient te betalen, zal verlagen.

De laatste factor die volgens Tanghe⁵¹ een invloed heeft op de premie is het geslacht. Hier dient men echter op te merken dat deze factor niet langer een invloed uitoefent op de premie. De reden hiervoor is dat men in België de Europese non-discriminatie-richtlijn gaat toepassen. Deze richtlijn verbiedt elke ongelijke behandeling tussen mannen en vrouwen (“Nog discriminatie bij verzekering”, 2007)⁵². Hierdoor krijgt men te maken met unisekstarieven in de verzekeringen (Vanduffel, 2007)⁵³. Dit wil dus zeggen dat men bij het bepalen van de premie geen onderscheid meer mag maken tussen man of vrouw. Vanduffel licht toe dat deze richtlijn een toepassing is van het gelijkheidsbeginsel. Hiermee bedoelt men dat mensen in gelijke omstandigheden, gelijk behandeld moeten worden en mensen in ongelijke omstandigheden ongelijk.

Elke lidstaat van Europa kon tot 21 december 2007 een uitzondering voor de verzekeraars aanvragen op de toepassing van deze non-discriminatie-richtlijn. Enkel de levens-, hospitalisatie- en de autoverzekeringen kwamen in aanmerking voor deze uitzondering (“Verwilghen wil uitzondering op non-discriminatie-richtlijn”, 2007)⁵⁴. Indien men de uitzonderingsregel zou aanvragen voor deze verzekeringen, dan zouden de verzekeraars nog steeds kunnen discrimineren op basis van geslacht bij het bepalen van de hoogte van de premie. In een recent artikel in de *De Tijd* kon men lezen dat bijna alle lidstaten voor deze uitzonderingsregel geopteerd hebben, enkel België deed dit niet

⁵⁰ Ziekenhuiskostenverzekering. Voorafbestaande toestand: theorie en praktijk. (1999, 19 februari). *Verzekeringsnieuws*, 15, 1-2.

⁵¹ Tanghe, N. (2007, 11 juni). Uw ziekenhuisfactuur krijgt zuurstof [Elektronische versie]. *De Standaard*, 40.

⁵² Nog discriminatie bij verzekering [Elektronische versie]. (2007, 23 november). *De Tijd*, 10.

⁵³ Vanduffel, S. (2007, 29 november). Unisekstarieven verzekeringen zijn Pyrrusoverwinning [Elektronische versie]. *De Tijd*, 13.

⁵⁴ Verwilghen wil uitzondering op non-discriminatie-richtlijn [Elektronische versie]. (2007, 8 maart). *De Standaard*, 22.

waardoor nu de non-discriminatie-richtlijn van toepassing is. ("Nog discriminatie bij verzekering", 2007)⁵⁵.

Er bestaan verschillende standpunten over het invoeren van deze non-discriminatie-richtlijn.

Zo juicht het Vlaams Patiëntenplatform de toepassing ervan toe. Zij zijn van mening dat de premies die gebaseerd worden op verschillen waar de verzekeringnemer geen vat op heeft, zoals geslacht, leeftijd en gezondheid, zonder meer discriminerend zijn ("M/V in verzekeringen", 2007)⁵⁶. Voor hen is nu het verbod om zich te baseren op het geslacht bij de bepaling van de hoogte van de premie al een eerste stap in de goede richting. Ook volgens de consumentenorganisatie Test-Aankoop mag de premie enkel afhangen van het individueel gedrag van de verzekeringnemers, en ook zij zijn daarom een voorstander van de invoering van de non-discriminatie-richtlijn ("Nog discriminatie bij verzekering", 2007).

De grote tegenstanders van deze richtlijn kan men vooral in de verzekeringssector terugvinden. Vanduffel (2007)⁵⁷ merkt op dat de verzekeraars alles bij het oude willen laten. Zij beweren dat het onderscheid tussen man en vrouw in vele gevallen relevant is om een schatting van het risico te maken. Zoals reeds is aangehaald is de uitvoering van deze richtlijn een verlengde van het gelijkheidsbeginsel. Maar er bestaat een verschil in benadering van dit gelijkheidsbeginsel door de verzekeraars en de non-discriminatie-richtlijn ("M/V in verzekeringen", 2007)⁵⁸. Deze richtlijn heeft betrekking op het fundamentele recht van gelijke behandeling. Dit recht is een persoonlijk recht van mannen en vrouwen als individu. Bij de verzekeringsmaatschappijen berekent men risico's, premies en uitkeringen voor groepen, waarbij men streeft naar gelijkheid binnen de groep en niet tussen individuen. Dit verschil in benadering van het gelijkheidsbeginsel, kan men als een eerste oorzaak van ongenoegen van de verzekeringsmaatschappijen bestempelen. In het artikel van Vanduffel (2007) staat dat de verzekeringssector al heeft laten uitschijnen dat de tarieven voor de vrouwen zullen stijgen. Maar ze vergeten er eigenlijk bij te zeggen dat logischerwijze de premies voor de mannen goedkoper zouden moeten worden. Zo haalt de auteur het voorbeeld aan dat de hospitalisatieverzekering voor vrouwen tot 45 jaar eigenlijk goedkoper zou moeten worden, omdat het risico op zwangerschap en de meerkosten hieraan verbonden, voortaan ook mee betaald zullen worden door de verzekerde mannen. Nu bestaat er de vrees dat de verzekeringssector de invoering van de unisekstarieven gaat gebruiken als excuus om het tarief voor mannen en vrouwen te gaan baseren op het hoogste 'oude' tarief voor mannen en vrouwen. Deze vrees is echter niet onterecht. Zo stelt het Vlaams Patiëntenplatform (2007)⁵⁹ dat Ethias op 1 januari 2008 de premies verhoogt,

⁵⁵ Nog discriminatie bij verzekering [Elektronische versie]. (2007, 23 november). *De Tijd*, 10.

⁵⁶ M/V in verzekeringen [Elektronische versie]. (2007, 30 november). *De Standaard*, 59.

⁵⁷ Vanduffel, S. (2007, 29 november). Unisekstarieven verzekeringen zijn Pyrrusoverwinning [Elektronische versie]. *De Tijd*, 13.

⁵⁸ M/V in verzekeringen [Elektronische versie]. (2007, 30 november). *De Standaard*, 59.

⁵⁹ Vlaams Patiëntenplatform. (2007). *Transparantie en ethiek, loze begrippen voor verzekeraars?*. Opgevraagd op 5 april 2008, van de volgende website:
http://www.vlaamspatiëntenplatform.be/www/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,76/Itemid,98/

en dit zowel voor mannen als vrouwen. Het unisekstarief dat deze maatschappij hanteert is het hoogste tarief voor iedereen.

Een tweede oorzaak van ongenoegen over deze richtlijn vanuit de verzekeringssector, vindt zijn oorsprong in de schrik voor het verliezen van hun concurrentiepositie op de Europese markt, bij de invoering van de non-discriminatie-richtlijn ("M/V in verzekeringen", 2007) ⁶⁰. De reden hiervoor is dat de Europese lidstaten die de uitzonderingsregel toepassen voor verzekeringen, wel nog mogen discrimineren op basis van geslacht bij het bepalen van de hoogte van de premie. Op deze manier kan men hierdoor lagere premies aanrekenen dan de Belgische verzekeringsmaatschappijen. Hierdoor behalen ze een concurrentievoordeel wat tot gevolg heeft dat de buitenlandse verzekeringsmaatschappijen klanten kunnen afsnoepen van de Belgische verzekeraars ("Nog discriminatie bij verzekering", 2007) ⁶¹.

Niet alleen komt er kritiek vanuit de hoek van de verzekeringssector op de invoering van de non-discriminatie-richtlijn, maar ook vanuit de politiek. Zo wou gewezen minister van Economie, Marc Verwilghen, dat België de uitzonderingsregel aanvroeg voor de verzekeraars ("Verwilghen wil uitzondering op non-discriminatie-richtlijn", 2007) ⁶². Hij wou deze uitzonderingsregel om te vermijden dat de verzekeringspremies fors zouden stijgen. Verder is hij ook van mening dat de ongelijke behandeling bij verzekeringen soms gerechtvaardigd is. Deze discriminatie is volgens hem gerechtvaardigd bij levensverzekeringen, omdat vrouwen nu eenmaal langer leven dan mannen, en zodoende een lagere premie zouden moeten betalen.

Samenvattend kunnen we stellen dat de hoogte van de premie afhangt van enkele eigenschappen van de verzekeringnemers, met uitzondering van het geslacht, door de invoering van de non-discriminatie-richtlijn. Maar de hoogte van de hospitalisatieverzekeringspremies hangt ook af van de aanbieders van deze verzekeringen. Het volgende punt gaat wat dieper in op de aanbieders van de hospitalisatieverzekeringen.

3.2.4 Aanbieders

Indien men beslist om een aanvullende hospitalisatieverzekering af te sluiten, kan men terecht bij twee soorten aanbieders, de privé-verzekeringsmaatschappijen en de mutualiteiten. Zoals reeds aangehaald hebben ongeveer 7 miljoen Belgen reeds een aanvullende hospitalisatieverzekering afgesloten (Tanghe, 2007) ⁶³. Het grootste deel van de Belgische bevolking, 4,3 miljoen, heeft een hospitalisatieverzekering afgesloten bij een privé-verzekeraar. De resterende 2,6 miljoen verzekerden hebben een hospitalisatieverzekering bij een mutualiteit.

⁶⁰ M/V in verzekeringen [Elektronische versie]. (2007, 30 november). *De Standaard*, 59.

⁶¹ Nog discriminatie bij verzekering [Elektronische versie]. (2007, 23 november). *De Tijd*, 10.

⁶² Verwilghen wil uitzondering op non-discriminatie-richtlijn [Elektronische versie]. (2007, 8 maart). *De Standaard*, 22.

⁶³ Tanghe, N. (2007, 11 juni). Uw ziekenhuisfactuur krijgt zuurstof [Elektronische versie]. *De Standaard*, 40.

De grote verschillen tussen beide aanbieders liggen volgens De Wilde (1998)⁶⁴ vooral in de terugbetaling en de kostprijs.

Beide aanbieders worden nu verder toegelicht.

3.2.4.1 Privé-verzekeraars

Privé-verzekeraars zijn, zoals het woord al laat uitschijnen, verzekeringsmaatschappijen in de private sector. Ze hebben dus geen enkele band met de overheid.

De private verzekeringsaanbieders vallen, voor het aanbieden van verzekeringen, onder de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen en de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst⁶⁵. Indien men een hospitalisatieverzekering afsluit bij een privé-verzekeringsmaatschappij dan gebeurt dit via een verzekeringsovereenkomst. Volgens artikel 1 van de wet van 25 juni 1992 op de Landverzekeringsovereenkomst⁶⁶ verstaat men onder een verzekeringsovereenkomst:

een overeenkomst, waarbij een partij, de verzekeraar, zich er tegen betaling van een vaste of veranderlijke premie tegenover een andere partij, de verzekeringnemer, toe verbindt een in de overeenkomst bepaalde prestatie te leveren in het geval zich een onzekere gebeurtenis voordoet waarbij, naargelang van het geval, de verzekerde of begunstigde belang heeft dat die zich niet voordoet.

Met andere woorden de verzekeraar sluit een verzekeringsovereenkomst af met een verzekeringnemer. De verzekeraar verbindt zich ertoe om een prestatie te leveren in geval zich een onzekere gebeurtenis voordoet. Indien we dit specifiek toepassen op de hospitalisatieverzekering, kan men de ziekenhuisopname beschouwen als de onzekere gebeurtenis. Het dekken van de kosten, die gepaard gaan met de ziekenhuishopname en waarvoor de verzekeringnemer verzekerd is, wordt aanzien als de prestatie die de verzekeraar moet leveren. Uit dit artikel kan men verder nog concluderen dat de verzekeraar enkel maar verplicht is deze prestaties te leveren indien de verzekeringnemer zijn premies betaalt.

De privé-verzekeraars kan men opsplitsen in twee groepen. Zo heeft men de bankinstellingen en de verzekeringsmaatschappijen.

⁶⁴ De Wilde, D. (1998). Hoe ziek is de Belgische gezondheidssector: Heden en toekomst van de ziekteverzekering. Leuven: Van Halewyck.

⁶⁵ Berghman, J., & Meerbergen, E. (2005). *Aanvullende sociale voorzieningen in de tweede en derde pijler*. Opgevraagd op 19 maart 2008, van de volgende website:
http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/agora/ragff084_nl.pdf

⁶⁶ Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie. (1992). *Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst*. Opgevraagd op 13 oktober 2007, van de volgende website:
http://mineco.fgov.be/protection_consumer/insurance/law_insurance_002.pdf

Enkele bankinstellingen bieden buiten hun financiële diensten ook verzekeringen aan, en hebben in hun aanbod ook vaak hospitalisatieverzekeringen opgenomen. Een voorbeeld van een dergelijke bankinstelling is KBC.

De pure verzekeringsmaatschappijen daarentegen, houden zich enkel bezig met verzekeringen en bieden dan ook een zeer brede waaier van polissen aan, waaronder ook hospitalisatieverzekeringen. Verzekeringsmaatschappij DKB Belgium, de grootste ziekteverzekeraar van België, is hiervan een goed voorbeeld (Sinnaeve, 2007)⁶⁷.

Vandendriessche (2000)⁶⁸ licht toe dat privé-verzekeraars vooral omwille van twee eigenschappen zich onderscheiden van de mutualiteiten. Zo haalt hij aan dat verzekeringsmaatschappijen verschillend zijn van mutualiteiten omwille van het doel dat zij stellen en de financieringstechniek die zij hanteren.

Verzekeringsmaatschappijen hebben in tegenstelling tot de mutualiteiten, winstmaximalisatie tot doel. Doordat de verzekeringsmaatschappijen zich dit doel opleggen ontstaat er een grote concurrentiestrijd tussen de verschillende aanbieders. Als gevolg van deze concurrentiestrijd worden de verzekeringsmaatschappijen verplicht om aan risicoselectie te doen (Rogge, 2001)⁶⁹. Dit doet de verzekeraar, volgens Berghman en Meerbergen (2005), "door te beslissen of en tegen welke voorwaarden iemand kan toetreden" (p. 12)⁷⁰. Deze risicoselectie is voor de verzekeringsmaatschappijen echter noodzakelijk, daar hun producten niet door middel van solidariteit van de premies worden gefinancierd (Berghman & Meerbergen, 2005). Dit heeft tot gevolg dat de verzekeraars niet zomaar iedereen een verzekering aanbieden, en hierdoor worden mensen met zeer hoge risico's dan ook vaak uitgesloten. Toch trachten de verzekeraars een zo gevarieerd mogelijk publiek te verzekeren, en proberen ze ervoor te zorgen dat de individuele risico's zo onafhankelijk mogelijk zijn (Van Velthoven & Van Wijck, 2007)⁷¹.

Deceunynck (2006)⁷² haalt een derde verschil aan tussen de hospitalisatieverzekeringen aangeboden door privé-verzekeraars en mutualiteiten. Zij wijst op het feit dat er verschil bestaat in de hoogte van de hospitalisatieverzekeringspremies. Private verzekeringsmaatschappijen rekenen over het algemeen hogere premies aan. De belangrijkste oorzaak hiervan ligt in het feit dat de private verzekeringsmaatschappijen ongelijk behandeld worden ten opzichte van de mutualiteiten. Deze ongelijke behandeling wordt verder besproken in het volgende punt dat de tweede soort aanbieder van de hospitalisatieverzekeringen bespreekt, de mutualiteiten.

⁶⁷ Sinnaeve, S. (2007). 'OORLOG' tussen ziekenfondsen en privéverzekeraars. *Trends*, 60-62.

⁶⁸ Vandendriessche, J. (2000). Ziekenfondsen bieden aanvullende polissen aan. Concurrentievervalsing en minder sociale bescherming? *De Verzekeringswereld*, 518, 30-35.

⁶⁹ Rogge, J. (2001). Aanvullende sociale verzekeringen: Op zoek naar een level playing field voor ziekenfondsen en verzekeringsondernemingen. In Y. Merchiers (Red.), *Liber amicorum*. (pp.781-803). Brugge: die Keure.

⁷⁰ Berghman, J., & Meerbergen, E. (2005). *Aanvullende sociale voorzieningen in de tweede en derde pijler*. Opgevraagd op 19 maart 2008, van de volgende website:
http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/agora/ragff084_nl.pdf

⁷¹ Van Velthoven, B.C.J., & Van Wijck, P.W. (2007). *Recht en efficiëntie*. Deventer: Kluwer.

⁷² Deceunynck, F. (2006). Zo vermijdt u problemen met uw HOSPITALISATIE. *Netto*, 10-12.

Het verschil in de hoogte van de verzekeringspremies tussen de mutualiteiten en de privé-verzekeraars wordt niet enkel veroorzaakt door de bevoordeling van de mutualiteiten. Dit verschil ontstaat ook doordat de bepaling van de premie verschillend gebeurt. Zo kan men opmerken dat de hoogte van de premies van de hospitalisatieverzekeringen, bij de private-verzekeringsmaatschappijen, bepaald worden door de instapleeftijd (Deceunynck, 2006). De auteur wijst erop dat men deze premie gedurende de hele looptijd van de verzekering dient te betalen. De te betalen premie kan echter wel verhoogd worden gedurende de looptijd, maar deze verhoging zal niet het gevolg zijn van de verhoogde leeftijd van de verzekeringnemer. Deze regeling kan echter wel problematisch zijn, want indien men pas vanaf de leeftijd van bijvoorbeeld 60 jaar een hospitalisatieverzekering afsluit, dan moet men gedurende de hele looptijd een zeer hoge premie betalen. Men kan daarom dus maar beter op jonge leeftijd een hospitalisatieverzekering aanschaffen, zodat de premie nog betaalbaar is. Er dient wel op gewezen te worden dat niet alle private verzekeringsmaatschappijen dezelfde methode hanteren bij het bepalen van de premie. Dit is ondermeer het geval bij de verzekeringsmaatschappij Ethias. Zoals blijkt uit de vergelijkende studie in hoofdstuk 5, verhogen de premies aangerekend voor de hospitalisatieverzekering Medi-Comfort, indien men van leeftijdsklasse verandert. Bij de twee andere verzekeringsmaatschappijen opgenomen in de vergelijkende studie, DKV en KBC, hangt de hoogte van de premie af van de aansluitingsleeftijd en wordt dus de methode toegepast zoals hierboven beschreven.

3.2.4.2 Mutualiteiten

Ook bij de mutualiteiten kan men terecht voor een aanvullende hospitalisatieverzekering. Zoals reeds werd aangehaald worden de mutualiteiten georganiseerd in landsbonden, en men kan er 5 onderscheiden⁷³:

- Landsbond der christelijke mutualiteiten;
- Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten;
- Landsbond van de neutrale ziekenfondsen;
- Landsbond van liberale mutualiteiten;
- Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen.

Deze mutualiteiten staan in voor de regelingen met betrekking tot de verplichte ziekteverzekering, maar men kan er dus ook een aanvullende hospitalisatieverzekering afsluiten. Voor alle diensten die de mutualiteiten aanbieden vallen ze onder de wet 6 augustus 1990 betreffende ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen⁷⁴. In deze wet wordt bepaald dat de mutualiteiten de volgende verzekeringen moeten aanbieden:

⁷³ De Wilde, D. (1998). Hoe ziek is de Belgische gezondheidssector: Heden en toekomst van de ziekteverzekering. Leuven: Van Halewyck.

⁷⁴ Berghman, J., & Meerbergen, E. (2005). *Aanvullende sociale voorzieningen in de tweede en derde pijler*. Opgevraagd op 19 maart 2008, van de volgende website:
http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/agora/ragff084_nl.pdf

- Verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- Aanvullende vrije verzekering.

Rogge (2001) ⁷⁵ benadrukt dat de mutualiteiten niet alleen de mogelijkheid hebben om dit aan te bieden, maar er zelfs toe verplicht worden.

Een groot voordeel van de aanvullende verzekeringen aangeboden door de mutualiteiten, is dat deze openstaan voor iedereen. Men gaat als het ware niemand uitsluiten van bescherming tegen risico's. De enige voorwaarde die de mutualiteiten stellen, is dat men lid moet zijn. Dit lidmaatschap heeft men ook nodig alvorens men recht heeft op bescherming tegen de sociale risico's aangeboden door de sociale zekerheidsregelingen.

Verder kan men ook de competitieve polissen van de door de mutualiteiten aangeboden aanvullende verzekeringen, als voordeel bestempelen ("De ene hospitalisatiepolis is de andere niet", 2006)⁷⁶. Hiermee bedoelt men dat de prijs-kwaliteitverhouding van de aangeboden hospitalisatieverzekeringen zeer gunstig zijn ten opzichte van deze aangeboden door de private maatschappijen. De mutualiteiten bieden hospitalisatieverzekeringen aan die gevoelig goedkoper zijn dan deze van de private maatschappijen (Deceunynck, 2006)⁷⁷. Zoals reeds is aangehaald, kunnen de mutualiteiten lagere premies vragen dan de privé-verzekeraars omdat zij op bepaalde vlakken bevoordeeld worden. Rogge (2001)⁷⁸ stelt dat de mutualiteiten op vier punten bevoordeeld worden.

Als eerste voert hij aan dat de mutualiteiten op fiscaal vlak bevoordeeld worden. Ook Sinnaeve (2007)⁷⁹ is deze mening toegedaan. Zo worden privé-verzekeraars onderworpen aan een taks van 9,25% op hun premie-inkomsten, terwijl mutualiteiten deze belasting niet dienen te betalen. Rogge voegt er echter wel aan toe dat de mutualiteiten net zoals de privé-verzekeraars een RIZIV-bijdrage van 10% dienen te betalen. Privé-verzekeraars worden dus belast aan een percentage van 19,25%, en mutualiteiten slechts aan 10%.

Voorts worden de mutualiteiten volgens Rogge (2001) bevoordeeld door de subsidies die zij ontvangen. Hij duidt op het feit dat de mutualiteiten sinds 1998 jaarlijks subsidies krijgen van de overheid voor een bedrag van € 50 miljoen. Deze subsidies zijn wettelijk gereguleerd, daar in artikel 27 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen werd opgenomen dat mutualiteiten van overheidswege toelagen kunnen ontvangen voor de organisatie van de diensten voor de vrije en aanvullende verzekering. De private verzekeringsmaatschappijen ontvangen deze overheidssteun niet.

⁷⁵ Rogge, J. (2001). Aanvullende sociale verzekeringen: Op zoek naar een level playing field voor ziekenfondsen en verzekeringsondernemingen. In Y. Merchiers (Red.), *Liber amicorum*. (pp.781-803). Brugge: die Keure.

⁷⁶ De ene hospitalisatiepolis is de andere niet. (2006, 20 april). *Cash*, 16, 10-12.

⁷⁷ Deceunynck, F. (2006). Zo vermijdt u problemen met uw HOSPITALISATIE. *Netto*, 10-12.

⁷⁸ Rogge, J. (2001). Aanvullende sociale verzekeringen: Op zoek naar een level playing field voor ziekenfondsen en verzekeringsondernemingen. In Y. Merchiers (Red.), *Liber amicorum*. (pp.781-803). Brugge: die Keure.

⁷⁹ Sinnaeve, S. (2007). 'OORLOG' tussen ziekenfondsen en privéverzekeraars. *Trends*, 60-62.

Ook op het vlak van informatie behalen mutualiteiten een voordeel op de privé-verzekeraars. Zo moet men een vragenlijst invullen indien men een hospitalisatieverzekering wenst af te sluiten. Op basis van deze vragenlijst probeert men het risico van de kandidaat-verzekerde in te schatten. Rogge haalt aan dat aangezien de mutualiteiten de verplichte ziekteverzekering organiseren zij over veel meer informatie omtrent het ziektecijfer beschikken. Zij kunnen als het ware het risico veel beter voorspellen dan de privé-verzekeraars en worden op deze manier dan ook met minder onzekerheid geconfronteerd. Dit lagere niveau van onzekerheid uit zich dan in een lagere premie. Als laatste haalt Rogge⁸⁰ de bevoordeling op vlak van reglementering aan. Hij stelt dat de vrijwillig door de mutualiteiten uitgevoerde verrichtingen in principe niet gereglementeerd zijn. Verder merkt Rogge op dat de bepalingen die opgenomen werden in de wet op de landverzekeringsovereenkomst niet van toepassing zijn op de mutualiteiten, terwijl deze wet geldt ter bescherming van de consument. Zo moeten zij zich bijvoorbeeld niet houden aan de bepalingen met betrekking tot de duur, de opzegmogelijkheden, de mededeling van de genetische gegevens, Rogge voegt er ook aan toe dat de controlewet van 9 juli 1975 ook niet van toepassing is voor mutualiteiten. Deceunynck (2006)⁸¹ wijst op het feit dat deze wet de privé-verzekeraars verplicht om reserves voor hun klanten voor later op te bouwen. Doordat de mutualiteiten niet onder deze wet vallen, hebben zij geen verplichting om reserves aan te leggen en moeten zij enkel voldoende premie vragen om het jaar door te komen (Deceunynck, 2006). Het aanleggen van deze reserves vormen een last voor de privé-verzekeraars; deze last zal dan doorgerekend worden in de premie. Dit heeft tot gevolg dat de premies van de private verzekeringsmaatschappijen hoger zullen liggen dan deze van de mutualiteiten. Als laatste voorbeeld van bevoordeling op vlak van reglementering haalt Rogge aan dat de mutualiteiten stemgerechtigde mandaten bekleden in belangrijke beslissingsorganen. Hij wijst op het feit dat hierdoor belangenvermenging kan ontstaan. Dit stelt de mutualiteiten in staat om de marktsituatie in hun voordeel te beïnvloeden.

Vanuit concurrentieel standpunt bekeken kan men deze bevoordelingen en verschil in behandeling niet goedkeuren, daar de mutualiteiten en de privé-verzekeraars dezelfde producten aanbieden. Ook Europa vindt het verschil in behandeling niet gerechtvaardigd. De Europese Commissie heeft, na een klacht van Assuralia over deze praktijken, zich hierover uitgesproken ("Europa roept België op het matje", 2006)⁸². Volgens de Commissie moet de mutualiteiten onderworpen worden aan de Europese verzekeringsrichtlijnen.

Er dient vermeld te worden dat de mutualiteiten een lagere premie vragen, maar over het algemeen geldt ook dat zij minder kosten dekken dan de privé-verzekeraars.

⁸⁰ Rogge, J. (2001). Aanvullende sociale verzekeringen: Op zoek naar een level playing field voor ziekenfondsen en verzekeringsondernemingen. In Y. Merchiers (Red.), *Liber amicorum*. (pp.781-803). Brugge: die Keure.

⁸¹ Deceunynck, F. (2006). Zo vermijdt u problemen met uw HOSPITALISATIE. *Netto*, 10-12.

⁸² Europa roept België op het matje. (2006, 16-31 december). *De Verzekeringswereld*, 20, 52.

Zoals reeds eerder is aangehaald worden de premies van de hospitalisatieverzekeringen van privé-verzekeraars en mutualiteiten verschillend bepaald. Zo hangt bij mutualiteiten de hoogte van de premie af van de leeftijd van de verzekeringnemer, en niet van zijn instapleeftijd. De premie wordt elk jaar automatisch aangepast aan de leeftijd (Deceunynck, 2006). Het is dus niet zo dat de instapleeftijd de hoogte van de verzekeringspremie bepaalt, zoals het geval is bij de premies van hospitalisatieverzekeringen aangeboden door private maatschappijen.

Voorts dient er melding gemaakt te worden van het feit dat de mutualiteiten wettelijk gezien geen winst mogen nastreven (Rogge, 2001)⁸³. Deze auteur duidt echter op het feit dat in de realiteit de mutualiteiten zich steeds meer en meer gaan gedragen zoals private verzekeringsmaatschappijen en proberen elkaar onderling te beconcurreren. Dit heeft als gevolg dat de mutualiteiten ook aan risicoselectie gaan doen en dit staat in schril contrast met de opdracht die hen toegewezen werd door de overheid. Deze opdracht bestond erin zoveel mogelijk mensen de kans te geven om een aanvullende hospitalisatieverzekering aan te bieden.

Het is daarom ook niet rechtvaardig dat men de privé-verzekeraars op een verschillende manier gaat behandelen als de mutualiteiten, terwijl deze laatste zich steeds meer en meer gaan gedragen als privé-verzekeraars.

⁸³ Rogge, J. (2001). Aanvullende sociale verzekeringen: Op zoek naar een level playing field voor ziekenfondsen en verzekeringsondernemingen. In Y. Merchiers (Red.), *Liber amicorum*. (pp.781-803). Brugge: die Keure.

4 Nieuwe regelgeving

4.1 Aanleiding tot het wetsontwerp

Zoals reeds eerder vermeld werd in het eerste hoofdstuk, bestaan er nog heel wat problemen in verband met de hospitalisatieverzekeringen aangeboden door de private verzekeringsmaatschappijen.

Zo was er recent de trend van de stijgende premies. Dit heeft tot gevolg dat er vele mensen deze verzekering van de ene op de andere dag niet meer kunnen betalen. Vaak zijn volgens Bollen (2007)⁸⁴ deze premiestijgingen te wijten aan het kunstmatig laag houden van de premie door de verschillende verzekeringsmaatschappijen, om concurrentiele redenen. Om de vrijheid van de verzekeraars inzake het verhogen van de premies te beperken dient er wetgevend opgetreden te worden.

Een ander probleem dat vermeld dient te worden is het feit dat chronisch zieken en gehandicapten nog steeds moeilijkheden ondervinden om een hospitalisatieverzekering af te sluiten. Dit terwijl op grond van de wet van 25 februari 2003 ter bestrijding van de discriminatie, mensen met een chronische ziekte, een handicap en hun omgeving, niet langer gediscrimineerd mogen worden voor alles wat te maken heeft met levering van goederen of diensten⁸⁵. Omdat verzekeringen diensten zijn, heeft deze wet dus ook betrekking op de verzekeringssector. Volgens artikel 2 van de antidiscriminatiewet⁸⁶ kan een verzekeraar een persoon met een chronische ziekte of handicap een bepaalde verzekering weigeren of hem tegen veel zwaardere voorwaarden of premies verzekeren, indien dit verschil in behandeling objectief of redelijkerwijze wordt gerechtvaardigd. Maar het Vlaams Patiëntenplatform (2004) duidde op het feit dat er in de praktijk nog steeds niets is veranderd na de invoering van deze wet.

Verder kan men het probleem van het niet individueel kunnen verder zetten van een hospitalisatieverzekering na het verlaten of verliezen van een groepsverzekering, aanstippen. Deze groepsverzekering biedt de werkgever, als extralegaal voordeel, aan de werknemer aan. Hier wordt ook vaak een hospitalisatieverzekering in opgenomen. Het kan voorkomen dat deze hospitalisatieverzekering ook de familieleden van de werknemer verzekert. Wanneer de werknemer zijn werk verliest of verlaat, verliest hij bijgevolg ook het extralegaal voordeel. Dit heeft tot gevolg dat vanaf dat moment de ex-werknemer, en in voorkomend geval de familieleden, zonder hospitalisatieverzekering vallen. Dit kan grote problemen met zich meebrengen. Zo zal het zeer moeilijk en kostelijk zijn om nog een hospitalisatieverzekering te kunnen afsluiten, indien men op pensioengerechtigde leeftijd stopt met werken.

⁸⁴ Bollen, N. (2007). Nieuwe wet op aanvullende ziekteverzekering. Voor altijd verzekerd. *Netto*, 37, 26-27.

⁸⁵ Vlaams Patiëntenplatform. (2004). *Verzekeringsproblemen van mensen met een chronische ziekte of handicap en hun omgeving*. Opgevraagd op 5 april 2008, van de volgende website:

http://www.vlaamspatiëntenplatform.be/www/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,48/

⁸⁶ De Vos, M., et al. (2006). *Codex arbeidsrecht 2006-2007*. Brugge: die Keure.

Voor deze problematiek inzake de hospitalisatieverzekering diende er dus een oplossing gevonden te worden. De verzekeringsmaatschappijen zelf kwamen niet met oplossingen aandragen. Het initiatief diende van de overheid te komen. Zo werd er reeds in 1993 een ontwerp-KB opgesteld door de Controledienst voor Verzekeringen om een duidelijk wettelijk kader op te stellen voor de aanvullende ziektekostenverzekering⁸⁷. In 2003 ondernam Simonne Creyf, kamerlid voor de CD&V, een poging om de hospitalisatieverzekering beter te reglementeren. Hiervoor diende zij op 3 maart 2003 een wetsvoorstel in betreffende de aanvullende verzekering voor de gezondheidsverzorging⁸⁸. Berghman en Meerbergen (2005) merkten op dat zowel het initiatief van de Controledienst van Verzekeringen als dat van Simonne Creyf geen navolging kregen.

In 2004 organiseerde de VZW Vlaams Patiëntenplatform een ronde tafel verzekeringen ("Chronisch zieken 'gegijzeld' door verhoging premies hospitalisatieverzekeringen", 2006)⁸⁹. Het Vlaams Patiëntenplatform maakte op deze bijeenkomst zijn standpunt duidelijk inzake de regelingen omtrent de hospitalisatieverzekeringen. De VZW vroeg in haar standpunttekst om een wetgevend kader te creëren rond drie problemen bij de hospitalisatieverzekeringen; meer bepaald⁹⁰:

- Recht op verzekering voor iedereen;
- Recht op toegang tot private verzekering met aanvaardbare voorwaarden;
- Recht op betaalbare verzekeringen.

Als reactie op deze bijeenkomst werd er een bijzondere ministerraad gehouden in Oostende. Volgens Stevens (2004)⁹¹ werd er op deze ministerraad besloten om "werk te maken van een wetgeving rond de hospitalisatie- en aanverwante verzekeringen"(p. 1) . Stevens voegt hieraan toe dat men dit wil bereiken door een werkgroep op te richten die de hele problematiek onderzoekt. Deze werkgroep zal onder toezicht staan van de Minister van Economie, daar de verzekeringen tot zijn portefeuille behoren. Marc Verwilghen, de toenmalige Minister van Economie, was bijgevolg belast met deze zaak.

⁸⁷ Berghman, J., & Meerbergen, E. (2005). *Aanvullende sociale voorzieningen in de tweede en derde pijler*. Opgevraagd op 19 maart 2008, van de volgende website:
http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/agora/raqff084_nl.pdf

⁸⁸ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2003). *Wetsvoorstel betreffende de aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging (ingediend door mevrouw Simonne Creyf)*. Opgevraagd op 23 november 2007, van de volgende website:

<http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/50/2339/50K2339001.pdf>

⁸⁹ Vlaams Patiëntenplatform. (2006). *Chronisch zieken 'gegijzeld' door verhoging premies hospitalisatieverzekeringen*. Opgevraagd op 25 januari 2008, van de volgende website:

http://www.vlaamspatientenplatform.be/www/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,42/

⁹⁰ Vlaams Patiëntenplatform. (2004). *Verzekeringsproblemen van mensen met een chronische ziekte of handicap en hun omgeving*. Opgevraagd op 5 april 2008, van de volgende website:

http://www.vlaamspatientenplatform.be/www/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,48/

⁹¹ Stevens, Y. (2004). Naar een wap in de gezondheidszorg?. *Life & Benefits*, 6, 1-3.

Deze werkgroep ontwikkelde een wetsontwerp, en werd op 26 september 2006 door de Regering ingediend⁹². In de memorie van toelichting⁹³ van dit wetsontwerp kan men de drie problemen die men met dit wetsontwerp wenst te regelen onderscheiden.

Vooreerst wil men vermijden dat bepaalde verzekeringsovereenkomsten, ten gevolge van een ziekte of ongeval, worden opgezegd of dat de contractuele of tariefvoorwaarden gewijzigd worden.

Het volgende probleem dat men aan de hand van wetgeving wil verhelpen, is het feit van de voorafbestaande toestand. Indien men een hospitalisatieverzekering wil afsluiten, moet men een medische vragenlijst invullen. Aan de hand van deze vragenlijst, gaat men natrekken welke bestaande ziektes of aandoeningen men heeft. De kosten die deze ziektes of aandoeningen met zich meebrengen, worden vervolgens geweerd uit de dekking. Er bestaat enkel nog het probleem met voorafbestaande ziektes die de verzekerde zelf niet weet. De vraag is dan of de verzekeraar, wanneer deze ziekte zich voordoet na het opstellen van het verzekeringscontract, deze ziekte mag beschouwen al voorafbestaande ziekte en de kosten die dan optreden uit de dekking mag weren. Ook dit probleem dient wettelijk geregeld te worden.

Het derde en laatste probleem waarop dit wetsontwerp een antwoord wenst te geven, is dat iemand die het voordeel van een collectieve verzekering verliest, nog individueel gedekt kan blijven.

Dit wetsontwerp werd na enkele aanpassingen omgevormd tot een nieuwe wet. Deze nieuwe wet tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomst betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst werd van kracht op 20 juli 2007 en werd in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd op 10 augustus 2007⁹⁴. Door deze wet werd er een nieuw hoofdstuk toegevoegd aan titel III, 'Persoonsverzekeringen', van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. Dit werd het vierde hoofdstuk onder titel III, luidende: 'Hoofdstuk IV Ziekteverzekeringsovereenkomsten'⁹⁵. Met de invoering van deze wet werd artikel 138bis toegevoegd aan de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

In wat volgt worden de implicaties van deze nieuwe wet artikelsgewijs toegelicht.

⁹² Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2006). *Wetsontwerp tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst*. Opgevraagd op 26 oktober 2007, van de volgende website:

<http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/51/2689/51K2689001.pdf>

⁹³ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2006). *Wetsontwerp tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst*. Opgevraagd op 26 oktober 2007, van de volgende website:

<http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/51/2689/51K2689001.pdf>

⁹⁴ Wet tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst [Elektronische versie]. (2007, 20 juli). *Het Belgisch Staatsblad*, 41674-41681.

⁹⁵ Wet tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst [Elektronische versie]. (2007, 20 juli). *Het Belgisch Staatsblad*, 41674-41681.

4.2 De nieuwe wettelijke regelingen inzake de hospitalisatieverzekering

Zoals reeds eerder werd vermeld voegt de nieuwe wet een vierde hoofdstuk, 'Ziekteverzekeringsovereenkomsten', toe aan titel III van de wet op de landverzekeringsovereenkomst van 25 juni 1992⁹⁶. De wettelijke bepalingen in dit vierde hoofdstuk worden ingevoerd onder artikel 138bis. Verder wordt dit hoofdstuk opgesplitst in drie afdelingen. Deze afdelingen worden hierna artikelsgewijs toegelicht.

4.2.1 Inleidende bepalingen

De door de nieuwe wet ingevoerde artikelen, die onder hoofdstuk IV vallen, zijn enkel van toepassing op de ziekteverzekeringsovereenkomsten. Onder afdeling I van dit hoofdstuk wordt bepaald wat men onder deze ziekteverzekeringsovereenkomst verstaat⁹⁷:

- De ziektekostenverzekering;
- De arbeidsongeschiktheidsverzekering;
- De invaliditeitsverzekering;
- De niet-verplichte zorgverzekering.

Zoals men kan opmerken valt de hospitalisatieverzekering wel degelijk onder de bepalingen van deze wet, daar men de ziektekostenverzekering beschouwt als een ziekteverzekeringsovereenkomst.

Verder wordt er ook toegelicht wat buiten deze omschrijving van de ziekteverzekeringsovereenkomst valt:

- De tijdelijke reis- en hulpverleningsverzekeringen;
- De wettelijke arbeidsongevallenverzekering;
- De ongevallenverzekering;
- De solidariteitsprincipes die bedoeld worden in artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 november 2003 tot vaststelling van de solidariteitsprestaties verbonden met de sociale aanvullende pensioenstelsels;
- De solidariteitsprestaties die bedoeld worden in artikel 1 van het koninklijk besluit van 15 december 2003 tot vaststelling van de solidariteitsprestaties verbonden met de sociale pensioenovereenkomsten.

Vervolgens verduidelijkt men wat men onder de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst verstaat⁹⁸. Zo beschouwt men volgens dit artikel als collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst:

⁹⁶ Wet tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst [Elektronische versie]. (2007, 20 juli). *Het Belgisch Staatsblad*, 41674-41681.

⁹⁷ Zie art. 138bis-1, §1 van de wet tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

De collectieve ziektekostenverzekering en/of arbeidsongeschiktheidsverzekering en/of invaliditeitsverzekering en/of zorgverzekering die gesloten is door één of meerdere verzekeringsnemers ten behoeve van meerdere personen die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer verbonden zijn.

Men dient op te merken dat men het hier niet heeft over werknemer en werkgever. De reden hiervoor is dat in bepaalde gevallen een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst wordt afgesloten door personen die niet noodzakelijkerwijze werkgever zijn en ten voordele van personen die niet als werknemer zijn tewerkgesteld⁹⁹. In dit artikel wijst men op het feit dat in dit hoofdstuk de persoon die beroepsmatig verbonden is met de verzekeringnemer, de 'hoofdverzekerde' genoemd wordt. Deze collectieve verzekeringen worden in bepaalde gevallen gesloten ten behoeve van de leden van het gezin van de hoofdverzekerde. Deze worden in dit hoofdstuk 'medeverzekerde' genoemd.

Zoals men kan opmerken is deze wet dus van toepassing voor de individuele alsook voor de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst.

4.2.2 Individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten

De tweede afdeling van het toegevoegde hoofdstuk bespreekt de regelingen met betrekking tot de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten. De bepalingen worden hierna artikelsgewijs toegelicht.

4.2.2.1 Toepassingsgebied

Het toepassingsgebied¹⁰⁰ is, zoals reeds eerder gesteld, de individuele ziekteverzekeringsovereenkomst. Er wordt verder nog benadrukt dat de regelingen betrekking hebben op zowel de verzekeringnemer als de leden van zijn gezin die bij zijn ziekteverzekering zijn aangesloten. Deze regelingen blijven gelden voor de leden van het gezin, zelfs bijvoorbeeld na de scheiding of voor een kind dat meerderjarig wordt en het ouderlijke huis verlaat (Bollen, 2007)¹⁰¹. In de wet wordt bepaald dat de verzekeringnemer de verzekeraar op de hoogte brengt van het tijdstip waarop dit verzeke-

⁹⁸ Zie art. 138bis-1, §2.

⁹⁹ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2006). *Wetsontwerp tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst*. Opgevraagd op 26 oktober 2007, van de volgende website: <http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/51/2689/51K2689001.pdf>

¹⁰⁰ Zie art. 138bis-2.

¹⁰¹ Bollen, N. (2007). Nieuwe wet op aanvullende ziekteverzekering. Voor altijd verzekerd. *Netto*, 37, 26-27.

de gezinslid de verzekeringsovereenkomst verlaat¹⁰². Tevens licht de verzekeringnemer de verzekeraar in over de nieuwe verblijfplaats van het verzekerde gezinslid. Binnen de 30 dagen dient de verzekeraar de verzekerde een verzekeringsaanbod te doen. De verzekerde heeft dan 60 dagen de tijd om dit aanbod al dan niet te aanvaarden.

4.2.2.2 Duur van de verzekeringsovereenkomst

Volgens de nieuwe wet wordt de hospitalisatieverzekering voor het leven aangegaan¹⁰³. Men dient hier wel op te merken dat het levenslang gelden van de verzekeringsovereenkomst geen afbreuk doet aan de sanctieregelingen van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, inzake:

- Het verzwijgen of onjuist mededelen van gegevens (art. 6 en 7);
- De verplichting om de in de verzekeringsovereenkomst contractueel opgelegde verplichtingen na te leven (art. 11);
- De niet-betaling van de premie (art. 14, 15, 16 en 17);
- De verplichting alleen bestaande risico's ter verzekering aan te bieden (art. 24).

Het levenslange karakter van de hospitalisatieverzekering wil niet zeggen dat de verzekeraar de verzekering nooit kan opzeggen. Zijn vrijheid om de verzekering op te zeggen wordt echter wel beperkt. Bollen (2007)¹⁰⁴ benadrukt dat de verzekeraar enkel indien de verzekerde de premie niet betaalt of indien er bedrog in het spel is, de verzekering mag opzeggen. Uiteraard kan de verzekerde op elk ogenblik de hospitalisatieverzekering opzeggen.

Een volgend recht dat deze wet geeft aan de verzekerde is dat van het aangaan van een verzekeringsovereenkomst met een beperkte duurtijd¹⁰⁵. Er wordt wel op gewezen dat dit enkel maar kan op uitdrukkelijk verzoek van de verzekeringnemer en indien deze daar belang bij heeft. Een verzekeraar kan dus als het ware niet zelf bepalen dat de hospitalisatieverzekering maar geldt tot een leeftijd van 60 jaar bijvoorbeeld. Enkel de verzekeringnemer kan vragen voor een bepaalde regeling betreffende de duurtijd van zijn hospitalisatieverzekeringsovereenkomst. Er wordt tevens bepaald dat dit verzoek tot een beperkte duurtijd enkel maar geldig is indien de verzekeringnemer daar enig belang bij heeft.

¹⁰² Zie art. 138bis-7 van de wet tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

¹⁰³ Zie art. 138bis-3.

¹⁰⁴ Bollen, N. (2007). Nieuwe wet op aanvullende ziekteverzekering. Voor altijd verzekerd. *Netto*, 37, 26-27.

¹⁰⁵ Zie art. 138bis-3, §2.

4.2.2.3 Wijziging van het tarief en de voorwaarden van de overeenkomst

Zoals reeds eerder aangehaald, hebben verschillende verzekeringsmaatschappijen de laatste jaren de premies van hun hospitalisatieverzekeringen fors laten stijgen. Deceunynck (2006)¹⁰⁶ sprak van premiestijgingen tussen de 20% en 30%. Dit zorgde ervoor dat het voor vele verzekerden zeer moeilijk werd om de kosten van de hospitalisatieverzekering nog te dragen. Door de invoering van de nieuwe wet werd er paal en perk gesteld aan deze forse premieverhogingen. Voortaan kan de verzekeraar, nadat de verzekeringsovereenkomst gesloten is, de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden niet meer wijzigen¹⁰⁷. Verder bepaalt de nieuwe wet ook nog onder welke vier voorwaarden men deze premie en dekkingsvoorwaarden wel kan wijzigen.

Allereerst kunnen bij wederzijds akkoord van de partijen, de verzekeraar en verzekeringnemer, en op uitsluitend verzoek van deze laatste de technische grondslagen en de dekkingsvoorwaarden van de hospitalisatieverzekering aangepast worden¹⁰⁸. Er wordt ook nog aan toegevoegd dat dit enkel kan indien het in het belang is van de verzekeringnemer.

Als tweede voorwaarde kan men aanstippen dat de premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag, op grond van het indexcijfer van de consumptieprijzen¹⁰⁹. Verder vermeldt men nog dat de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantie-wezen (CBFA) deze wijziging kan toestaan op basis van de gestegen kosten, op grond van objectieve parameters. Dit mag enkel indien de CBFA een verschil vaststelt tussen de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen en de evolutie van de objectieve parameters¹¹⁰. Er dient vermeld te worden dat het CBFA de objectieve parameters bepaalt in overleg met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Ook de Koning kan de objectieve parameters, indien Hij dit nodig acht, vastleggen. Dit wordt door een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

Een derde mogelijkheid, waarbij de premie en/of de dekkingsvoorwaarden gewijzigd kunnen worden, tenzij de verzekeringsovereenkomst uitdrukkelijk anders bepaalt, is "bij een duurzame wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties die een betekenisvolle invloed heeft op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties en/of in omstandigheden, ... , die eveneens een betekenisvolle invloed hebben op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties"¹¹¹. Er wordt verder op het feit gewezen dat de aanpassing rechtstreeks evenredig dient te gebeuren met de verhoging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties en/of omstandigheden. Voorts mag deze aanpassing enkel betrekking hebben op de elementen van de overeenkomst waar de betekenisvolle invloed van die gebeurtenissen wordt op uitgeoefend. De bepaling of

¹⁰⁶ Deceunynck, F. (2006). Zo vermijdt u problemen met uw HOSPITALISATIE. *Netto*, 10-12.

¹⁰⁷ Zie art. 138bis-4.

¹⁰⁸ Zie art. 138bis-4, §1.

¹⁰⁹ Zie art. 138bis-4, §2.

¹¹⁰ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2006). *Wetsontwerp tot wijziging, wat de private ziekte-verzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst*. Opgevraagd op 26 oktober 2007, van de volgende website:
<http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/51/2689/51K2689001.pdf>

¹¹¹ Zie art. 138bis-4, §3.

een bepaalde gebeurtenis al dan niet betekenisvol is, gebeurt door de CBFA in samenspraak met het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Wijzigingen in het beroep van de verzekerde en verandering van statuut in het stelsel van de sociale zekerheid, kan men bestempelen als de vierde voorwaarde tot wijziging van de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden¹¹². Er dient wel op gewezen te worden dat de wijzigingen een betekenisvolle invloed moeten hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking.

Samenvattend stelt Roodhooft (2007)¹¹³ dat de verzekeraar de premie tijdens de looptijd van de hospitalisatieverzekering niet zo maar mag verhogen en dat er niet meer aan de technische grondslagen voor de berekening van de premie geraakt mag worden. De auteur voegt er wel nog aan toe dat de premie enkel gewijzigd kan worden door de in de wet voorgeschreven gevallen en indien de verzekeringnemer vraagt om de dekkingsvoorwaarden aan te passen.

4.2.2.4 Onbetwistbaarheid

Indien men een hospitalisatieverzekering wenst af te sluiten, dient men een medische vragenlijst in te vullen. Aan de hand van deze lijst kan de verzekeraar te weten komen welke aandoeningen of ziekten men reeds heeft en zo het risico bepalen van de kandidaat-verzekeringnemer. Indien men bepaalde aandoeningen of ziekten heeft zal de premie die men moet betalen voor de hospitalisatieverzekering ook hoger liggen. Maar vaak verzwijgen de kandidaat-verzekerden bepaalde ziekten om zo aan een hogere premie te kunnen ontsnappen. Indien echter later blijkt dat men opzettelijk deze aandoeningen of ziekten verzwegen heeft, dan is de verzekeringsovereenkomst nietig op basis van artikel 6 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

Nu kan het ook zijn dat de verzekerde de gegevens onopzettelijk verzwijgt of onopzettelijk onjuist meedeelt. Het onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van de gegevens heeft niet tot gevolg dat de verzekeringsovereenkomst nietig is¹¹⁴. In de wet op de landverzekeringsovereenkomst worden met betrekking tot het onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens vier situaties belicht die zich kunnen voordoen.

Allereerst kan de verzekeraar, binnen de maand wanneer deze kennis gekregen heeft van het feit, voorstellen om de overeenkomst te wijzigen. Wordt dit voorstel geweigerd door de verzekeringnemer, dan kan de verzekeraar de overeenkomst opzeggen binnen de 15 dagen. De verzekeraar kan tevens de overeenkomst opzeggen indien hij het bewijs levert dat hij het risico nooit zou hebben verzekerd.

Een tweede situatie die zich kan voordoen is dat de verzekeraar tot de overeengekomen prestatie is gehouden indien het verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens niet verweten kan worden

¹¹² Zie art. 138bis-4, §4.

¹¹³ Roodhooft, J. (2007, 30 augustus). Meer rechten bij een hospitalisatieverzekering [Elektronische versie]. *Trends*, 42.

¹¹⁴ Zie art. 7, §1 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

aan de verzekeringnemer en indien zich het schadegeval voordoet voordat de wijziging of de opzegging van kracht is geworden¹¹⁵. De verzekeraar moet als het ware de hospitalisatiekosten die in de polis opgenomen werden, dekken.

De volgende situatie die wordt toegelicht is dat het verzwijgen of onjuist meedelen van de gegevens aan de verzekeringnemer kan verweten worden en dat het schadegeval zich voordoet voordat de wijziging of opzegging van kracht is gegaan¹¹⁶. In dit geval is de verzekeraar slechts tot prestatie gehouden op basis van een bepaalde verhouding. Deze verhouding wordt door de wet bepaald tussen de betaalde premie en de premie die de verzekeringnemer zou hebben moeten betalen, indien hij het risico juist had meegedeeld. De verzekeraar kan deze prestatie beperken tot het betalen van een bedrag dat gelijk is aan alle betaalde premies. Dit is slechts het geval indien de verzekeraar kan bewijzen dat hij het ware risico, dat nu aan het licht is gekomen, in geen geval zou verzekerd hebben.

Een vierde situatie die wettelijk geregeld wordt komt voor indien een omstandigheid zich tijdens de looptijd van de verzekering voordoet, en waarvan geen van beide partijen op de hoogte was op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst¹¹⁷. In dit geval wordt artikel 25 (resp. 26) van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst toegepast voor een vermindering (resp. verzwaring) van het verzekerde risico. De uitleg beperkt zich hier tot het toelichten van de procedure van de vierde situatie, daar artikelen 25 en 26 niet van toepassing zijn op de hospitalisatieverzekering.

Door de invoering van de nieuwe wet kan de verzekeraar zich voor de hospitalisatieverzekering, niet meer onbeperkt beroepen op artikel 7. De nieuwe wet bepaalt dat zodra een termijn van twee jaar na de inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst verstreken is, de verzekeraar zich niet meer kan beroepen op het hierboven toegelichte artikel 7 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst¹¹⁸. Vooraleer deze nieuw ingevoerde regeling van kracht is, moet er wel nog aan enkele voorwaarden voldaan zijn. Zo moeten de gegevens die onopzettelijk verzwegen of onjuist meegedeeld werden, betrekking hebben op een ziekte of aandoening waarvan de symptomen zich op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst zich al hadden gemanifesteerd en de diagnose van de ziekte of aandoening niet gebeurde binnen deze termijn van twee jaar. De verzekerde krijgt een extra bescherming doordat verder in de nieuwe wet wordt opgenomen dat de verzekeraar zich niet kan beroepen op onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist mededelen van gegevens, indien de ziekte of aandoening zich op geen enkele manier had gemanifesteerd op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst.

¹¹⁵ Zie art. 7, §2 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

¹¹⁶ Zie art. 7, §3 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

¹¹⁷ Zie art. 7, §4 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

¹¹⁸ Zie art. 138bis-5.

Men kan dus concluderen dat door de invoering van de nieuwe regelgeving, men de problematiek omtrent de voorafbestaande ziekten of aandoeningen, wettelijk heeft willen bekrachtigen en dit op een strengere manier dan tot voor kort van toepassing was.

Er dient wel gewezen te worden op het feit dat er veel kritiek is op deze nieuwe ingevoerde bepaling, met betrekking tot de onduidelijkheid die er bestaat rond het begrip 'symptoom'¹¹⁹. Volgens bepaalde critici wordt er in de wet niet duidelijk bepaald wat men mag beschouwen als een symptoom.

4.2.2.5 Chronisch zieken en personen met een handicap

Ook de problemen waarmee chronisch zieken en personen met een handicap geconfronteerd worden bij het afsluiten van een hospitalisatieverzekering, werden in deze nieuwe wet geregeld. In de nieuwe wet wordt bepaald, dat deze bedoelde personen, die de leeftijd van 65 jaar niet bereiken hebben, gedurende een periode van twee jaar, beginnend vanaf de inwerkingtreding van deze wet, niet meer geweigerd mogen worden door de verzekeraar voor het afsluiten van een hospitalisatieverzekering¹²⁰. Er dient wel vermeld te worden dat de kosten die betrekking hebben op de ziekte of de handicap, die bestaat op het tijdstip van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, onverminderd artikel 138bis-5 uit de dekking geweerd mogen worden. De verzekeraar heeft enerzijds dus de mogelijkheid om deze kosten van de dekking uit te sluiten, en anderzijds ze aan een beperkte dekking te onderwerpen¹²¹.

Voor de hoogte van de premie die de verzekeraar mag vragen, wordt in de wet opgenomen dat deze hetzelfde moet zijn indien deze persoon niet chronisch ziek of gehandicapt zou zijn.

De verplichting om een hospitalisatieverzekering aan te bieden aan een chronisch zieke of een persoon met een handicap, wordt 18 maanden na de inwerkingtreding van deze wet geëvalueerd. Aan deze evaluatie zal het CBFA, Assuralia en patiëntenverenigingen deelnemen.

Verder beslist de Koning voor het verstrijken van de periode van twee jaar, of deze verplichting na deze periode nog behouden blijft.

Ook op de invoering van deze wettelijke regeling bestaat er nog veel kritiek. Zo wordt er door de critici aangehaald dat deze bepaling de deuren opent voor talloze uitsluitingen en discussies over medische kosten die al dan niet verband houden met de voorafbestaande ziekte¹²².

¹¹⁹ Aanvullende ziekteverzekering. Nog veel kritiek op 'levenslange' garantie. (2007). *De Verzekeringswereld*, 7, 12.

¹²⁰ Zie art. 138bis-6.

¹²¹ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2006). *Wetsontwerp tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst*. Opgevraagd op 26 oktober 2007, van de volgende website:
<http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/51/2689/51K2689001.pdf>

¹²² Aanvullende ziekteverzekering. Nog veel kritiek op 'levenslange' garantie. (2007). *De Verzekeringswereld*, 7, 12.

4.2.3 Individuele voortzetting van een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst

Veel verzekerden hebben een hospitalisatieverzekering via een groepsverzekering afgesloten door hun werkgever. Tot deze vaststelling kwam men ook in een recent gevoerde enquête, georganiseerd door DKV in samenwerking met Knack, Trends, Plus, Le vif en De Zondag¹²³. Uit deze enquête bleek dat 89% van de ondervraagden een aanvullende hospitalisatieverzekering had. Hiervan hadden 33,1% er één via de werkgever, 24,9% via het ziekenfonds en de resterende 31,3% via een privé-verzekeraar.

Nu bestaat er een probleem indien de verzekerde zijn werk verliest of verlaat. Kan de verzekerde deze hospitalisatieverzekering individueel verderzetten of niet? Ook worden vaak de familieleden van de verzekerde gedekt voor de hospitalisatiekosten door de hospitalisatieverzekering die aangeboden werd in de groepsverzekering. Dus de familieleden van de verzekerden kunnen door het verlaten of verliezen van het werk van de hoofdverzekerde ook hun hospitalisatieverzekering verliezen. Omtrent deze problematiek bestond er nog geen wettelijke regeling. Met de nieuwe wet, betreffende de wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, heeft men een wettelijk kader gecreëerd om de individuele voortzetting van de hospitalisatieverzekering te kunnen garanderen.

4.2.3.1 Toekenningsvoorwaarden

In de nieuwe wet worden de toekenningsvoorwaarden geregeld opdat een persoon een collectieve ziektekostenverzekering individueel, geheel of gedeeltelijk, kan voortzetten wanneer hij het voordeel verliest. Principieel heeft iedereen het recht om dergelijke verzekering individueel voort te zetten en dit zonder opnieuw aan een bijkomend medisch onderzoek onderworpen te worden en zonder opnieuw een medische vragenlijst te moeten invullen¹²⁴. Om hier recht op te kunnen hebben, moet de hoofdverzekerde¹²⁵:

gedurende de twee jaren die aan het verlies van de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst vooraf gaan, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende ziekteverzekeringsovereenkomsten die bij een verzekeringsonderneming zoals bedoeld in [de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst] waren aangegaan.

In het artikel worden voorts nog redenen opgenomen wanneer men dit recht verliest¹²⁶:

- Het verzwijgen of onjuist mededelen van gegevens (art. 6 en 7);
- De niet-betaling van de premie (art. 14 en 16);

¹²³ Verbeke, T. (2007, 21 november). Gezondheid kost een rib uit het lijf [Elektronische versie]. *Knack*, 16.

¹²⁴ Zie art. 138bis-8, §1.

¹²⁵ Zie art. 138bis-8, §1.

¹²⁶ Zie art. 138bis-8, §1.

- Het niet-bestaan van het risico (art. 24).

Ook in geval van fraude heeft men geen recht meer op een individuele gedeeltelijke of gehele voortzetting van de verzekeringsovereenkomst.

Vervolgens wordt de kennisgevingsplicht van de verzekeringnemer in deze nieuwe wet geregeld. Er wordt bepaald dat de verzekeringnemer de hoofdverzekerde ten laatste 30 dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering op de hoogte brengt van het precieze tijdstip van dit verlies¹²⁷. Verder licht de verzekeringnemer de hoofdverzekerde in over de mogelijkheid om deze verzekeringsovereenkomst individueel voort te zetten. Dit alles dient schriftelijk of elektronisch te gebeuren. Er dient verder nog vermeld te worden dat in geval van faillissement (resp. vereffening) van de verzekeringnemer, de kennisgevingsplicht ten laste gelegd wordt van de curator (resp. de vereffenaar).

Vanaf de dag dat de hoofdverzekerde deze informatie ontvangen heeft, beschikken zowel de hoofdverzekerde als de medeverzekerden over een termijn van 30 dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch in kennis te stellen van de wil om al dan niet de verzekeringsovereenkomst individueel voort te zetten. Vanaf het moment dat de verzekeraar deze informatie ontvangen heeft, beschikt deze over een termijn van 15 dagen om de hoofdverzekerde en in voorkomend geval, de medeverzekerde schriftelijk of elektronisch een verzekeringsaanbod te doen. De verzekeraar brengt tevens beide partijen op de hoogte van de dekkingsvoorwaarden, de gedekte prestaties, de uitsluitingen en de aangiftetermijn. De hoofdverzekerde en in voorkomend geval, de medeverzekerde hebben 30 dagen de tijd om het aanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. De termijn van 30 dagen begint te lopen op de dag dat men het verzekeringsaanbod heeft ontvangen. Reageert men niet binnen deze termijn, dan vervalt het recht op individuele voortzetting.

Nu bestaat er ook de situatie waarbij de medeverzekerde het voordeel van de collectieve verzekering verliest om een andere reden dan dat de hoofdverzekerde dit voordeel verliest¹²⁸. Voor deze situatie wordt in de wet gesteld dat de medeverzekerde over een termijn van 105 dagen beschikt, te tellen vanaf de dag dat deze het voordeel verliest, om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen van zijn voornemen om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen. De verzekeraar beschikt dan op zijn beurt over een termijn van 15 dagen om een verzekeringsaanbod te doen. De medeverzekerde moet, indien hij de overeenkomst individueel wil voortzetten, binnen de 30 dagen elektronisch of schriftelijk het aanbod aanvaarden.

Verder wordt er in de nieuwe wet gewezen op het feit dat de verzekeringsovereenkomst, die de verzekerde aanvaard heeft, ingaat op de dag dat de verzekerde het voordeel van de collectieve verzekering verloren heeft¹²⁹.

¹²⁷ Zie art. 138bis-8, §2.

¹²⁸ Zie art. 138bis-8, §3.

¹²⁹ Zie art. 138bis-8, §4.

4.2.3.2 Door de verzekeraar te verstrekken informatie

De nieuwe wet legt de verzekeraar een zekere informatieplicht op. Deze houdt in dat de verzekeraar de verzekeringnemer inlicht over de mogelijkheid voor de verzekerde om individueel een bijkomende premie te betalen¹³⁰. Indien de verzekerde deze premies jaar na jaar betaalt, wordt de premie, die hij zelf dient te betalen in geval van de individuele voortzetting van de hospitalisatieverzekering, berekend rekening houdend met de leeftijd waarop de verzekerde de bijkomende premies is beginnen te betalen. Indien de verzekerde deze bijkomende premies niet zou betaald hebben, en hij verliest op 65 jaar het voordeel van de collectieve verzekering doordat hij op pensioen gaat, dan zal hij indien hij de hospitalisatieverzekering individueel wenst voort te zetten, de premie moeten betalen die een 65-jarige zou moeten betalen. De premie voor een hospitalisatieverzekering voor een 65-jarige ligt zeer hoog. Indien hij tijdens zijn loopbaan premies zou betaald hebben, dan wordt bij de bepaling van de hoogte van de premie rekening gehouden met de leeftijd die hij had toen hij begonnen is met de bijkomende premies te storten.

Ook wordt er in de nieuwe wet een clausule opgenomen in geval dat de verzekeraar deze informatieplicht niet zou zijn nagekomen. Hierin wordt bepaald dat bij de bepaling van de hoogte van de premie voor de individuele verderzetting, rekening gehouden moet worden met de leeftijd van de hoofdverzekerde en medeverzekerde op het ogenblik dat zij aangesloten werden bij de collectieve verzekering¹³¹.

Zoals reeds werd gesteld ligt er een informatieplicht ten laste van de verzekeraar. Deze dient de verzekeringnemer in te lichten over de mogelijkheid tot het betalen van de bijkomende premies. Nu kan het ook voorkomen dat de verzekeraar deze informatieplicht is nagekomen, maar dat de verzekeringnemer de verzekerde niet heeft ingelicht. In dit geval wordt er in de wet bepaald dat de verzekeringnemer aan de verzekeraar het verschil verschuldigd is tussen de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd op het ogenblik van de uitoefening van het recht op individuele voortzetting en de premie die berekend wordt op basis van de leeftijd van de hoofdverzekerde bij zijn aansluiting tot de collectieve verzekering¹³². De premie die de hoofdverzekerde dient te betalen bij de individuele voortzetting van de verzekeringsovereenkomst wordt berekend op basis van de leeftijd dat hij is aangesloten bij de collectieve verzekering.

4.2.3.3 Waarborgen

Indien men het recht uitoefent om de hospitalisatieverzekering individueel voort te zetten, dan moet de individuele hospitalisatieverzekering minstens gelijksoortige waarborgen aanbieden, die geboden werden door de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst¹³³. Men kan dus als het ware

¹³⁰ Zie art. 138bis-9, §1.

¹³¹ Zie art. 138bis-9, §2.

¹³² Zie art. 138bis-9, §2.

¹³³ Zie art. 138bis-10, §1.

geen identieke waarborgen eisen¹³⁴. In de nieuwe wet wordt toegelicht wat men beschouwt als gelijksoortige waarborgen. Zo bestempelt men de waarborgen als gelijksoortig indien de volgende elementen van de collectieve ziektekostenverzekering identiek blijven¹³⁵:

- De keuze van de kamer;
- De terugbetalingsformule;
- De pre- en posthospitalisatie;
- De zware ziekten.

Er dient op gewezen te worden dat de individuele voortzetting van de collectieve verzekeringsovereenkomst geschiedt zonder instelling van een nieuwe wachttermijn¹³⁶. Verder wordt er ook nog bepaald dat de waarborgen niet beperkt kunnen worden en dat er geen bijpremie kan worden opgelegd wegens de verandering van de gezondheidstoestand van de verzekerde tijdens de duur van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst.

4.2.3.4 De premie

Bij de bepaling van de premie voor de individuele voortzetting van een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst dient er rekening gehouden te worden met enkele factoren. Er worden in de nieuwe wet vier factoren opgenomen waar men rekening mee mag houden bij het bepalen van de premie voor de individuele hospitalisatieverzekering¹³⁷:

- De leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de individuele voortzetting, onverminderd artikel 138bis-9, §1;
- De elementen ter beoordeling van het risico, zoals die bestonden en beoordeeld werden op het ogenblik van het toetreden tot de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst;
- Het stelsel en het statuut van sociale zekerheid waaraan de verzekerde is onderworpen;
- Het beroep van de verzekerde.

Samenvattend kan men stellen dat iedereen, zowel de partners als de kinderen, het recht heeft om de collectieve verzekering individueel voort te zetten, mits aan de voorwaarden opgesomd in de wet is voldaan (Bollen, 2007)¹³⁸.

¹³⁴ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2006). *Wetsontwerp tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst*. Opgevraagd op 26 oktober 2007, van de volgende website:
<http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/51/2689/51K2689001.pdf>

¹³⁵ Zie art. 138bis-10, §1, 1° - 4°.

¹³⁶ Zie art. 138bis-10, §2.

¹³⁷ Zie art. 138bis-11, 1°- 4°.

¹³⁸ Bollen, N. (2007). Nieuwe wet op aanvullende ziekteverzekering. Voor altijd verzekerd. *Netto*, 37, 26-27.

4.3 **Conclusie**

Zoals blijkt uit de bespreking van het ingevoegde artikel 138bis, dat tot doel heeft de bepalingen omtrent de ziekteverzekeringsovereenkomst beter te regelen, worden er nu heel wat problemen inzake de hospitalisatieverzekering verholpen.

Zo heeft men ondermeer door de invoering van de nieuwe wet, getracht de forse premiestijgingen aan banden te leggen. Deze doelstelling probeert men te verwezenlijken door in de wet op te nemen onder welke voorwaarden een premie al dan niet mag stijgen.

Verder heeft men getracht om chronisch zieken en gehandicapten de kans te geven om een betaalbare hospitalisatieverzekering te kunnen afsluiten. Hiervoor heeft men in de wet opgenomen dat binnen de twee jaar vanaf de inwerkingtreding van de nieuwe wet, de chronisch zieken en gehandicapten tot de leeftijd van 65 jaar, voor het afsluiten van een hospitalisatieverzekering niet mogen geweigerd worden door de verzekeraar. De verzekeraar mag echter wel de kosten die verband houden met de ziekte of handicap uit de polis weren. Zoals reeds is aangehaald zorgt de invoering van de wet niet voor een volledige oplossing voor het probleem waar chronisch zieken en gehandicapten mee geconfronteerd worden bij het afsluiten van een hospitalisatieverzekering. Zo zullen er volgens het Vlaams Patiëntenplatform (2007)¹³⁹ veel discussies ontstaan over het bepalen wat al dan niet kosten zijn die verband houden met een reeds bestaande ziekte of aandoening. Verder wijst deze organisatie op het feit dat zo een verzekering geen zekerheid biedt over tussenkomst van de verzekeraar en dit terwijl een verzekering net risico's moet indekken.

Ook wordt er in deze nieuwe wet geregeld dat men individueel een hospitalisatieverzekering kan voortzetten, die eerder deel uitmaakte van een collectieve verzekering aangeboden door de werkgever, indien men zijn werk verliest of verlaat. Dit recht tot individuele voortzetting geldt ook voor de familieleden die opgenomen werden in de verzekeringspolis van de collectieve verzekering. Nu blijft enkel nog de vraag of deze individuele voortzetting van de hospitalisatieverzekering tegen een aanvaardbare prijs kan gebeuren.

¹³⁹ Vlaams Patiëntenplatform. (2007). *Wetontwerp verzekeringen is lege doos...*. Opgevraagd op 5 april 2008, van de volgende website:
http://www.vlaamspatientenplatform.be/www/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,52/

5 Vergelijking hospitalisatieverzekeringen van de private verzekeringsmaatschappijen

Een ziekenhuisopname kan zich zeer onverwacht voordoen en kan heel wat kosten met zich meebrengen. Om zich tegen dit risico, de onvoorziene hoogoplopende kosten, te beschermen kan men een hospitalisatieverzekering afsluiten. In het derde hoofdstuk werd reeds toegelicht dat men een onderscheid kan maken tussen twee groepen van aanbieders van dit soort verzekering, met name de private verzekeringsmaatschappijen en de mutualiteiten. In dit hoofdstuk wordt er stilgestaan bij de hospitalisatieverzekeringen, aangeboden door private verzekeringsmaatschappijen. Deze verzekeringen worden hierna aan een grondige analyse onderworpen. Alvorens over te gaan tot de analyse van de verschillende hospitalisatieverzekeringen, worden eerst de verzekeringsmaatschappijen, die opgenomen worden in de vergelijkende studie, besproken.

5.1 Voorstelling van de maatschappijen

5.1.1 DKV

DKV is een maatschappij die uitsluitend verzekeringen aanbiedt. Het is een filiaal van het de Duitse firma 'Deutsche Krankenversicherung AG', één van de grootste Europese privé-gezondheidsverzekeraars¹⁴⁰. In België is DKV de marktleider in de tak 'Ziekte' en telt maar liefst 1.400.000 klanten¹⁴¹. Op het vlak van de aanvullende hospitalisatieverzekeringen bieden zij drie grote basisformules aan¹⁴²:

- Plan IS2000;
- CliniBudget;
- CliniComfort.

Deze formules kan men door middel van verschillende combinatiemogelijkheden uitbreiden, om zo tot een complete verzekering te komen die past bij de individuele noden van de kandidaat-verzekeringnemer.

De analyse van het aanbod van DKV beperkt zich hier tot het Plan IS2000, omdat deze de meest volledige basisdekking geeft voor de kosten die gepaard gaan met een ziekenhuisopname. Er dient vermeld te worden dat dit Plan niet voor iedereen toegankelijk is. Zo kunnen de inwoners van de gemeenten met de postcodes 1000 tot en met 1210, Brussel en randgemeenten, zich niet aansluiten bij deze formule. Voor hen werd de formule Plan ISB2000 gecreëerd. De reden waarom men voor de inwoners van deze gemeenten een aparte regeling heeft getroffen kan men terugvinden in

¹⁴⁰ DKV. (z.d.). Portret. Opgevraagd op 21 februari 2008, van de volgende website:
<http://www.dkv.be/ned/start.phtml?content=../ned/Portret.phtml>

¹⁴¹ DKV. (z.d.). About DKV. Opgevraagd op 21 februari 2008, van de volgende website:
http://www.dkv.be/ned/about_dkv.phtml

¹⁴² Interview met Francis Vandersteegen, Verzekeringsmakelaar te Genk, op 18 februari 2008

het feit dat de tarieven die de ziekenhuizen in deze gemeenten aanrekenen veel hoger liggen dan in de rest van het land. De polisvoorwaarden voor Plan IS2000 en Plan ISB2000 zijn identiek, enkel de premie aangerekend voor Plan ISB2000 ligt beduidend hoger. De algemene en tarifaire voorwaarden voor Plan IS2000 vindt men terug in bijlage II.

5.1.2 Ethias

Een tweede hospitalisatieverzekering die onder de loep genomen wordt is deze aangeboden door Ethias. Net zoals DKV is ook Ethias een maatschappij die uitsluitend verzekeringen aanbiedt. Ethias bestaat uit vier afzonderlijke verzekeringsverenigingen¹⁴³:

- Ethias Brand;
- Ethias Gemeen Recht;
- Ethias Arbeidsongevallen;
- Ethias Leven.

Ethias kent al een lange bedrijfsgeschiedenis. De maatschappij bestaat sinds 1919, maar heette tot 2003 'Onderlinge maatschappij der openbare besturen voor verzekering tegen brand, bliksem en ontploffingen', beter gekend als 'OMOB'¹⁴⁴. Zoals de naam al laat uitschijnen waren de verzekeringen enkel toegankelijk voor de openbare sector en zijn personeel. Daar kwam op 1 januari 2000 een einde aan, toen OMOB besliste om de deuren open te zetten voor iedereen¹⁴⁵.

Er worden door Ethias drie formules van hospitalisatieverzekeringen aangeboden¹⁴⁶:

- Medi-Comfort;
- Medi-Plus;
- Medi-Basis.

De analyse van de hospitalisatieverzekeringen aangeboden door Ethias beperkt zich tot deze van Medi-Comfort, de meest uitgebreide formule. In bijlage III zijn de algemene voorwaarden voor de hospitalisatieverzekering Medi-Comfort opgenomen.

5.1.3 KBC

De hospitalisatieverzekering aangeboden door KBC maakt als laatste deel uit van de analyse der private verzekeringsmaatschappijen. KBC is de enige maatschappij, in deze analyse, die zowel

¹⁴³ Ethias. (z.d.). *Een onderlinge verzekeraar*. Opgevraagd op 21 februari 2008, van de volgende website: <http://www.ethias.be/product.go?pg=CPIF111>

¹⁴⁴ Ethias. (2006). *Van verleden tot heden*. Opgevraagd op 21 februari 2008, van de volgende website: <http://www.ethias.be/product.go?pg=CPIF121>

¹⁴⁵ Ethias. (z.d.). *Tot de openbare sector en de bedrijven*. Opgevraagd op 21 februari 2008, van de volgende website: <http://www.ethias.be/product.go?pg=CPIF131>

¹⁴⁶ Interview met Bormans Patricia, medewerkster Ethias, op 18 februari 2008

financiële diensten als verzekeringen aanbiedt. KBC is in 1998 ontstaan uit een fusie van drie Belgische bedrijven, met name Kredietbank, ABB-verzekeringen en CERA Bank¹⁴⁷.

Deze bankverzekeringsholding biedt slechts één formule aan van hospitalisatieverzekeringen waarvan de kostendekking erg compleet is. Deze formule leent zich daarom tot een vergelijking met de sterke hospitalisatieverzekeringsformules van DKV en Ethias. De polisvoorwaarden van KBC-hospitalisatieverzekering kan men raadplegen in bijlage IV.

5.2 Polisvoorwaarden private verzekeringsmaatschappijen

In deze rubriek worden de polissen van DKV, Ethias en KBC aan een vergelijking onderworpen. Deze polisvoorwaarden zullen aan de hand van bepaalde criteria die eigen zijn aan de hospitalisatieverzekering onderling vergeleken worden. De criteria voor deze vergelijking zijn:

- De aanvaardingsvoorwaarden;
- De waarborgen;
- De wachttijd;
- De uitsluitingen;
- De territoriale geldigheid;
- De premie en de niet-betaling van de premie.

Deze criteria worden voor elk van de drie verzekeringsmaatschappijen toegelicht. Hoofdstuk 5 zal afgesloten worden met een samenvattende tabel die de resultaten weergeeft van deze vergelijking van de polisvoorwaarden.

5.2.1 De aanvaardingsvoorwaarden

Zowel voor de hospitalisatieverzekering aangeboden door DKV, Ethias als voor KBC, geldt dat men zich kan verzekeren indien de kandidaat-verzekerde zijn gewone verblijfplaats heeft in België. Er dient opgemerkt te worden dat men een hospitalisatieverzekering niet op eender welke leeftijd kan afsluiten. Zo bestaat er tussen de verzekeringspolissen, van de in de vergelijking opgenomen verzekeringsmaatschappijen, een verschil in de maximale leeftijd tot wanneer men een hospitalisatieverzekering kan afsluiten.

¹⁴⁷ KBC. (2006). *Bedrijfs geschiedenis*. Opgevraagd op 21 februari 2008, van de volgende website: <https://www.kbc.com/MISC/D9e01/~N/~KBCCOM/~BZJ07WH/-BZIZTPN/BZJ07TR/BZJ07W4>

Tabel 5.1: Vergelijking maximum leeftijd bij aansluiting (private verzekeringsmaatschappijen)

	DKV (Plan IS2000)	Ethias (Medi-Comfort)	KBC (Hospitalisatieverzekering)
Maximum leeftijd bij aansluiting	69 jaar	65 jaar	65 jaar

5.2.2 De waarborgen

In de hospitalisatieverzekeringspolissen, die in deze vergelijking opgenomen werden, worden er drie waarborgen aangeboden:

- Waarborg hospitalisatie;
- Waarborg pré- en posthospitalisatie;
- Waarborg ambulante kosten ernstige ziekten.

Deze waarborgen worden hierna toegelicht.

5.2.2.1 Waarborg hospitalisatie

DKV, Ethias en KBC bieden een waarborg tegen de kosten van hospitalisatie die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een bevalling.

De verschillende kosten die gedekt worden en de hoogte van de dekking wordt vervolgens per verzekeringsmaatschappij uiteengezet.

5.2.2.1.1 DKV

In de polisvoorwaarden van Plan IS2000 worden de volgende kosten in verband met hospitalisatie, voor 100% terugbetaald na de wettelijke, statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit:

- Verblijfkosten;
- Verblijf- en logementkosten van één van de ouders in dezelfde instelling als deze van het verpleegde kind voor zover de ouder verzekerd is volgens eenzelfde verzekeringsplan. De aanwezigheid van de ouder moet beschouwd worden als onmisbaar bestanddeel van de medische behandeling en het kind heeft de leeftijdscategorie die volgt op deze van 0-19 jaar niet bereikt;
- Kosten van medische prestaties;
- Kosten van paramedische prestaties;
- Kosten van de farmaceutische producten, van de verbanden en van het medisch materiaal;
- Kosten van de medische hulpmiddelen;
- Chirurgiekosten;

- Verdovingskosten;
- Kosten voor het gebruik van de operatiekamer en de bevallingskamer;
- Kosten van de medische prothesen, met uitzondering van de tandprothesen, tandmateriaal, bruggen, kronen en implantaten;
- Kosten van de kunstledematen;
- Vervoerkosten per ziekenwagen in België;
- Vervoerkosten per helikopter in België van de plaats van het ongeval naar de verpleeginstelling voor zover dit vervoer medisch noodzakelijk is en voor zover geen ander vervoermiddel gebruikt kan worden;
- Mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening gebracht worden;
- Kosten voor kraamhulp na de bevalling, binnen de grenzen opgenomen in een tussen de kraamzorginstelling en de verzekeraar afgesloten overeenkomst. Het betreft de door deze instelling gefactureerde kosten voor de zorgen die thuis verstrekt worden door de bevoegde kraamverzorger aan de moeder, de pasgeborene en het gezin;
- Verblijfskosten van de donor met een maximum van € 1.239,47 bij een medisch noodzakelijke transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde en gehospitaliseerde persoon;
- Kosten van de tandextractie onder algemene verdoving in een verpleeginstelling.

Tevens wordt er in de polis opgenomen dat deze kosten, na aftrek van de statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit, slechts voor 50% terugbetaald worden indien de wettelijke ziekteverzekering voor geen enkele post van de hospitalisatiefactuur tussenkomt. Er dient op gewezen te worden dat de vervoerskosten van de ambulance over de weg in België onbeperkt terugbetaald wordt, zowel bij opname als ontslag uit het ziekenhuis. De kosten van het helitransport in België die in acht genomen worden voor kostendekking, worden beperkt tot de overbrenging van de plaats van het ongeval naar het ziekenhuis.

Verder moet er vermeld worden dat de thuisbevalling gelijkgesteld wordt met een bevalling in een verpleeginstelling. Met andere woorden, de dekking van de kosten die gepaard gaan met een thuisbevalling, verloopt identiek met deze van een opname in het ziekenhuis.

5.2.2.1.2 Ethias

De volgende kosten geven recht op een terugbetaling volgens de hospitalisatieverzekering Medi-Comfort:

- Verblijfskosten, verstrekt tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling, met ingebrip van de toeslagen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer;
- Honoraria van geneesheer, de kosten van onderzoek en behandeling evenals de kosten voor geneesmiddelen;

- Kosten voor tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen alsmede orthopedische apparaten, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname, in rechtstreeks verband staan met de chirurgische ingreep en bovendien het voorwerp uitmaken van een wettelijke tegemoetkoming. Zo de prothesen een zuiver esthetisch karakter hebben zal er geen terugbetaling gebeuren;
- Kosten voor aangepast vervoer, verantwoord door dringende medische redenen;
- Niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal, het tijdens een chirurgische ingreep gebruikt niet-herbruikbaar materiaal, de niet-vergoedbare of onder categorie "D" opgenomen geneesmiddelen;
- Verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind, jonger dan 14 jaar (rooming-in).

Er dient wel opgemerkt te worden dat er, in tegenstelling tot de hospitalisatieverzekering van DKV (Plan IS2000), een beperking is in de tussenkomst. Zo wordt er in de polisvoorwaarden opgenomen dat Ethias tussenkomt tot maximaal het drievoud van de bedragen terugbetaald door de wettelijke ziekteverzekering. Verder geldt er een vrijstelling van € 75, per verzekerde en per kalenderjaar, indien men bij opname kiest voor een éénpersoonskamer. Dit wil dus zeggen dat de verzekerde elk kalenderjaar € 75 van de hospitalisatiekosten bij een opname in een éénpersoonskamer zelf dient te dragen. Ook voor het totaal van de kosten van de niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal, het tijdens een chirurgische ingreep gebruikt niet-herbruikbaar materiaal en de niet-vergoedbare of onder categorie "D" opgenomen geneesmiddelen, is er een beperking in de tussenkomst. Voor deze kosten komt Ethias per verzekerde en per kalenderjaar slechts tussen voor een maximum van € 1250. Tevens geniet de verzekerde niet van een onbeperkte terugbetaling van de vervoerskosten. Deze worden per kalenderjaar en per verzekerde slechts terugbetaald ten belope van maximaal € 1250. In de hospitalisatieverzekeringsspolis van Medi-Comfort wordt ook de 'rooming-in'-clausule opgenomen. De verblijfskosten van een ouder van een kind, dat jonger is dan 14 jaar, worden beperkt terugbetaald. Zo geldt er voor deze kosten een kostendekking van € 25 per nacht en dit per verzekerde en per kalenderjaar. Ethias biedt ook een verzekeringswaarborg indien de gedekte kosten, die hierboven vermeld werden, optreden bij een opname in een psychiatrisch ziekenhuis, in een dienst of een eenheid voor psychiatrie. Deze verzekeringswaarborg wordt wel slechts verleend voor een ziekenhuisopname gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden, te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op een terugbetaling.

Er werd reeds aangehaald, dat de verzekeringsmaatschappijen een waarborg hospitalisatie aanbieden ingeval van ziekte, ongeval of bevalling. Voor deze laatste, de bevalling, waarborgt Ethias ook de kosten die gepaard gaan met een thuisbevalling en een poliklinische bevalling. Onder poliklinische bevalling verstaat men het bevallen in een ziekenhuis maar reeds na één dag het ziekenhuis verlaten. Ook de tussenkomst van Ethias in de kosten van de thuisbevalling en poliklinische bevalling worden beperkt tot maximaal het drievoud van de bedragen der wettelijke tegemoetkoming.

5.2.2.1.3 KBC

De KBC-hospitalisatieverzekering dekt eveneens een brede waaier van kosten ingeval van een ziekenhuisopname. Zo geniet de verzekerde van een dekking van kosten die het gevolg zijn van:

- Raadplegingen, onderzoeken, behandelingen en farmaceutische en homeopathische producten (deze moeten opgenomen zijn in de lijst van de specialiteiten van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering);
- Een verblijf van de verzekerde in een ziekenhuis;
- Prothesen of orthopedische toestellen op doktersvoorschrift, op voorwaarde dat deze rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de hospitalisatie en recht geven op een wettelijke tegemoetkoming voorzien door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering zoals die van toepassing is op werknemers (kosten van onderhoud en herstelling worden niet terugbetaald);
- Aangepast medisch vervoer van de verzekerde en/of zijn donor naar of van het ziekenhuis, op voorwaarde dat zij bewezen worden aan de hand van een factuur;
- Mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;
- Bij-overnachting op dezelfde kamer door één van de ouders of door de voogd bij een hospitalisatie van een verzekerd kind jonger dan 18 jaar;
- De tussenkomst van een donor als die tussenkomst voor de behandeling van de verzekerde medisch vereist is. Als donor kan worden beschouwd de partner ofwel bloed- of aanverwant van de verzekerde.

Net zoals Ethias waarborgt KBC de hierboven opgesomde kosten ook indien de verzekerde gehospitaliseerd wordt wegens een psychische of psychiatrische aandoening. Deze waarborg geldt enkel gedurende een aaneengesloten hospitalisatieperiode van maximaal twee jaar.

Verder vergoedt de KBC-hospitalisatieverzekering de gewaarborgde kosten van esthetische behandelingen die het rechtstreekse gevolg zijn van een verzekerd ongeval of een verzekerde ziekte en die behoren tot:

- Reconstructieve esthetische heelkunde;
- Niet-reconstructieve esthetische heelkunde die een functioneel karakter heeft, voorzover het RIZIV deze behandeling heeft goedgekeurd (ereloonsupplementen worden niet mee vergoed).

KBC biedt eveneens met zijn hospitalisatieverzekering een waarborg aan voor de kosten die optreden bij thuisbevalling. Maar ook hier wordt de tussenkomst, zoals bij Medi-Comfort van Ethias, beperkt. Bij thuisbevalling ontvangt de verzekerde een forfaitaire vergoeding van € 625, waar de vergoeding voor ambulante medische zorgen voor en na de bevalling inbegrepen is.

In de polisvoorwaarden van KBC-hospitalisatieverzekering is er een beperking van de terugbetaling ingeval van hospitalisatie opgenomen. Deze beperking geldt indien de toepasselijke supplementen van het ziekenhuis waar de verzekerde is opgenomen, een bepaald criterium overschrijdt. Dit criterium omschrijft KBC in zijn polis hospitalisatieverzekering als "een bedrag dat rekening houdt met de maximum ereloon- en kamersupplementen die door de ziekenhuizen in België kunnen worden toegepast in geval van ziekenhuisopname in een éénpersoonskamer en dat neergelegd is bij een officiële instantie"¹⁴⁸. Wordt dit criterium overschreden, dan bedraagt het persoonlijk aandeel dat ten laste blijft van de verzekerde 50% indien deze gekozen heeft voor een één- of tweepersoonskamer met supplementen voor de patiënt.

Verder worden de gedekte vervoerskosten beperkt terugbetaald. Zo bedraagt het maximale terugbetalingbedrag per verzekerde en voor zijn donor en per verzekeringsjaar voor vervoerskosten, € 1250.

Ook de waarborg van bij-overnachting wordt beperkt. Deze wordt toegekend aan een ouder of voogd van een gehospitaliseerd kind, jonger dan 18 jaar, indien deze tijdens de hospitalisatie 's nachts bij het kind op de kamer blijven slapen. Deze kostendekking kent een beperking van € 25 per nacht.

5.2.2.2 Waarborg pré- en posthospitalisatie

Niet alleen bieden de hospitalisatieverzekeringen, Plan IS2000, Medi-Comfort en KBC-hospitalisatieverzekering, een kostendekking voor de kosten tijdens een ziekenhuisopname. Ook bepaalde kosten die voor en na de opname optreden kunnen terugbetaald worden. De periodes waarin de verzekerde deze dekking geniet, verschillen wel tussen de verschillende maatschappijen. Onderstaande tabel geeft de verzekerde periodes weer per verzekeringsmaatschappij.

Tabel 5.2: Periodes pré- en posthospitalisatie (private verzekeringsmaatschappijen)

	DKV (Plan IS2000)	Ethias (Medi-Comfort)	KBC (Hospitalisatieverzekering)
Préhospitalisatie	30 dagen	30 dagen	60 dagen
Posthospitalisatie	30 dagen	90 dagen	180 dagen

Hierna worden de kosten die niet tijdens de ziekenhuisopname optreden en die aanmerking komen voor een dekking toegelicht voor de verschillende hospitalisatieverzekeringen opgenomen in deze vergelijkende studie.

¹⁴⁸ Pagina 4 van de polisvoorwaarden van KBC-hospitalisatieverzekering opgenomen in bijlage IV.

5.2.2.2.1 DKV

DKV hanteert, met Plan IS2000, bij de terugbetaling van de medische kosten, die zich 30 dagen voor en 30 dagen na de ziekenhuisopname voordoen, twee terugbetalingregimes.

Zo worden aan 100% vergoed, de kosten van:

- De medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging;
- De homeopathische behandeling, de kosten van de acupunctuur-, osteopathie-, en chiropraxiebehandeling;
- De paramedische prestaties voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen:
 - verpleegkundige zorgen;
 - kinesithérapie;
 - fysiotherapie;
- De medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen:
 - brillenglazen;
 - contactlenzen;
 - hoorapparaten;
 - breukbanden;
 - spataderkousen;
 - orthopedische zolen;
 - gipschelpen;
 - lumbostaat;
 - spalken;
 - krukken;

Er dient op gewezen te worden dat de behoorlijk bewezen kosten gedekt zijn, met uitsluiting van de onderhouds- en herstellingskosten, de kosten van de hulpmiddelen strekkend tot het gebruik ervan en de wisselstukken.

- De medische protheses, met uitzondering van de tandprotheses;
- De kunstledematen.

In de hierboven opgesomde lijst van kosten die aan 100% vergoed worden, werden de kosten van de medische protheses opgenomen, maar met uitzondering van de tandprotheses. Hiervoor geldt een specifieke regeling. Zo wordt in de polisvoorwaarden van Plan IS2000 bepaald dat de kosten met betrekking tot tandbehandelingen, inclusief tandprotheses, tandmateriaal, kronen, bruggen en implantaten terugbetaald worden aan 100% na de wettelijke, statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit. Maar op deze kostendekking geldt er een beperking. Zo worden deze

kosten slechts ten belope van € 743,68 per verzekerde en per verzekeringsjaar gedekt. Verder wordt er ook nog bepaald dat indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, dit terugbetalingregime behouden blijft, maar dat dit pas gebeurt na aftrek van de statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit.

Het tweede terugbetalingregime dat DKV toepast is dat van 80%. Zo worden de kosten van de allopatische en homeopathische geneesmiddelen, de kosten van de verbanden en van het medisch materiaal met uitsluiting van elk type van product dat in de handel in het algemeen te verkrijgen is, indien voorgeschreven door een geneesheer, terugbetaald aan 80%.

Er dient tevens vermeld te worden dat indien bij de gewaarborgde kosten de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, de terugbetaling herleid wordt tot 50%.

5.2.2.2.2 Ethias

Ethias biedt met Medi-Comfort een dekking van de kosten die men oploopt 30 dagen voor en 90 dagen na de opname. De kosten die terugbetaald worden in deze voor- en nazorg zijn de dokterskosten, inclusief de kosten van de behandeling bij een kinesist, en dit na de tussenkomst van de mutualiteit. De verzekeringnemer geniet eveneens van een dekking van de apothekerskosten. Men moet evenwel bewijzen, dat deze gemaakte kosten rechtstreeks verband houden met de reden van opname in het ziekenhuis¹⁴⁹.

5.2.2.2.3 KBC

Wat duidelijk opvalt uit tabel 5.2 is, dat KBC-hospitalisatieverzekering een zeer ruime periode hanteert in dewelke kosten opgelopen voor of na de hospitalisatie, die een rechtstreeks verband houden met reden van hospitalisatie, gedekt worden. Zo komen de kosten die opgelopen worden 2 maanden voor de opname en 6 maanden na de opname in aanmerking voor een verzekeringswaarborg. Er dient wel opgemerkt te worden dat er een limitatieve lijst van kosten is opgenomen in de polisvoorwaarden die deze verzekeringswaarborg genieten. Er wordt een onbeperkte dekking voorzien voor de kosten van:

- Raadplegingen, onderzoeken en behandelingen op doktersvoorschrift, op voorwaarde dat zij recht geven op een wettelijke tegemoetkoming;
- Farmaceutische en homeopathische producten indien zij op doktersvoorschrift zijn gekocht in een apotheek en op voorwaarde dat zij zijn opgenomen in de lijst van de specialiteiten;
- Prothesen of orthopedische toestellen op doktersvoorschrift, op voorwaarde dat deze rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de hospitalisatie en recht geven op

¹⁴⁹ Interview met Thijs Sabine, medewerkster Ethias, op 5 mei 2008

een wettelijke tegemoetkoming voorzien door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering zoals die van toepassing is op werknemers (kosten van onderhoud en herstelling worden niet terugbetaald);

- Huur van medisch materiaal op doktersvoorschrift.

In de polisvoorwaarden wordt wel gewezen op het feit dat deze kosten enkel gedekt worden indien de prestaties medisch noodzakelijk zijn voor de verzekerde.

Deze waarborg omvat ook de terugbetaling van de hierboven vermelde kosten indien deze gemaakt werden door de donor. Zoals reeds werd aangehaald dient de donor ofwel de partner, ofwel een bloed- of aanverwant te zijn van de verzekerde. KBC betaalt enkel de kosten van de donor terug op voorwaarde dat de donor zich vrijwillig en bewust laat hospitaliseren met het oog op het donorschap.

5.2.2.3 Waarborg ernstige ziekten

De hospitalisatieverzekeringspolissen, Plan IS2000, Medi-Comfort en KBC-hospitalisatieverzekering, bieden tevens een tussenkomst in de ambulante geneeskundige kosten van zware ziekten. De dekking van deze kosten geldt enkel voor de zware ziekten die opgenomen zijn in de verzekeringspolis. Tabel 5.3 geeft een overzicht van de ernstige ziekten die recht geven op een terugbetaling van de ambulante kosten, en dit voor de drie verschillende hospitalisatieverzekeringen.

Tabel 5.3: Lijst van ernstige ziekten (private verzekeringsmaatschappijen)

	DKV (Plan IS2000)	Ethias (Medi-Comfort)	KBC (Hospitalisatieverzekering)
Kanker	✓	✓	✓
Leukemie	✓	✓	✓
Suikerziekte	✓	✓	✓
Virale hepatitis	✓	✓	✓
Tuberculose	✓	✓	✓
Ziekte van Hodgkin	✓	✓	✓
Ziekte van Parkinson	✓	✓	✓
Multiple sclerose	✓	✓	✓
Amyotrofe lateraal sclerose	✓	✓	✓
Progressieve spierdystrofieën	✓	✓	✓
Mucoviscidose	✓	✓	✓
Ziekte van Alzheimer	✓	✓	✓
Cerebrospinale meningitis	✓	✓	✓
Vlektyfus	✓		✓

Tyfus	✓	✓	✓
Paratyfus	✓		✓
Encefalitis	✓	✓	✓
Tetanus	✓	✓	✓
Cholera	✓	✓	✓
Nierdialyse	✓	✓	✓
Poliomyelitis	✓	✓	✓
Difterie	✓	✓	✓
Brucellose			✓
Pokken		✓	✓
Malaria	✓	✓	✓
Miltvuur	✓	✓	✓
Ziekte van Pompe	✓	✓	✓
Ziekte van Crohn	✓	✓	✓
Roodvonk		✓	
Ziekte van Creutzfeld-Jacob		✓	
Aids	✓	✓	✓

Zoals men kan afleiden uit bovenstaande tabel, komen de zware ziektes, waarvoor de verzekerde een dekking van de ambulante medische kosten krijgt, grotendeels overeen tussen de verschillende verzekeringsmaatschappijen. Maar de kosten die in aanmerking komen voor deze dekking verschillen wel tussen de verschillende polissen. Deze verschillen worden hierna toegelicht.

5.2.2.3.1 DKV

Plan IS2000 biedt, zoals men uit tabel 5.3 kan afleiden, voor 27 ernstige ziekten een dekking van de ambulante medische kosten. In de polisvoorwaarden van deze hospitalisatieverzekering wordt voorts nog bepaald dat het verzekeringsgeval gevormd wordt door:

- De stationaire behandeling in een verpleeginstelling ingevolge het optreden van een ziekte, een bevalling of een ongeval;
- De ambulante behandeling ingevolge het optreden van een zware ziekte.

Hieruit kan men afleiden dat men qua kostendekking geen onderscheid kan maken tussen een opname in het ziekenhuis of een ambulante behandeling van een ernstige ziekte. Dit heeft tot gevolg dat de kosten die gedekt worden tijdens een ziekenhuisopname ook gedekt worden voor de ambulante behandeling van ernstige ziekten. Alle gedekte kosten die opgenomen worden onder de rubriek 'Waarborg hospitalisatie' voor DKV, zijn ook geldig voor de dekking van de kosten van de ernstige ziekten. Zowel de terugbetalingregimes van 100%, 80% als 50% zijn hier van toepassing.

5.2.2.3.2 Ethias

Ethias heeft in zijn hospitalisatieverzekeringsspolis 28 ernstige ziekten benoemd die aanspraak maken op een dekking van de medische kosten die buiten het ziekenhuis gebeuren. Er is wel vereist dat deze kosten een aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming en ze moeten in rechtstreeks verband staan met de ziekte.

Tevens wordt er in de polisvoorwaarden een limitatieve lijst opgenomen van kosten die gewaarborgd worden:

- Kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken noodzaak door de ziekte;
- Kosten voor het huren van allerlei materieel;
- De farmaceutische producten;
- De niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal, het tijdens een chirurgische ingreep gebruikt niet-herbruikbaar materiaal, de niet-vergoedbare of onder categorie 'D' opgenomen geneesmiddelen;
- De verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind, jonger dan 14 jaar (rooming-in);
- Alle andere kosten waarmee Ethias vooraf heeft ingestemd.

Er dient opgemerkt te worden dat de tegemoetkoming van Ethias voor bepaalde kosten beperkt is. Zo worden de niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal, het tijdens een chirurgische ingreep gebruikt niet-herbruikbaar materiaal, de niet-vergoedbare of onder categorie 'D' opgenomen geneesmiddelen, terugbetaald tot maximaal € 1250 en dit per verzekerde en per kalenderjaar. Verder geldt voor de dekking van de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind, een limiet van terugbetaling van maximaal € 25 per nacht.

5.2.2.3.3 KBC

KBC-hospitalisatieverzekering heeft in zijn verzekeringsvoorwaarden 29 ernstige ziekten opgenomen. Volgens de polis worden bepaalde prestaties gedekt op voorwaarde dat zij rechtstreeks verband houden met de ernstige ziekten. KBC heeft net zoals Ethias een limitatieve lijst opgesteld van ambulante medische kosten die in aanmerking komen voor een dekking. Zo geniet de verzekerde met een ernstige ziekte een waarborg van de kosten van:

- Raadplegingen, onderzoeken en behandelingen op doktersvoorschrift, op voorwaarde dat zij recht geven op een wettelijke tegemoetkoming;
- Farmaceutische en homeopathische producten indien zij op doktersvoorschrift zijn gekocht in een apotheek en op voorwaarde dat zij zijn opgenomen in de lijst van de specialiteiten ;
- Huur van medisch materiaal op doktersvoorschrift.

5.2.3 De wachttijd

Wanneer men een hospitalisatieverzekering afsluit, is men niet dadelijk de dag erop verzekerd. De verzekeringsmaatschappijen bepalen de periode wanneer de verzekering ingaat en dus wanneer deze een dekking biedt tegen de hospitalisatiekosten. Er is dus een periode tussen de aansluiting en de aanvang van de verzekering, waarin de verzekerde geen recht heeft op een dekking van bepaalde kosten. De tijd hiertussen noemt men de wachttijd. De duur hiervan verschilt van verzekeringspolis tot verzekeringspolis.

Voor elke hospitalisatieverzekering is er een algemene wachttijd die voor iedereen die de verzekering afsluit geldt, maar er zijn ook uitzonderingen op deze algemene regel. Tabel 5.4 geeft deze algemene regel weer voor de verschillende polissen opgenomen in deze vergelijking

Tabel 5.4: Algemene regel van wachttijden (private verzekeringsmaatschappijen)

	DKV (Plan IS2000)	Ethias (Medi-Comfort)	KBC (Hospitalisatieverzekering)
Wachttijd	Geen	3 maanden	3 maanden

De uitzonderingen die gelden op deze algemene regel van wachttijden worden hierna toegelicht per verzekeringsmaatschappij.

5.2.3.1 DKV

Alvorens over te gaan tot de bespreking van de uitzonderingen op de regel dient er op gewezen te worden dat er in de hospitalisatieverzekeringspolis van Plan IS2000 eveneens geen wachttijd voor pasgeborenen is opgenomen. Deze regeling geldt echter alleen indien aan twee voorwaarden is voldaan:

- Één van de ouders is reeds verzekerd bij DKV;
- Het kind wordt meeverzekerd, volgens hetzelfde plan als één van de ouders, binnen de 60 dagen volgend op de maand van de geboorte.

Voor wat betreft de uitzonderingen op de algemene regel, hanteert DKV twee verschillende wachttijden.

Zo heeft een verzekerde slechts recht op een dekking van de kosten van een bevalling indien een wachttijd van negen maanden verstreken is.

Verder kan de verzekerde pas genieten van een waarborg voor de kosten met betrekking tot tandbehandelingen, inclusief tandprothesen, tandmateriaal, kronen, bruggen en implantaten, na het doorlopen van een wachttijd van 12 maanden.

5.2.3.2 Ethias

Zoals blijkt uit tabel 5.4 hanteert Ethias, met Medi-Comfort, de algemene wachttijd van drie maanden. Hierop kunnen zich twee uitzonderingen voordoen.

Zo heeft de verzekerde recht op een onmiddellijke dekking van de kosten, met andere woorden zonder wachttijd, in de volgende situaties:

- Bij ongevallen;
- Bij de acute of besmettelijke ziekten opgenomen in tabel 5.5;
- Voor de personen die reeds van een verzekering genoten welke analoge voordelen waarborgt als onderhavige verzekeringsovereenkomst, en voor zover er drie maanden verstreken zijn sedert de ondertekening van deze vorige verzekering. Er mag bovendien geen onderbreking zijn tussen beide verzekeringen;
- In geval van huwelijk voor de echtgeno(o)t(e) en bij geboorte voor de pasgeborene van een persoon die reeds verzekerd was, voor zover de aansluiting plaatsheeft binnen de maand volgend op de gebeurtenis.

Tabel 5.5: Acute of besmettelijke ziekten waarvoor geen wachttijd is bij Medi-Comfort

rode hond	mazelen	waterpokken	roodvonk
difteritis	kinkhoest	bof	kinderverlamming
meningitis-cerebrospinalis	dysenterie	buik- en paratyfus	vlektyfus
cholera	miltvuur	tetanus	terugkomende koorts
encefalitis	pokken	malaria	

Verder maakt de verzekerde slechts aanspraak op een dekking van de kosten die gepaard gaan met een bevalling of zwangerschappen, na een wachttijd van 12 maanden.

5.2.3.3 KBC

De algemene wachttijd van KBC-hospitalisatieverzekering bedraagt drie maanden. Maar in de polisvoorwaarden worden er verder nog drie andere wachttijden aangestipt.

Zo kent KBC in bepaalde gevallen direct een kostendekking toe vanaf de dag volgend op de aansluiting, met andere woorden in deze gevallen is er geen wachttijd. Dit is het geval indien de verzekerde een ongeval of een acute besmettelijke ziekte heeft. Verder wordt er in de polis opgenomen dat pasgeborenen eveneens geen wachttijd moeten doorlopen alvorens ze van een kosten-

dekking kunnen genieten. Er dient wel op gewezen te worden dat er dan aan twee voorwaarden voldaan moet zijn, meer bepaald:

- Beide ouders en de andere kinderen van het gezin moeten op de geboortedatum sedert minstens 10 maanden verzekerd zijn;
- De verzekering voor de pasgeborene wordt binnen de 60 dagen na de geboortedatum afgesloten.

Een tweede wachttijd die KBC hanteert is deze voor zwangerschapscomplicaties en bevallingen. Voor deze verzekerde gevallen dient de verzekerde een wachttijd van 10 maanden te doorlopen.

Op deze voorgaande regel bestaat echter een uitzondering. De wachttijd van 10 maanden kan verlengd worden tot een wachttijd van 24 maanden, voor zwangerschapscomplicaties en bevallingen, indien de vrouw als enige volwassene verzekerd is in de overeenkomst.

5.2.4 De uitsluitingen

Uiteraard geven de verzekeringsmaatschappijen geen dekking van de hospitalisatiekosten die het gevolg zijn van eender welke situatie. Daarom wordt er in de polisvoorwaarden een lijst opgenomen van situaties, die een hospitalisatie tot gevolg kunnen hebben, die uitgesloten worden uit de dekking. Hierna worden deze situaties per verzekeringsmaatschappij toegelicht.

5.2.4.1 DKV

De uitsluitingen opgenomen in de hospitalisatieverzekeringsspolis Plan IS2000, zijn de medische kosten die het gevolg zijn van:

- Een ongeval dat zich heeft voorgedaan of een ziekte waarvan de symptomen zich hebben gemanifesteerd voor de begindatum van de verzekeringswaarborg. Deze uitsluiting geldt eveneens voor verzekeringsgevallen opgetreden ingevolge een ongeval dat zich heeft voorgedaan of een ziekte waarvan de symptomen zich hebben gemanifesteerd tussen de begindatum van het verzekeringsplan voorzien in de polis en de datum van de uitgifte van de polis. Niettemin wordt de waarborg verleend indien deze verzekeringsgevallen optreden na een periode van tenminste 2 jaar te rekenen vanaf de begindatum van de verzekeringswaarborg, behoudens indien bij het afsluiten van het contract, het ongeval, de ziekte of haar gekende symptomen niet ter beoordeling van het risico aan de verzekeraar worden meegedeeld of behoudens afwijkende bepaling in het verzekeringscontract;
- Een ziekte, samenlopende ziekten of een ongeval voortvloeiend uit een burgeroorlog of andere oorlog, uit oproer, collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong, indien is aangetoond dat de verzekerde persoon er actief heeft aan deelgenomen;

- Een opzettelijke daad van de verzekerde persoon, tenzij deze het bewijs voorlegt dat het een geval betreft van wettige zelfverdediging of verantwoorde redding van personen of goederen. De opzettelijke daad, in de zin van onderhavig beding, is de vrijwillig en bewust gestelde handeling die schade teweegbrengt die redelijkerwijs te voorzien is;
- Een poging tot zelfmoord;
- Een intoxicatie of chronische of niet-accidentele toxicomanie;
- Een wettelijke inenting, een sterilisatie, een contraceptieve techniek of een contraceptief procédé, een kunstmatige inseminatie welke ook de toegepaste techniek zij, een esthetische ingreep;
- Functionele, subjectieve of psychische stoornissen, waarvan of de oorzaak en de symptomen niet medisch objectiveerbaar zijn, of de behandeling of de therapie niet vereist is vanuit een zuiver medisch standpunt;
- Een verblijf in een kuur-, bad-, gezondheids- en herstellingsoord, alsook in elke andere dienst of instelling maar met het doel een welkdanige kuur te volgen, zelfs indien het verblijf medisch is voorgeschreven;
- Een psychotherapeutische en psychosomatische behandeling.

5.2.4.2 Ethias

Ethias neemt in zijn polisvoorwaarden van Medi-Comfort op, dat er geen dekking is van de medische kosten die het gevolg zijn van:

- Medische aandoeningen en/of gevolgen van ongevallen die opgesomd zijn in de speciale voorwaarden;
- Esthetische behandelingen of verjongingskuren;
- Ziektes of ongevallen die de verzekerde overkomen:
 - in staat van dronkenschap of onder invloed van geneesmiddelen of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat hij/zij uit onwetendheid dranken of verdovende middelen heeft gebruikt, of hiertoe door een derde werd gedwongen;
 - in verband met alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen;
- Sterilisatie, anti-conceptieve behandeling, kunstmatige inseminatie, in vitro fertilisatie, behandeling van seropositiviteit, acupunctuur en thermale kuren, ergotherapie, levende cel-therapie, keratotomie, brillen en contactlenzen, opsporing en behandeling van seksuele identiteitsstoornissen;
- Oorlogsfeiten, wanneer de verzekerde hierbij betrokken wordt als burger of als militair, wegens burgeroorlog of oproer, tenzij hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen of hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;

- Sportbeoefening in de lucht of met gebruik van motorrijtuigen, alsmede de beroepshalve uitoefening van om het even welke sport;
- Zelfmoordpoging, vrijwillig veroorzaakte letsels, de deelname door de verzekerde aan gewelddaden tegen personen en letsels ingevolge vandalisme of verduistering van goederen. Deze uitsluitingen zijn niet van toepassing indien de letsels het gevolg zijn van daden van wettige zelfverdediging of in het geval van redding van personen, dieren of goederen;
- Rechtstreekse of onrechtstreekse uitwerking van radioactieve stoffen of kunstmatige versnelling van atoomdeeltjes, met uitzondering van het gebruik om medische redenen van radioactieve stoffen;
- Een ongeval waarbij de verzekerde deel uitmaakt van de bemanning van een luchtvaartuig, of tijdens de vlucht beroeps- of andere activiteiten verricht in verband met het toestel of de vlucht.

5.2.4.3 KBC

KBC weert de volgende kosten uit de dekking van de hospitalisatieverzekering:

- Kosten van bezigheidstherapie, kuurbehandelingen, internering, wettelijke inenting;
- Kosten van alle experimentele of niet-beproefde behandelingen;
- Kosten van revalidatiebehandelingen die niet rechtstreeks het gevolg zijn van een gewaarborgde ziekte, een gewaarborgd ongeval of een chirurgische ingreep waarvoor dekking verworven is.

Tevens wordt er in de polisvoorwaarden van KBC een limitatieve lijst opgenomen van medische kosten die ten gevolge van bepaalde situaties niet voor dekking in aanmerking komen. Zo biedt KBC geen dekking voor medische kosten die het gevolg zijn van:

- Gevolgen of verwikkelingen van een voorafbestaande toestand voor zover de diagnose wordt gesteld voor de aansluitingsdatum of binnen de twee jaar na de aansluitingsdatum van de verzekerde;
- Aandoeningen waarbij de verzekerde subjectieve klachten vertoont die niet door objectief waarneembare afwijkingen kunnen worden verklaard;
- Contraceptieve behandeling, sterilisatie en vrijwillige zwangerschapsonderbreking; vruchtbaarheidsbehandeling, kunstmatige inseminatie, in vitro fertilisatie en de gevolgen en verwikkelingen ontstaan binnen een periode van twee maanden na deze ingrepen of behandelingen;
- Poging tot zelfmoord; letsels die door de verzekerde vrijwillig toegebracht of gezocht zijn; geweldpleging op personen door de verzekerde of het kwaadwillig beschadigen of ontvreemden van goederen;
- Drankzucht of toxicomanie;

- Een ongeval of ziekte terwijl de verzekerde zich bevindt in staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie of zich onder invloed bevindt van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, tenzij de verzekerde het bewijs levert dat er geen oorzakelijk verband is tussen het ongeval of de ziekte en deze omstandigheden;
- Oproer, onlusten, collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale aard, al dan niet vergezeld van opstand tegen de overheid of tegen welke gevestigde macht dan ook, voorzover de verzekerde er vrijwillig en actief heeft aan deelgenomen;
- Een oorlogsgebeurtenis;
- Kernreacties, radioactiviteit en ioniserende stralen, met uitzondering van de bestralingen ingevolge een medische behandeling;
- Ongevallen die gebeuren tijdens winstgevende sportbeoefening, trainingen inbegrepen.

5.2.5 De territoriale geldigheid

De territoriale geldigheid van de hospitalisatieverzekeringsspolis is een zeer belangrijk topic. Want het risico, opname in het ziekenhuis, kan zich eveneens voordoen in het buitenland. Het is daarom belangrijk voor de verzekerde om te weten of hij/zij via zijn hospitalisatieverzekering ook een kostendekking geniet in het buitenland. De geldigheid van de drie polissen van de onderzochte verzekeringsmaatschappijen wordt hierna besproken.

5.2.5.1 DKV

Wanneer men de hospitalisatieverzekering Plan IS2000 afsluit, geniet men van een wereldwijde dekking. Dezelfde waarborgen die DKV aan verzekerden in het binnenland biedt, biedt deze maatschappij aan indien men in het buitenland opgenomen is in het ziekenhuis.

5.2.5.2 Ethias

Medi-Comfort waarborgt ook de medische kosten die de verzekerde heeft opgelopen in het buitenland, met andere woorden de hospitalisatieverzekering is wereldwijd van toepassing. In de polisvoorwaarden is het terugbetalingregime bepaald van de in het buitenland gedane kosten. Zo voorziet de verzekeringsmaatschappij elke terugbetaling indien met het desbetreffende land een overeenkomst afgesloten is inzake sociale zekerheid van de loontrekkenden. Bij gebreke aan deze overeenkomst, voorziet de maatschappij in elke terugbetaling met een bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgeving van toepassing op de loontrekkenden.

5.2.5.3 KBC

Het verzekeringscontract inzake de hospitalisatieverzekeringen, dat men afsluit bij de KBC, biedt een dekking voor de hospitalisatiekosten gemaakt in de hele wereld. Maar KBC neemt in de polisvoorwaarden een beperking op voor deze waarborg. Zo komt KBC voor de medische zorgen die

toegediend worden in een niet-lidstaat van de Europese Unie of in een lidstaat van de Europese Unie maar waarmee België geen overeenkomst heeft getekend, slechts voor de helft van de persoonlijk te betalen verzekerde kosten tussen, en dit met een maximum van € 6250 per hospitalisatie.

De kosten van de medische zorgen toegediend in een lidstaat van de Europese Unie worden evenwel volledig vergoed.

5.2.6 De premie en de niet-betaling van de premie

In ruil voor de waarborgen die de verzekeringsmaatschappijen aanbieden, vragen ze aan hun verzekeringnemers een premie. De hoogte van de premie hangt af van vier factoren. De uiteenzetting van deze factoren beperkt zich hier tot het opsommen ervan. Voor de uitgebreide bespreking van deze factoren kan men verwijzen naar rubriek '3.2.3 Premie'. Als beïnvloedende factoren van de premie kunnen we beschouwen:

- De leeftijd;
- De woonplaats;
- De actuele gezondheidstoestand;
- De hoogte van de franchise.

In deze rubriek worden verder nog per verzekeringsmaatschappij de hoogtes van de premies besproken voor de verschillende leeftijden en de gevolgen van niet-betaling van de premie.

5.2.6.1 DKV

In de algemene verzekeringsvoorwaarden van Plan IS2000 wordt opgenomen dat de premie die de verzekeringnemer verschuldigd is, berekend wordt volgens de volgende modaliteiten:

- Bij de aansluiting tot de verzekering wordt de premie berekend volgens de leeftijd die bekomen wordt door aan het lopend jaar het geboortjaar af te trekken, en volgens de woonplaats of de vaste en gebruikelijke verblijfplaats, indien deze niet samenvalt met de woonplaats;
- Gedurende de looptijd van het contract wordt de premie berekend volgens de leeftijds-categorie die volgt op deze van 0 tot 19 jaar vanaf de jaarlijkse vervaldatum die volgt op de 19^{de} verjaardag, en volgens de woonplaats of de vaste en gebruikelijke verblijfplaats, indien deze niet samenvalt met de woonplaats, vanaf de maand die volgt op de verlegging ervan.

Zoals blijkt uit de bepalingen die DKV heeft opgenomen in zijn polisvoorwaarden, speelt de woonplaats ook een rol in de bepaling van de hoogte van de premie. Dit kan men illustreren aan de hand van de variatie die bestaat op het Plan IS2000, meer bepaald Plan ISB2000. Er werd reeds aangehaald dat Plan IS2000 niet kon afgesloten worden door inwoners van de gemeenten met postcodes 1000 tot en met 1210. Voor de inwoners van de gemeenten met deze postcodes heeft

men Plan ISB2000 opgericht. Deze postcodes hebben betrekking op Brussel en haar randgemeenten. Omdat de ziekenhuiskosten daar veel hoger liggen, rekent DKV voor haar Plan IS2000 (lees: Plan ISB2000) hogere premies aan. In tabel 5.6 wordt het verschil in hoogte van de premies tussen Plan IS2000 en Plan ISB2000 geïllustreerd. Tevens dient er nogmaals op gewezen te worden dat beide plannen identieke waarborgen bieden, enkel de premies verschillen. De premies die opgenomen werden in tabel 5.6 zijn geldig vanaf 1 januari 2008. In de polisvoorwaarden werden enkel de maandpremies weergegeven. In tabel 5.6 worden deze premies omgezet naar jaarpremies, dit om de maatschappijen onderling beter te kunnen vergelijken. Voor de berekening van de jaarpremies, werden de maandpremies vermenigvuldigd met 12 en werd er een korting op aangerekend van 3%. Deze korting wordt toegekend door DKV, indien de verzekeringnemer voor de jaarlijkse betalingsfrequentie kiest. De verzekeringnemer kan niet genieten van deze korting van 3% indien hij/zij kiest voor een semestriële of maandelijkse premiebetaling.

Verder kan men uit deze bepalingen afleiden, dat indien men jonger is dan 19 jaar en aangesloten is bij Plan IS2000 van DKV, de premie eenmalig omwille van de leeftijd verhoogd zal worden, wanneer men 20 jaar wordt. De resterende looptijd van de hospitalisatieverzekering zal men de premie voor een twintigjarige dienen te betalen. Deze premie blijft vrij constant over de verdere looptijd, en wordt enkel nog aangepast aan de index¹⁵⁰. Zo geldt eveneens dat iemand met de leeftijd van 25 jaar, de premie dient te betalen voor iemand met de leeftijd van 25, en deze premie zal gedurende de looptijd van de hospitalisatieverzekering enkel nog veranderen door indexaanpassing.

Tabel 5.6: Jaarpremies voor Plan IS2000 en Plan ISB2000 in euro

	Plan IS2000	Plan ISB2000		Plan IS2000	Plan ISB2000
Leeftijd	<i>Premie</i>	<i>Premie</i>	Leeftijd	<i>Premie</i>	<i>Premie</i>
0-19	128,16	191,01	45	414,73	747,17
20	216,27	350,60	46	426,14	769,99
21	221,97	361,42	47	437,78	793,15
22	227,91	373,29	48	449,65	817,01
23	234,20	386,10	49	461,99	841,46
24	240,25	398,20	50	474,33	866,25
25	246,19	410,19	51	486,90	891,51
26	252,24	422,07	52	499,94	917,70
27	258,18	434,06	53	513,44	944,24
28	264,58	446,63	54	527,06	971,82
29	270,98	459,43	55	541,26	999,76

¹⁵⁰ Interview met Francis Vandersteegen, Verzekeringsmakelaar te Genk, op 5 mei 2008

30	277,61	472,93	56	555,58	1046,20
31	284,83	487,13	57	570,36	1058,43
32	292,05	501,80	58	585,61	1088,81
33	299,85	517,40	59	601,21	1120,12
34	307,88	533,23	60	709,81	1325,10
35	316,14	549,76	61	745,19	1362,93
36	324,76	567,22	62	748,22	1424,62
37	333,60	585,14	63	768,01	1441,15
38	343,03	603,53	64	788,14	1481,54
39	352,46	622,39	65	864,39	1731,33
40	362,12	641,83	66	2593,16	5194,00
41	372,13	661,85	67	2593,16	5194,00
42	382,26	682,34	68	2614,46	5194,00
43	392,85	703,52	69	2677,32	5194,00
44	403,68	724,94			

Premies zijn inclusief taks & RIZIV-bijdrage

In bovenstaande tabel worden de premies weergegeven, die gelden indien men kiest voor € 0 franchise. Men kan deze premies verlagen door een bepaald bedrag voor jaarlijkse franchise voorop te stellen. Men heeft de keuze uit drie hoogtes van franchise:

- € 125;
- € 250;
- € 500.

Indien men dus bijvoorbeeld kiest voor € 125 franchise per jaar, dan draagt de verzekeringnemer elk kalenderjaar € 125 van de kosten zelf. Deze worden als het ware afgetrokken van de tussenkomst van verzekeraar. Het effect van het franchisebedrag, dat men kiest, op de hoogte van de premie wordt geïllustreerd in tabel 5.7.

Tabel 5.7: Effect van franchisebedrag op hoogte van de premie van Plan IS2000

Franchi- sebedrag	€ 125	€ 250	€ 500	Franchi- sebedrag	€ 125	€ 250	€ 500
Leeftijd	Premie	Premie	Premie	Leeftijd	Premie	Premie	Premie
0-19	91,96	85,90	58,78	45	347,10	291,93	209,87
20	184,49	158,42	119,78	46	356,53	299,61	214,99
21	189,03	162,15	122,45	47	366,08	307,53	220,35
22	193,92	166,22	125,01	48	375,74	315,33	225,70
23	199,28	170,53	127,92	49	385,75	323,59	231,29

24	204,17	174,60	130,60	50	395,88	331,97	236,99
25	209,05	178,56	133,39	51	406,35	340,35	242,69
26	213,94	182,63	136,19	52	416,83	349,32	248,63
27	218,83	186,47	138,87	53	427,89	358,16	254,57
28	223,84	190,90	141,66	54	439,06	367,47	260,85
29	229,19	195,20	144,45	55	450,70	376,90	267,25
30	234,66	199,74	147,60	56	462,46	386,68	273,66
31	240,37	204,40	150,97	57	474,68	396,57	280,52
32	246,54	209,52	154,11	58	487,13	406,70	287,28
33	252,70	214,64	157,72	59	499,94	417,41	294,49
34	259,34	219,88	161,21	60	590,03	492,37	347,10
35	266,21	225,58	165,17	61	605,63	505,06	355,72
36	273,31	231,40	169,01	62	621,46	518,10	364,45
37	280,64	237,34	173,09	63	637,64	531,48	373,41
38	288,21	243,63	177,28	64	654,17	544,87	382,61
39	295,89	249,91	181,58	65	704,69	575,71	391,80
40	304,04	256,55	186,01	66	2114,06	1727,14	1203,69
41	312,07	263,18	190,43	67	2115,45	1760,32	1232,33
42	320,57	270,16	195,20	68	2167,48	1802,57	1260,96
43	329,06	277,26	199,86	69	2218,82	1845,17	1289,60
44	338,03	284,48	204,98				

In de algemene verzekeringsvoorwaarden van DKV wordt eveneens de procedure bij niet-betaling van de premie toegelicht. Indien de verzekeringnemer de premie niet betaald heeft, wordt deze bij aangetekend schrijven in gebreke gesteld. De datum vanaf wanneer de verzekeringswaarborg geschorst wordt, wordt in deze ingebrekestelling opgenomen. Het moment waarop de verzekeringnemer de achterstallige premies, verhoogt met de kosten der ingebrekestelling, betaald heeft herneemt de verzekeringswaarborg. Wanneer de verzekeringnemer na deze ingebrekestelling nog steeds niet betaald heeft, heeft DKV het recht om het verzekeringscontract op te zeggen.

5.2.6.2 Ethias

De premies die de verzekeringnemer jaarlijks dient te betalen voor de hospitalisatieverzekering Medi-Comfort van Ethias, worden opgenomen in tabel 5.8. De premies gelden vanaf 1 januari 2008, per maand en per verzekerde.

Tabel 5.8: Jaarpremies voor Medi-Comfort in euro

Leeftijd	Premie
0 – 20	66,01
21 – 49	264,00
50 – 64	316,80
Vanaf 65	658,90

Premies zijn inclusief taksen & RIZIV-bijdrage

Wat opvalt uit bovenstaande tabel is dat de premies bepaald worden per leeftijdsklasse en niet per leeftijd. De premie die men dient te betalen verhoogt indien men van leeftijdsklasse verandert. Dit in tegenstelling tot Plan IS2000 van DKV, daar verhoogt de premie enkel wanneer men van de leeftijdscategorie '0-19' overgaat naar '20'. De premie van Plan IS2000 blijft nagenoeg constant over de tijd, en verandert enkel door indexaanpassing.

Er dient opgemerkt te worden dat indien in een gezin beide partners samen verzekerd zijn en ze beiden niet de leeftijd van 40 jaar bereikt hebben, op de gezamenlijke jaarpremie een vermindering toegepast wordt van € 30.

De waarborgen van de hospitalisatieverzekering Medi-Comfort van Ethias worden pas verleend na de betaling van de jaarpremie. Wanneer de verzekeringnemer nalaat de premie te betalen schorst Ethias de waarborg. Door middel van een aangetekend schrijven brengt de maatschappij de verzekeringnemer hiervan op de hoogte. In dit schrijven neemt Ethias eveneens een aanmaning tot betaling binnen de 15 dagen op, te rekenen vanaf de dag volgend op de afgifte per post van de aangetekende brief. Er dient op gewezen te worden dat de schorsing van de waarborg slechts uitwerking heeft na het verstrijken van de termijn van 15 dagen. De tijdsduur van deze schorsing bedraagt 15 dagen. In deze 15 dagen heeft de verzekeringnemer nog steeds de kans de achterstallige premie betalen. Indien deze niet binnen de 15 dagen na het ingaan van de schorsing de premie betaald heeft, heeft Ethias het recht om het contract op te zeggen.

5.2.6.3 KBC

De hospitalisatieverzekeringspremies van KBC die geldig zijn vanaf 1 februari 2008 kan men aflezen uit tabel 5.9. In deze tabel worden de premies, die men als verzekerde jaarlijks dient te betalen, opgenomen. De frequentie van de premiebetaling kan men zelf beslissen. Er dient opgemerkt te worden dat indien men gekozen heeft voor een andere frequentie van betaling dan jaarlijks, er toeslagen op de premies aangerekend worden. De verzekeringnemer heeft de keuze uit de volgende betalingsfrequenties:

- Semestrieel: 2% toeslag op de premie;
- Trimestrieel: 3% toeslag op de premie;
- Maandelijks: 4% toeslag op de premie.

Verder wordt er in de hospitalisatieverzekeringpolis opgenomen dat men onder bepaalde omstandigheden recht heeft op een reductie van de premies vermeld in tabel 5.9.

Zo kent KBC aan zijn verzekeringnemer een gezinsreductie toe. Men kan een onderscheid maken tussen twee reductiepercentages, die afhankelijk zijn van het aantal opgenomen personen in de polis, die van toepassing zijn op de te betalen premie:

- 5% indien er twee verzekerden opgenomen worden;
- 10% indien er drie of meer verzekerden opgenomen worden.

Indien de verzekeringnemer voor de optie '*forfait per dag in een éénpersoonkamer*' kiest, kan deze een korting krijgen van 28% op de te betalen premie, weergegeven in tabel 5.9. Deze optie houdt weliswaar in dat indien men gekozen heeft om opgenomen te worden in een éénpersoonkamer men een forfaitair bedrag krijgt uitgekeerd per dag, en dus niet het werkelijke bedrag van de kosten.

Tabel 5.9: Jaarpremies voor KBC-hospitalisatieverzekering in euro

Leeftijd	<i>Premie</i>	Leeftijd	<i>Premie</i>
< 21	99,59	43	357,38
21	264,48	44	368,05
22	269,87	45	378,79
23	275,06	46	390,05
24	279,79	47	402,63
25	283,52	48	415,80
26	284,02	49	429,70
27	284,53	50	443,08
28	285,03	51	456,72
29	285,53	52	472,46
30	286,04	53	488,69
31	286,54	54	505,71
32	287,04	55	522,03
33	287,55	56	539,48
34	290,26	57	557,96
35	294,38	58	577,79
36	299,14	59	599,75
37	305,37	60	622,83
38	312,36	61	647,65
39	320,21	62	673,92
40	328,48	63	701,81
41	337,74	64	733,24

42	347,67	65	765,64
-----------	---------------	-----------	---------------

Premies zijn inclusief taksen & RIZIV-bijdragen

Door middel van het systeem van franchise kan de verzekeringnemer de hoogte van premie eveneens verlagen. In tabel 5.10 worden keuzemogelijkheden van de hoogten van franchise toegelicht, met daaraan gekoppeld de premiekortingen.

Tabel 5.10: Hoogte franchise en korting voor KBC-Hospitalisatieverzekering

Franchise	€ 50	€100	€ 150	€ 200	€ 250	€ 300	€ 400	€ 500
Korting	7,5%	15%	20%	25%	30%	33%	37%	40%

De franchise geldt per verzekerde en per jaar

Er dient op gewezen te worden dat indien men aangesloten is bij de hospitalisatieverzekering van KBC onder de leeftijd van 21, dat de premie stijgt indien men 21 jaar wordt. De premie stijgt van van het tarief '< 21' naar het tarief geldend voor de leeftijd van 21 jaar. Voor de resterende looptijd van de verzekering blijft deze premiehoogte nagenoeg gehandhaafd, mits de jaarlijkse aanpassingen aan de index 'verpleging in het ziekenhuis'.

De betaling van de premie dient, zoals bepaald in de polisvoorwaarden, te geschieden op de vervalldag. Indien deze echter niet betaald wordt binnen de 30 dagen na de vervalldag, herinnert de verzekeraar de verzekeringnemer door middel van een aangetekende brief aan de vervalldag en aan de gevolgen van de niet-betaling. Deze brief wordt beschouwd als de ingebrekestelling. Geeft de verzekeringnemer hier geen gevolg aan binnen de 15 dagen na het versturen van de aangetekende brief, dan zijn de waarborgen geschorst vanaf de eerste dag na deze laatst genoemde periode. De verzekeringnemer kan van deze waarborg enkel terug genieten, vanaf de dag die volgt op de volledige betaling, om nul uur. Betaalt de verzekeringnemer de achterstallige premie niet binnen de 15 dagen volgend op de ingebrekestelling, dan wordt de verzekeringsovereenkomst opgezegd de eerste dag volgend na deze periode van 15 dagen.

5.3 Samenvattende tabel polisvoorwaarden private verzekeringsmaatschappijen

Tabel 5.11: Overzicht polisvoorwaarden private verzekeringsmaatschappijen

		DKV (Plan IS2000)	Ethias (Medi-Comfort)	KBC (Hospitalisatieverzekering)
<u>Maximale aansluitingsleeftijd</u>		69 jaar	65 jaar	65 jaar
<u>Waarborgen</u>	Hospitalisatie	<u>Dekking:</u> 100% 50% indien geen tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering <u>Vervoerskosten:</u> 100% - per ziekenwagen - per helikopter <u>Rooming-in:</u> Bij kinderen tussen 0 – 19 jaar. → 100% <u>Verblijfskosten donor:</u> Maximaal €1239,47. <u>Thuisbevalling:</u> 100%	<u>Dekking:</u> maximaal tot het drievoud van de bedragen terugbetaald door de wettelijke ziekteverzekering. Franchise van € 75 bij opname in één-persoonskamer. <u>Vervoerskosten:</u> Maximaal € 1250. <u>Rooming-in:</u> Bij kinderen jonger dan 14 jaar. → beperkte terugbetaling van € 25 per nacht <u>Verblijfskosten donor:</u> Worden niet vergoed. <u>Thuisbevalling:</u> Maximaal het drievoud van de bedragen der wettelijke tegemoetkoming	<u>Dekking:</u> onbeperkt. → 50% bij opname in een duur ziekenhuis indien de verzekerde voor een kamer met supplementen voor de patiënt heeft gekozen <u>Vervoerskosten:</u> Maximaal € 1250. <u>Rooming-in:</u> Bij kinderen jonger dan 18 jaar. → beperkte terugbetaling van € 25 per nacht <u>Verblijfskosten donor:</u> Onbeperkt. <u>Thuisbevalling:</u> Forfaitair bedrag van € 625
	Pré- en	<u>Periode:</u>	<u>Periode:</u>	<u>Periode:</u>

	posthospita- lisatie	30 dagen voor 30 dagen na <u>Dekking:</u> 100% 80% Uitzonderingsregel tandprothesen: 100% met maxi- mum van € 743,68	30 dagen voor 90 dagen na <u>Dekking:</u> maximaal tot het drievoud van de bedragen terugbe- taald door de wet- telijke ziekteverze- kering.	60 dagen voor 180 dagen na <u>Dekking:</u> onbeperkt.
	Ernstige ziekten	<u>Ernstige ziekten opgenomen:</u> 27 <u>Dekking:</u> 100% 80% 50%	<u>Ernstige ziekten opgenomen:</u> 28 <u>Dekking:</u> maximaal tot het drievoud van de bedragen terugbe- taald door de wet- telijke ziekteverze- kering.	<u>Ernstige ziekten opgenomen:</u> 29 <u>Dekking:</u> onbeperkt.
<u>Wachttijd</u>	Algemeen	Geen	3 maanden	3 maanden
	Uitzonde- ringen	<u>9 maanden:</u> bevalling <u>12 maanden:</u> tandbehandelingen	<u>Geen:</u> ongevallen, acute en besmettelijke ziekten, voor per- sonen die reeds analoge verzekering genoten, voor de echtgeno(o)t(e) en pasgeborene (1 voorwaarde vol- doen) <u>12 maanden:</u> bevallingen of zwangerschappen	<u>Geen:</u> ongevallen, be- smettelijke ziekten, pasgeborene (2 voorwaarden vol- doen) <u>10 of 24 maanden:</u> bevallingen en zwangerschaps- complicaties
<u>Vrijwillige franchise</u>		€ 125, €250 en € 500	/	€ 50, €100, €150, €200, €250, €300,

			€400 en €500
--	--	--	--------------

6 Vergelijking hospitalisatiediensten van de mutualiteiten

In dit hoofdstuk wordt een analyse uitgevoerd van de hospitalisatieverzekering aangeboden door de mutualiteiten. Er dient tevens de bemerking gemaakt te worden, dat de mutualiteiten deze dienst niet langer hospitalisatieverzekering mogen noemen, maar hospitalisatiedienst.

In de eerste rubriek van dit hoofdstuk worden in het kort de mutualiteiten, die opgenomen worden in deze vergelijkende studie, toegelicht.

6.1 Voorstelling van de mutualiteiten

6.1.1 Christelijke Mutualiteit Limburg

De Christelijke Mutualiteit Limburg is een entiteit van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, met haar 4.003.249 leden, in 2006¹⁵¹, de grootste van België.

Om lid te worden van de Christelijke Mutualiteit dient men een lidmaatschapsbijdrage te betalen. Deze bedraagt, in 2007, € 49,08 per jaar¹⁵². Er dient vermeld te worden dat de bijdrage voor de persoon ten laste volledig gratis is.

De leden van de Christelijke Mutualiteit kunnen van verschillende diensten, aangeboden door deze mutualiteit, genieten. Zo biedt de Christelijke Mutualiteit ondermeer twee hospitalisatiediensten aan, met name Hospitaalplan en Hospitaalplus. Omdat Hospitaalplus een schadedekkende hospitalisatiedienst is, wordt er geopteerd om Hospitaalplan, een kostendekkende hospitalisatiedienst, op te nemen in de vergelijking¹⁵³. Dit maakt het eenvoudiger om de aanvullende hospitalisatiediensten te vergelijken met de hospitalisatieverzekeringen aangeboden door de private verzekeringsmaatschappijen. In bijlage V kan men de algemene voorwaarden betreffende Hospitaalplan raadplegen.

6.1.2 Liberale Mutualiteit Limburg

Als vertegenwoordiger van de Landsbond van Liberale Mutualiteiten wordt in deze vergelijking de Liberale Mutualiteit Limburg opgenomen.

¹⁵¹ Christelijke Mutualiteit. (2006). *Jaarverslag Landsbond der Christelijke Mutualiteiten*. Opgevraagd op 3 mei 2008, van de volgende website:

<http://www.cm.be/nl/100/infoenactualiteit/jaarverslag/index.jsp>

¹⁵² Christelijke Mutualiteit. (2007). *Ledenbijdragen 2007 CM Limburg*. Opgevraagd op 3 mei 2008 van de volgende website:

<http://www.cm.be/nl/131/dienstenenvoordelen/bijdragenCML.jsp?ComponentId=14740&SourcePageId=4137>

¹⁵³ Christelijke Mutualiteit. (z.d.). *CM-Hospitaalplan*. Opgevraagd op 3 mei 2008, van de volgende website:

<http://www.cm.be/nl/131/dienstenenvoordelen/hospitalisatie/CMhospitaalplan/index.jsp?ComponentId=5355&SourcePageId=14744>

Net zoals bij de Christelijke Mutualiteit, dienen de leden een lidmaatschapsbijdrage te betalen, alvorens het mogelijk is om gebruik te maken van de aangeboden diensten. Men onderscheidt twee tarieven. Zo rekent deze mutualiteit voor alleenstaanden een maandelijks bedrag aan van € 6,50. Voor een gezin betaalt men echter een lidmaatschapsbijdrage van € 7,60 per maand¹⁵⁴.

Eén van de diensten die aangeboden wordt door de Liberale Mutualiteit Limburg, is de hospitalisatiedienst. De Liberale Mutualiteit Limburg biedt eveneens twee soorten hospitalisatiediensten aan. Deze hospitalisatiediensten onderscheiden zich van elkaar door het feit dat ze al dan niet schadedekkend of kostendekkend zijn. De Aanvullende Hospitalisatievergoeding is een schadedekkende hospitalisatiedienst en wordt omwille van deze karakteristiek niet opgenomen in deze vergelijkende studie. Hospitaal Plus daarentegen maakt wel deel uit van deze vergelijking, daar het een kostendekkende hospitalisatiedienst is. De polisvoorwaarden van Hospitaalplus worden in bijlage VI weergegeven.

6.1.3 Voorzorg Limburg

Als laatste wordt de mutualiteit Voorzorg Limburg opgenomen in deze vergelijkende studie. Deze mutualiteit behoort tot het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten.

Alvorens de leden van de Voorzorg Limburg aanspraak kunnen maken op de aangeboden diensten van deze mutualiteit, dienen zij ook hier een lidmaatschapsbijdrage te betalen. Als algemene bijdrage hanteert de Voorzorg Limburg een bedrag van € 11,91 per kwartaal. Indien men de partner eveneens wil aansluiten bij deze mutualiteit, dient men een partnerbijdrage te betalen van € 9,99 per kwartaal¹⁵⁵.

Als bescherming tegen de hospitalisatiekosten, hebben de leden een keuze uit een assortiment van drie aangeboden hospitalisatiediensten. De Voorzorg Limburg biedt twee schadedekkende hospitalisatieverzekeringen aan, Aanvullende Hospitalisatieverzekering en Super Hospitalisatieverzekering. De hospitalisatiedienst die opgenomen wordt in deze vergelijkende studie, omwille van het feit dat het een kostendekkende dienst is, is KliniPlan. De statutaire voorwaarden van de hospitalisatiedienst KliniPlan zijn in bijlage VII opgenomen.

¹⁵⁴ Liberale Mutualiteit. (z.d.). *Bijdragen*. Opgevraagd op 3 mei 2008 , van de volgende website: <http://www.lmpa.be/jsp/content.jsp?l=NI&f=23>

¹⁵⁵ Socialistische Mutualiteit. (2008). *De aanvullende verzekering*. Opgevraagd 3 mei 2008, van de volgende website: <http://www.socmut.be/socmut/aanbod/tegemoetkomingen/aanvullende-verzekering.htm>

6.2 Polisvoorwaarden mutualiteiten

In deze rubriek worden de hospitalisatiediensten aangeboden door de mutualiteiten vergeleken aan de hand van de belangrijkste criteria opgenomen in de polisvoorwaarden, namelijk:

- De aanvaardingsvoorwaarden;
- De waarborgen;
- De wachttijd;
- De uitsluitingen;
- De territoriale geldigheid;
- De premie en de niet-betaling van de premie.

6.2.1 De aanvaardingsvoorwaarden

Het is niet mogelijk om op eender welke leeftijd de hospitalisatiediensten van de mutualiteiten af te sluiten. Daarom wordt er in de polissen de maximale aansluitingsleeftijd tot de hospitalisatiedienst opgenomen. Onderstaande tabel geeft de leeftijden weer tot wanneer men zich kan aansluiten tot de hospitalisatiedienst aangeboden door de drie mutualiteiten die opgenomen worden in deze vergelijkende studie.

Tabel 6.1: Vergelijking maximum leeftijd bij aansluiting (mutualiteiten)

	Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	Liberaal Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	Voorzorg Limburg (KliniPlan)
Maximum leeftijd bij aansluiting	65 jaar	64 jaar	65 jaar

Niet alleen de leeftijd heeft een invloed op het feit of men al dan niet de hospitalisatiedienst kan afsluiten. De voorwaarden waaraan de kandidaat-verzekerde moet voldoen, worden hierna per mutualiteit besproken.

6.2.1.1 Christelijke Mutualiteit Limburg

In de polisvoorwaarden van Hospitaalplan wordt opgenomen dat men enkel deze hospitalisatiedienst kan afsluiten indien men lid is bij één van de CM-Ziekenfondsen in Vlaanderen. Zoals blijkt uit tabel 6.1 is het mogelijk voor een lid om een hospitalisatiedienst af te sluiten tot de leeftijd van 65 jaar. Op deze algemene regel bestaat echter een uitzondering. Zo mogen gerechtigden en/of hun personen ten laste die de leeftijd van 66 jaar bereiken zich toch aansluiten in geval van een overstap naar deze dienst vanuit een andere mutualistische hospitalisatiedienst.

Verder wordt er in de polisvoorwaarden bepaald dat indien men zich aansluit tot Hospitaalplan, men verplicht is alle personen ten laste, die op het lidboek vermeld staan en die aan de aanslui-

tingsvoorwaarden voldoen, aan te sluiten. Men is hiertoe niet verplicht indien men aantoont dat deze personen reeds bij een gelijkaardige kostendekkende commerciële verzekering aangesloten zijn en dit mits voorlegging van een attest. Ook in geval van feitelijke of wettelijke scheiding is men niet meer tot de verplichting, van alle personen ten laste die vermeld staan op het lidboek aan te sluiten, gehouden.

6.2.1.2 Liberale Mutualiteit Limburg

In tabel 6.1 kan men afleiden dat de leeftijdsgrens, tot wanneer men zich kan aansluiten tot de hospitalisatiedienst Hospitaal Plus, op 64 jaar ligt. In de polisvoorwaarden wordt eveneens opgenomen dat men enkel als lid toegang heeft tot deze hospitalisatiedienst. De Liberale Mutualiteit Limburg verplicht het lid tevens er toe om zijn of haar echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner ten laste, maximaal tot de leeftijd van 65 jaar, en alle kinderen ten laste op te nemen in deze hospitalisatiedienst.

Verder bestaat er één uitzondering op de algemene maximum leeftijd bij aansluiting. Zo wordt in de polisvoorwaarden bepaald, dat bij mutatie naar liberaal ziekenfonds er geen leeftijdsgrens is, voor iedereen die tot zijn aansluiting bij Hospitaal Plus, zonder onderbreking, reeds beschikte over een mutualistische kostendekkende hospitalisatiedienst bij zijn vorig ziekenfonds.

6.2.1.3 Voorzorg Limburg

Indien men wil genieten van de hospitalisatiedienst KliniPlan, wordt bepaald in de polisvoorwaarden dat men lid moet zijn, in regel moet zijn met de bijdragebetaling voor de aanvullende verzekering en jonger moet zijn dan 66 jaar. Op de algemene maximale aansluitingsleeftijd, zoals bepaald in tabel 6.1, bestaat er echter een uitzondering. Zo is het toch mogelijk voor personen die ouder zijn dan 65 jaar om zich aan te sluiten tot KliniPlan. De Voorzorg stelt wel twee voorwaarden voorop die moeten voldaan zijn alvorens deze personen zich kunnen aansluiten. Allereerst dienen deze personen een bewijs te leveren van aansluiting en betaling van een kostendekkende hospitalisatiedienst bij het vorige ziekenfonds, waar zij tot en met de dag voor de aansluitingsdatum aangesloten waren. In de polisvoorwaarden wordt verder bepaald, dat deze personen bovenop het zonet besproken bewijs, een kopie moeten afleveren van de medische vragenlijst ingediend bij het vorige ziekenfonds.

Voorzorg Limburg legt, net zoals de Christelijke en Liberale Mutualiteit, aan diegene die intekent op de hospitalisatiedienst, KliniPlan, de verplichting op om dit ook te doen voor de personen ten laste die op hetzelfde lidboek vermeld staan. Op deze regel gelden echter vier uitzonderingen:

- Wie op het lidboek staat maar ouder is dan 65 jaar;
- Wie al een hospitalisatieverzekering heeft;
- Wie medisch zo zwaar belast is dat aansluiting bij Kliniplan geen zin heeft;
- Wie na een feitelijke scheiding nog altijd op het lidboek staat.

6.2.2 De waarborgen

Zowel Hospitaalplan, Hospitaal Plus als KliniPlan bieden een bescherming tegen de kosten die het gevolg zijn van:

- Hospitalisatie;
- Pré- en posthospitalisatie;
- Ambulante behandeling van ernstige ziekten.

Deze waarborgen worden hierna per mutualiteit uitgewerkt.

6.2.2.1 Waarborg hospitalisatie

De drie hospitalisatiediensten opgenomen in deze vergelijking waarborgen de kosten die het gevolg zijn van:

- Ziekte;
- Ongeval;
- Zwangerschap en zwangerschapscomplicaties;
- Bevalling en bevallingscomplicaties.

Deze rubriek zal hierna de verschillende regelingen betreffende de dekking van de hospitalisatiekosten per hospitalisatiedienst toelichten.

6.2.2.1.1 Christelijke Mutualiteit Limburg

In de polisvoorwaarden van Hospitaalplan wordt bepaald dat indien de verzekerde opgenomen wordt in een algemeen ziekenhuis, de Christelijke Mutualiteit Limburg enkel de kosten voor medisch noodzakelijke en verantwoorde prestaties, gemaakt tijdens de duur van hospitalisatie, terugbetaalt. De voorwaarden van Hospitaalplan vermelden dat de volgende kosten vergoed worden:

- Wettelijke forfaits en remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer, worden volledig vergoed;
- Verblijfskosten:
 - Persoonlijk aandeel in de verpleegdag en het forfait voor de geneesmiddelen worden volledig vergoed, ongeacht de kamerkeuze;
 - Kamersupplement op een tweepersoonskamer wordt volledig vergoed tot maximaal het wettelijk toegelaten bedrag;
 - Kamersupplement op een éénpersoonskamer wordt vergoed tot maximaal € 40 per dag;
- Honorariumsupplementen (In zoverre deze supplementen wettelijk mogen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100% van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV, ongeacht de kamerkeuze.);

- De eerste terugbetaalbare prothese of het eerste terugbetaalbaar orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed. Kosten voor aanpassingen zonder wettelijke terugbetaling en voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen of orthopedische toestellen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar;
- Implantaten:
 - Terugbetaalbare worden volledig vergoed;
 - Niet-terugbetaalbare worden vergoed voor 50% van de gefactureerde kosten in zoverre deze wettelijk mogen worden aangerekend;
- Geneesmiddelen:
 - Terugbetaalbare worden volledig vergoed;
 - Niet-terugbetaalbare worden vergoed voor 75% van de gefactureerde kosten met een maximum van € 1.250 per aangeslotene en per hospitalisatie;

Er dient op gewezen te worden dat de som van de tegemoetkoming voor de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen en de niet-terugbetaalbare implantaten beperkt is tot € 1.500 per hospitalisatie.

- Terugbetaalbaar synthesemateriaal wordt vergoed tot maximum € 250 per hospitalisatie;
- Terugbetaalbaar gipsmateriaal wordt volledig vergoed.

Men dient op te merken dat er in de polisvoorwaarden opgenomen wordt dat de waarborg hospitalisatie voor bovenvermelde kosten niet van toepassing is voor een voorafbestaande aandoening, borstverkleining of ingreep ter behandeling van zwaarlijvigheid.

De Christelijke Mutualiteit Limburg past met de aangeboden hospitalisatiedienst, Hospitaalplan, geen algemene franchise toe. Er wordt enkel een franchise van € 124 toegepast op de tegemoetkoming voor honorariumsupplementen indien men verblijft op een éénpersoonkamer. Dit bedrag van franchise is slechts éénmalig van toepassing voor een hospitalisatie die ononderbroken is en twee kalenderjaren bestrijkt.

De polisvoorwaarden van Hospitaalplan nemen ook een rubriek bijzondere waarborgen op. Deze waarborgen worden in dit werk eveneens vermeld onder de rubriek 'Waarborg hospitalisatie'. De volgende kosten genieten een bijzondere waarborg:

- Kosten van bij-overnachting. De oplegkosten voor één inslapende in de ziekenhuiskamer van een gehospitaliseerde aangeslotene worden vergoed met een maximum van € 18,60 per dag. Als oplegkosten worden aangenomen:
 - Kosten voor verblijf op de kamer van de gehospitaliseerde;
 - Exclusief de maaltijden en eventuele afzonderlijk aangerekende diverse kosten;

- Kosten voor tussenkomst van donoren . De verblijfskosten van de donor worden volledig vergoed op voorwaarde dat de donor zich bewust laat hospitaliseren met het oog op het donorschap en er geen andere financiële tegemoetkoming is voorzien;
- Kosten van een vruchtbaarheidsbehandeling. Voor medisch geassisteerde vruchtbaarheidsbehandelingen kent de CM de vergoedingen toe voorzien onder de waarborg hospitalisatie en de waarborg pré- en posthospitalisatie. De tegemoetkoming is wel beperkt tot maximum € 500 per aangeslotene. De bepalingen inzake voorafbestaande toestand zijn hier niet van toepassing;
- Kosten met betrekking tot de thuisbevalling. De hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten, die in rechtstreeks verband staan met de gewaarborgde thuisbevalling en die worden gemaakt in de periode van één maand voor en drie maanden na de bevalling:
 - Remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer worden volledig vergoed;
 - Honorariumsupplementen, in zoverre deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100% van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV;
 - Terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.

Er dient opgemerkt te worden dat voor de kosten van medisch-technische hulpmiddelen of materiaal, een forfaitaire tegemoetkoming van € 100 toegekend wordt.

- Kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Voor hospitalisaties in een dienst voor neuropsychiatrie of een dienst voor kinderneuropsychiatrie kent het Plan de vergoedingen toe voorzien onder de waarborg hospitalisatie en de waarborg pré- en posthospitalisatie. Deze tegemoetkoming is wel beperkt tot maximum € 740 per aangeslotene en per kalenderjaar;
- Kosten van voorafbestaande aandoeningen. Een hospitalisatie voor een voorafbestaande aandoening tijdens de forfaitperiode geeft geen recht op vergoeding volgens de basiswaarborg. Voor deze hospitalisatie wordt een forfaitaire tegemoetkoming toegekend van € 20 per hospitalisatiedag. De tegemoetkoming is beperkt tot € 600 per aandoening en per kalenderjaar. Na voornoemde forfaitperiode geven de opnames voor voorafbestaande aandoeningen recht op tegemoetkoming volgens de basiswaarborg. De forfaitaire tegemoetkoming kan nooit meer bedragen dan het totaalbedrag van de factuur. Een opname die begint tijdens de forfaitperiode en die doorloopt na de forfaitperiode wordt forfaitair vergoed. Indien deze opname na 1 maand nog doorloopt, krijgt de aangeslotene vanaf dat moment recht op vergoeding volgens de basiswaarborg. Dergelijke opnames kunnen enkel aanleiding geven tot het vergoeden van posthospitalisatiekosten;

- Kosten van borstverkleiningen en ingrepen ter behandeling van zwaarlijvigheid. Tijdens de forfaitperiode is er geen recht op vergoeding volgens de basiswaarborg voor opnames die betrekking hebben op:
 - Borstverkleiningen;
 - Ingrepen ter behandeling van zwaarlijvigheid;
 - De uit deze ingrepen voortvloeiende gevolgen en complicaties;

Voor deze kosten wordt een forfaitaire tegemoetkoming toegekend van € 20 per hospitalisatiedag. De tegemoetkoming is tijdens de forfaitperiode beperkt tot € 600. Na de forfaitperiode worden deze kosten vergoed volgens de basiswaarborg. De tegemoetkoming is evenwel in haar totaliteit en ongeacht het aantal behandelingen, beperkt tot € 500 per aangeslotene. Er dient op gewezen te worden dat de forfaitaire tegemoetkoming nooit meer kan bedragen dan het totaalbedrag van de factuur;
- Kosten van tandheelkunde. Het Plan kent de vergoedingen voorzien onder de basiswaarborg toe voor de tandheelkundige verzorging en behandeling voorzien onder de artikelen 4,5 en 6 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekking die het gevolg is van:
 - Een door het Plan gewaarborgde hospitalisatie ten gevolge van een ongeval of van een ziekte die op zichzelf geen tandheelkundige verzorging of behandeling vereist;
 - Een door het Plan gewaarborgde ernstige ziekte.

Bij Hospitaalplan is er sprake van een beperkte vergoeding van de hospitalisatiekosten. Zo wordt er in de polisvoorwaarden bepaald dat de totale tegemoetkoming, in het kader van de waarborg hospitalisatie, waarborg pré- en posthospitalisatie en de bijzondere waarborgen, beperkt is tot € 13.000 per kalenderjaar en per aangeslotene.

6.2.2.1.2 Liberale Mutualiteit Limburg

Hospitaal Plus dekt de volgende kosten voor geneeskundige verzorging, waarvoor een wettelijke tegemoetkoming wordt voorzien:

- De verblijfskosten met inbegrip van de supplementen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer;
- De erelonen en de ereloonsupplementen, beperkt tot 100% van de wettelijke RIZIV-terugbetaling van het gewone ereloon;
- De kosten van aangepast vervoer verantwoord door dringende medische redenen, beperkt tot € 255 per kalenderjaar;
- De kosten voor tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen, alsmede orthopedische apparaten, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname, in rechtstreeks verband staan met de chirurgische ingreep en bo-

vendien het voorwerp uitmaken van een wettelijke tegemoetkoming. Voor prothesen met een zuiver esthetisch karakter is er geen terugbetaling;

- De kosten voor heilkundige behandelingen tijdens een ééndaghospitalisatie, op voorwaarde evenwel dat een maxi-forfait, een chirurgisch forfait of een forfait A,B, C of D wordt aangerekend;
- De farmaceutische producten waarvoor een wettelijke RIZIV-tussenkost voorzien is.

De waarborgen van bovenstaande kosten zijn niet onbeperkt. Zo worden deze beperkt tot maximum 100% van de wettelijke RIZIV-tussenkost zoals opgenomen in de nomenclatuurboek van de verplichte ziekteverzekering.

Er wordt eveneens in de polisvoorwaarden een opsomming gegeven van de kosten die geen dekking genieten, meer bepaald:

- Alle prestaties en uitgaven waarvoor geen wettelijke RIZIV-tussenkost voorzien is;
- De orthopedische zolen, orthopedische schoenen en voetheffers, rolwagens en toebehoren, breukbanden, buikgordels of lumbostaten;
- De niet-geregistreerde verbandmiddelen, de hygiëne- en dieetproducten, de verplegingsartikelen, de reactieven, de homeopathische geneesmiddelen.

Verder breidt Hospitaal Plus de waarborg hospitalisatie uit met een 'Bijkomende waarborg'. De bijkomende waarborg geeft een dekking van de kosten van:

- De implantaten en geneesmiddelen waarvoor er geen terugbetaling voorzien is door het RIZIV, op voorwaarde dat die implantaten en geneesmiddelen tijdens de opname worden verstrekt. Deze worden vergoed aan 50% van de factuurprijs, met een gezamenlijk plafond van € 750 per kalenderjaar;
- De thuisbevalling wordt vergoed onder dezelfde voorwaarden als deze die gelden voor bevalling in het ziekenhuis;
- Het verblijf van één ouder in de kamer van een kind jonger dan 12 jaar, worden vergoed met een maximum per kalenderjaar van 14 dagen aan € 19,50 per dag.

Net zoals het geval was bij Hospitaalplan van de Christelijke Mutualiteit, past de Liberale Mutualiteit met haar hospitalisatiedienst, Hospitaal Plus, een franchise toe.

Zo bepaalt de Liberale Mutualiteit in zijn polisvoorwaarden dat naargelang de keuze van het kamertype waar de verzekerde wenst opgenomen te worden, een franchise toegepast wordt. Zo geldt er een franchise van maximaal € 55 per kalenderjaar voor een opname in een tweepersoonskamer. Deze vrijstelling wordt slechts eenmaal toegepast voor een ononderbroken opname waarvan de opname valt in de laatste 15 dagen van het ene, en het ontslag valt in de eerste 30 dagen van het volgende kalenderjaar. Voorts kan het ook voorkomen dat de opname deels gebeurt in een tweepersoonskamer en deels in een meerpersoonskamer. In dit geval wordt, volgens de polisvoorwaar-

den, de opname beschouwd integraal te hebben plaatsgevonden in een tweepersoonskamer. Wanneer de verzekerde er echter voor kiest om opgenomen te worden in een éénpersoonskamer, dan geldt er een franchise van € 150. Er dient op gewezen te worden dat deze franchise echter per kalenderjaar maximum tweemaal toegepast wordt, wanneer er zich in de loop van dat kalenderjaar twee of meer hospitalisaties in een éénpersoonskamer voordoen. Met andere woorden kan men stellen dat de franchise per kalenderjaar voor een éénpersoonskamer, nooit meer kan bedragen dan € 300. Geschiedt de opname deels in een éénpersoons-, tweepersoons- of meerpersoonskamer, dan wordt opname geacht integraal plaatsgevonden te hebben in een éénpersoonskamer. Er blijft geen deel van de kosten ten laste van de verzekerde, er is dus geen franchise, indien de verzekerde opgenomen wordt op een gemeenschappelijke kamer.

Hospitaal Plus beperkt zijn tussenkomst tot maximaal € 12.650 per kalenderjaar voor het totaal van de kosten. Verder wordt er ook nog in de polisvoorwaarden bepaald, dat de tussenkomst met betrekking tot zwangerschap, zwangerschapscomplicaties en bevalling, vergoed worden tot maximaal € 1.000 per zwangerschap.

Een verzekerde heeft geen recht op een vergoeding volgens de algemene betalingsregels inzake de waarborg hospitalisatie, indien de hospitalisatie het gevolg is van een ziekte of aandoening die reeds bestond vóór de aansluiting bij Hospitaal Plus. Deze kosten geven echter gedurende een periode van vijf jaar recht op een forfaitaire vergoeding van € 30 per opnamedag met een maximum van 20 dagen per kalenderjaar. Onder deze regeling van vijf jaar met forfaitaire vergoeding, vallen evenwel niet de reeds bestaande aandoeningen die ontstaan zijn:

- Tijdens de periode van aansluiting bij een kostendekkende hospitalisatiedienst van de mutualiteit waarbij de aangeslotene tot zijn/haar mutatie naar de Liberale Mutualiteit was aangesloten, op voorwaarde dat deze ziekte of aandoening niet als bestaande aandoening werd beschouwd door de hospitalisatiedienst van de voorgaande mutualiteit;
- Tijdens een aansluiting via de mutualiteit bij de voormalige collectieve verzekering OMOB die bij de liberale mutualiteit werd afgesloten;
- Tijdens een aansluiting bij de specifieke statutaire kostendekkende hospitalisatiedienst van een liberale mutualiteit, lid van de MOB Hospitaal Plus;
- Tijdens de aansluiting bij een door Hospitaal Plus aanvaarde collectieve polis van een toetredende mutualiteit, lid van Hospitaal Plus.

Er dient op gewezen te worden dat na vijf jaar de medische kosten, die het gevolg zijn van voorafbestaande aandoeningen, vergoed worden volgens de algemene terugbetalingregels.

6.2.2.1.3 Voorzorg Limburg

De Voorzorg Limburg biedt met haar kostendekkende hospitalisatiedienst, Kliniplan, een dekking voor

de volgende kosten die men tijdens een hospitalisatie oploopt en indien de wettelijke ziekteverzekering voor deze kosten tussenkomt:

- De kosten voor geneeskundige verzorging en behandeling;
- De verblijfskosten;
- De kosten van het ziekenvervoer naar en van het ziekenhuis voor zover een medisch getuigschrift aantoont dat de gezondheidstoestand van de rechthebbende liggend vervoer vereist. De tegemoetkoming bedraagt maximaal € 250 per rechthebbende per aansluitingsjaar;
- Voor de geestes- en zenuwziekten worden de kosten terugbetaald gedurende een, al dan niet aaneengesloten, periode van hospitalisatie van 2 jaar in één van de erkende ziekenhuisdiensten van een algemeen ziekenhuis;
- indien de wettelijke ziekteverzekering tijdens de hospitalisatie geen tegemoetkoming voorziet voor:
 - geneesmiddelen, komt KliniPlan voor 100% van de kost tussen;
 - implantaten, endoscopisch of scerosynthesemateriaal en de eventuele afleveringsmargens hieraan verbonden, komt KliniPlan voor 50% van de totale kostprijs tussen

Deze totale tegemoetkoming van 100% en 50% is echter beperkt tot € 1250.

Er dient opgemerkt te worden dat de kosten van de huur en aankoop van medisch-technische hulpmiddelen niet terugbetaald worden.

In de polisvoorwaarden wordt opgenomen dat de dekkingen van hospitalisatie enkel gelden indien de zorgen en de geneesmiddelen:

- Rechtstreeks verband houden met de reden van een gedekte hospitalisatie;
- Toegediend of voorgeschreven door een geneesheer;
- Opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en het onderwerp uitmaken van een tegemoetkoming binnen de verzekering geneeskundige verzorging.

De waarborg hospitalisatie blijft niet beperkt tot de hoger vernoemde kosten. Zo geniet de verzekerde eveneens een waarborg van de kosten van:

- Bij-overnachting van één der ouders in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind jonger dan 18 jaar, voor een onbeperkt aantal dagen, ten belope van maximaal € 18,60 per dag;

- Het verblijf van een donor, waarvan het donorschap vereist is voor de behandeling van de rechthebbende;
- Protheses of ortheses. Er is enkel een terugbetaling indien de prothese of het orthopedisch toestel op doktersvoorschrift geschiedt en op voorwaarde dat deze prothese of orthopedisch toestel recht geven op een wettelijke tegemoetkoming. Kosten van onderhoud, herstelling en vervanging worden echter uitgesloten van terugbetaling, tenzij deze kosten gedekt zijn door een wettelijke tegemoetkoming.

De Voorzorg Limburg past eveneens het systeem van franchise toe bij de waarborg hospitalisatie. In de polisvoorwaarden wordt gesteld dat deze franchise niet meer kan bedragen dan € 372 per aansluitingsjaar en per rechthebbende.

De keuze voor een opname in een éénpersoonskamer, leidt tot een franchise van € 186 per rechthebbende, en kan voor maximaal twee opnames aangerekend worden. Verblijft de patiënt tijdens de hospitalisatie zowel op een tweepersoonskamer (resp. gemeenschappelijke kamer) als een éénpersoonskamer, dan veronderstelt men dat de volledige hospitalisatie heeft plaatsgevonden in een éénpersoonskamer.

Kiest men daarentegen om opgenomen te worden in een tweepersoonskamer, dan bedraagt de franchise € 62 per rechthebbende. De Voorzorg Limburg bepaalt echter dat deze laatstgenoemde franchise voor maximaal één opname kan aangerekend worden. Kiest de patiënt om tijdens de hospitalisatie zowel op een tweepersoonskamer als een gemeenschappelijke kamer te verblijven, dan wordt de volledige hospitalisatie beschouwd als een hospitalisatie op een tweepersoonskamer. Er is geen franchise voor een ziekenhuisopname in een gemeenschappelijke kamer.

Verder hanteert de Voorzorg Limburg een franchise van € 62 per aansluitingsjaar indien men opgenomen wordt op een éénpersoonskamer, voor de volgende hospitalisaties:

- De daghospitalisatie waarbij een mini-, een maxiforfait, een forfait gipskamer of een A,B,C of D forfait werd aangerekend;
- Het forfait "heelkundige dienst" in een verpleeginstelling.

De franchise van € 62 per aansluitingsjaar, kan maximaal voor één opname aangerekend worden.

Wordt men daarentegen voor deze hospitalisaties opgenomen op een tweepersoonskamer of een gemeenschappelijke kamer, dan wordt er geen bedrag van franchise toegepast. Het systeem van franchise wordt slechts éénmaal toegepast indien de hospitalisatie zich op ononderbroken wijze over twee opeenvolgende aansluitingsjaren uitstrekt.

Een belangrijke opmerking die men omtrent de waarborg hospitalisatie kan geven is dat de Voorzorg Limburg een transfer van één ziekenhuis naar een ander voor dezelfde aandoening, als één hospitalisatie beschouwt.

Tevens dient vermeld te worden dat de hospitalisatieverzekering KliniPlan voorziet in een bijkomende dekking bij gekende aandoeningen. Zo wordt in de polisvoorwaarden gesteld dat een op-

name in het ziekenhuis voor een voorafbestaande aandoening, binnen een ononderbroken periode van vijf jaar, te tellen vanaf de aansluitingsdatum, het recht geeft op een vergoeding volgens de algemene regels. Aan dit recht is echter wel een voorwaarde gekoppeld. De rechthebbende dient te kiezen voor een gemeenschappelijke of tweepersoonskamer, wil hij/zij kunnen genieten van een tegemoetkoming volgens de algemene regels.

Kiest de rechthebbende binnen de periode van vijf jaar daarentegen voor een opname in een éénpersoonskamer, dan berekent de mutualiteit de tegemoetkoming volgens de algemene regels die van toepassing zijn op de éénpersoonskamer, maar met drie uitzonderingen op de algemene regels. Allereerst wordt de tegemoetkoming van de kamersupplementen beperkt tot het maximaal wettelijk toegelaten bedrag op een tweepersoonskamer. Verder wordt er in de polisvoorwaarden bepaald dat er geen dekking is van de ereloon-supplementen. De derde uitzondering heeft te maken met de hoogte van de franchise. Deze zal slechts € 62 bedragen.

Indien er tussen de datum van aansluiting en de opname in het ziekenhuis, voor een voorafbestaande aandoening, een periode van vijf jaar verstreken is, dan geeft deze opname een recht op terugbetaling volgens de algemene regels. De keuze van kamertype speelt met andere woorden geen rol meer voor de toepassing van de algemene regels.

In de polisvoorwaarden wordt eveneens een regeling opgenomen voor personen die overgestapt zijn van een ander ziekenfonds, en bij wie vooraf reeds een bestaande aandoening vastgesteld werd. Voor deze personen geldt dat de voornoemde periode van vijf jaar verminderd wordt met het aantal maanden aansluiting bij de kostendeekkende hospitalisatiedienst van hun vorig ziekenfonds.

6.2.2.2 Waarborg pré- en posthospitalisatie

De waarborg pré- en posthospitalisatie wordt eveneens vervat in de polisvoorwaarden van de hospitalisatiediensten aangeboden door de mutualiteiten, opgenomen in deze vergelijkende studie. Onderstaande tabel geeft de periodes weer waarin de verzekeringnemer een dekking van de kosten, die zich voor en na de opname voordoen en in verband staan met de opname, kan genieten.

Tabel 6.2: Periodes pré- en posthospitalisatie (mutualiteiten)

	Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	Liberaal Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	Voorzorg Limburg (KliniPlan)
Préhospitalisatie	30 dagen	30 dagen	n.v.t.
Posthospitalisatie	90 dagen	90 dagen	n.v.t.

De kosten die de mutualiteiten dekken in deze periodes worden hierna besproken.

6.2.2.2.1 Christelijke Mutualiteit Limburg

De Christelijke Mutualiteit Limburg waarborgt met haar Hospitaalplan, de kosten die in rechtstreeks verband staan met de gewaarborgde hospitalisatie, één maand voor het begin en drie maanden na het einde van hospitalisatie.

In de polisvoorwaarden van deze hospitalisatiedienst wordt een limitatieve lijst opgenomen van kosten die aanmerking komen voor een dekking in de voornoemde periodes. Zo worden de volgende medisch noodzakelijke ambulante kosten gedekt:

- De remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling, uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer, worden volledig vergoed;
- De honorariumsupplementen, in zoverre deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100% van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV;
- De eerste terugbetaalbare prothese of eerste terugbetaalbaar orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed. Kosten voor aanpassingen zonder wettelijke terugbetaling en voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen of orthopedische toestellen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar;
- De terugbetaalbare implantaten, geneesmiddelen, synthese-, gips-, stoma- en incontinentiemateriaal worden volledig vergoed.

Er dient opgemerkt te worden dat Christelijke Mutualiteit Limburg de waarborg pré- en posthospitalisatie op twee manieren beperkt.

Allereerst nemen de polisvoorwaarden drie gevallen op waavoor deze waarborg niet geldt:

- Hospitalisatie voor een voorafbestaande aandoening gedurende de forfaitperiode;
- Hospitalisatie voor borstverkleining en ingrepen ter behandeling van zwaarlijvigheid gedurende de forfaitperiode;
- Daghospitalisatie waarbij enkel een dagziekenhuisforfait groep 1, 5 of 6, een forfait chronische pijn 1, 2 of 3, een miniforfait of een forfait gipskamer werd aangerekend.

De forfaitperiode, die hiervoor in de opsomming vernoemd wordt, heeft betrekking op de periode van 5 jaar na aansluiting voor een voorafbestaande aandoening.

Als tweede beperking van de waarborg pré- en posthospitalisatie kan men de beperkte tegemoetkoming aanstippen. Zo wordt per kalenderjaar en per aangeslotene een maximale terugbetaling voorzien, voor de waarborg hospitalisatie, waarborg pré- en posthospitalisatie en de bijzondere waarborg, ten belope van € 13.000.

6.2.2.2 Liberale Mutualiteit Limburg

De kosten die in rechtstreeks verband staan met de opname, en die zich één maand voor en drie maand na de opname manifesteren, worden gedekt door de hospitalisatieverzekering Hospitaal Plus. De terugbetaling van deze kosten wordt echter, door de Liberale Mutualiteit Limburg, beperkt tot € 510 per kalenderjaar.

Tevens dient er gewezen te worden op de regeling betreffende de voorafbestaande aandoeningen inzake de waarborg pré- en posthospitalisatie. De regeling verloopt voor deze kosten identiek met deze die van toepassing is onder de waarborg hospitalisatie, uiteengezet in rubriek 6.2.2.1.2.

6.2.2.3 Voorzorg Limburg

In tabel 6.2 worden er geen periodes weergegeven waarin de kosten van pré- en posthospitalisatie gedekt worden. Dit wil evenwel niet zeggen dat de Voorzorg Limburg met haar hospitalisatieverzekering KliniPlan geen waarborgen voorziet voor deze kosten. In de polisvoorwaarden van KliniPlan worden geen periodes bepaald waarin de verzekerde kan genieten van deze dekking. De reden hiervan is dat de Voorzorg Limburg voor elke ziekenhuisopname een forfaitaire vergoeding geeft voor de gemaakte kosten voor en na de opname¹⁵⁶. Men moet als het ware geen bewijs leveren van de gemaakte kosten. De polisvoorwaarden van KliniPlan geven weer hoe de hoogte van de forfaitaire vergoeding bepaald wordt. De hoogte van de forfaitaire vergoeding bekomt men door een bepaald percentage te nemen van het uitgekeerde bedrag van de hospitalisatie, met andere woorden de hoogte van de gedekte kosten. Zo krijgt de rechthebbende een forfaitaire vergoeding van 20% op dit voornoemde bedrag indien hij/zij opgenomen wordt in het daghospitaal. Deze forfaitaire vergoeding wordt herleid tot 10% van het uitgekeerde bedrag van de hospitalisatie, wanneer de rechthebbende gekozen heeft voor een gemeenschappelijke of een tweepersoonskamer. Een opname in een éénpersoonskamer daarentegen, geeft recht op een forfaitaire vergoeding van slechts 5% van de gedekte kosten.

Er dient op gewezen te worden dat deze forfaitaire tegemoetkoming beperkt wordt tot een bedrag van € 300 per hospitalisatie.

Deze waarborg van de kosten opgelopen voor en na de hospitalisatie geldt echter niet voor de ambulante behandeling van ernstige ziekten en de bij-overnachting van één der ouders.

6.2.2.3 Waarborg ernstige ziekten

Net zoals de hospitalisatieverzekeringen aangeboden door de private verzekeringsmaatschappijen, bieden de hospitalisatiediensten van de mutualiteiten een waarborg voor de kosten die gepaard gaan met de ambulante medische behandeling van ernstige ziekten. Het is echter niet zo dat de kosten van de ambulante behandeling, van alle ernstige ziekten gedekt worden. De ernstige ziek-

¹⁵⁶ Interview met Patrick Hauben, Diensthoofd Socialistische Mutualiteit, op 6 mei 2008

ten waarvoor de rechthebbende kan genieten van een waarborg voor deze kosten, worden opgenomen in de polisvoorwaarden van de hospitalisatiediensten. Onderstaande tabel vermeldt de ernstige ziekten die opgenomen worden in de dekking van de hospitalisatiedienst.

Tabel 6.3: Lijst van ernstige ziekten (mutualiteiten)

	Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	Voorzorg Limburg (KliniPlan)
Kanker	✓	✓	✓
Leukemie	✓	✓	✓
Suikerziekte	✓	✓	✓
Virale hepatitis	✓	✓	✓
Tuberculose	✓	✓	✓
Ziekte van Hodgkin		✓	✓
Ziekte van Parkinson	✓	✓	✓
Multiple sclerose	✓	✓	✓
Amyotrofe lateraal sclerose	✓		
Mucoviscidose	✓	✓	
Ziekte van Alzheimer			
Cerebrospinale meningitis	✓	✓	✓
Tyfus	✓	✓	✓
Paratyfus	✓		✓
Encefalitis	✓	✓	✓
Tetanus	✓	✓	✓
Cholera	✓	✓	✓
Nierdialyse	✓	✓	✓
Poliomyelitis	✓	✓	✓
Difterie	✓	✓	✓
Brucellose	✓		✓
Pokken	✓	✓	✓
Miltvuur	✓	✓	✓
Ziekte van Crohn		✓	
Roodvonk		✓	✓
Ziekte van Kahler			✓
Systeemsclerodermie	✓		
Mazelen			✓
Rodehond			✓
Sarcoïdose	✓		✓

Aids	✓	✓	✓
-------------	---	---	---

De kosten die in aanmerking komen voor de dekking, worden hierna per mutualiteit uiteengezet.

6.2.2.3.1 Christelijke Mutualiteit Limburg

Uit tabel 6.3 kan men afleiden dat Hospitaalplan een waarborg voorziet voor de ambulante medische kosten die in rechtstreeks verband staan met 24 in de polisvoorwaarden opgenomen ernstige ziekten. Verder wordt in deze polisvoorwaarden bepaald dat de volgende kosten in aanmerking komen voor deze waarborg:

- De remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer worden volledig vergoed;
- De honorariumsupplementen, in zoverre deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100% van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV;
- De eerste terugbetaalbare prothese of eerste terugbetaalbaar orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed. Kosten voor aanpassingen zonder wettelijke terugbetaling en voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen of orthopedische toestellen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar;
- De terugbetaalbare implantaten, geneesmiddelen, synthese-, gips-, stoma- en incontinentiemateriaal worden volledig vergoed;
- De huur van medisch noodzakelijke hulpmiddelen wordt volledig vergoed.

De rechthebbende kan pas genieten van deze waarborg indien de diagnose van de ernstige ziekte de eerste keer gesteld werd na de aansluitingsdatum. Zowel de kosten die optreden vanaf de diagnosedatum en in de maand voor deze datum, komen in aanmerking voor een vergoeding.

Wordt de diagnose van de ernstige ziekte echter gesteld voor de aansluitingsdatum, dan dient de verzekerde alvorens hij /zij recht heeft op enige vergoeding, een wachttijd van 5 jaar doorlopen, te rekenen vanaf de aansluitingsdatum. Indien de verzekerde tot en met de dag voorafgaand aan de aansluitingsdatum aangesloten was bij een gelijkaardige kostendekkende mutualistische dienst, wordt deze wachttijd van vijf jaar, met het aantal volledige maanden ononderbroken aansluiting bij deze dienst, verminderd.

De totale tegemoetkoming inzake de waarborg ambulante kosten ernstige ziekten bij Hospitaalplan, wordt beperkt tot € 7000 per kalenderjaar en per aangeslotene.

6.2.2.3.2 Liberale Mutualiteit Limburg

In de polisvoorwaarden van de Liberale Mutualiteit Limburg wordt opgenomen dat de basiswaarborg hospitalisatie, automatisch en zonder bijkomende kosten, uitgebreid wordt met een waarborg ambulante verzorging van een ernstige ziekte. Alvorens de verzekerde hier recht op kan hebben, moet er aan twee voorwaarden voldaan zijn. Zo moet er allereerst een wettelijke RIZIV-tussenkomst voor de medische zorgen voorzien zijn. Als tweede voorwaarde wordt er in de polisvoorwaarden gesteld dat de verzorgingskosten rechtstreeks verband moeten houden met één van de 22 gewaarborgde ernstige ziekten, opgenomen in tabel 6.3.

Niet voor alle kosten met betrekking tot deze gewaarborgde ernstige ziekten geldt er een kosten dekking. Hospitaal Plus biedt een tegemoetkoming voor de kosten:

- Met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte;
- Voor het huren van allerlei materiaal;
- Van de farmaceutische producten;
- Van ziekenvervoer met een maximum van € 127,50 per kalenderjaar op voorlegging van vervoerbewijzen; ziekenvervoer met de wagen wordt tot maximaal € 127,50 terugbetaald aan € 0,15 per kilometer;
- Waarmee vooraf schriftelijk door Hospitaal-Plus werd ingestemd.

De Liberale Mutualiteit Limburg hanteert met haar hospitalisatieverzekering Hospitaal Plus ook een zekere franchise met betrekking tot de waarborg ernstige ziekten. Zo wordt de tussenkomst per prestatie echter beperkt tot maximaal 100% van de wettelijke RIZIV-tussenkomst. Er dient wel gewezen te worden op het feit de vrijstelling wel beperkt wordt tot € 55 per kalenderjaar.

Verder beperkt de tegemoetkoming in de kosten, van de ambulante verzorging van ernstige ziekten, zich tot maximaal € 3.794.

Ook bij de regeling van de waarborg ernstige ziekten die van toepassing is bij Hospitaal Plus, dient er verwezen te worden naar rubriek 6.2.2.1.2, daar de regeling voor voorafbestaande aandoeningen ook bij deze waarborg geldt. Zo worden de kosten met betrekking tot de ambulante behandeling van ernstige ziekten, behoudens de geldende uitzonderingen, de eerste vijf jaar na aansluitingsdatum forfaitair vergoed.

6.2.2.3.3 Voorzorg Limburg

KliniPlan, de hospitalisatieverzekering van de Voorzorg Limburg, komt net zoals Hospitaalplan en Hospitaal Plus tussen in de kosten met betrekking tot de ambulante behandeling van ernstige ziekten. Deze waarborg geldt voor de 26 ernstige ziekten die opgenomen werden in de polisvoorwaar-

den van KliniPlan. Er wordt hier een dekking voor de kosten, die optreden tijdens de ambulante behandeling van deze ernstige ziekten, voorzien indien de zorgen en de geneesmiddelen:

- Rechtstreeks verband houden met een gedekte ernstige ziekte;
- Toegediend of voorgeschreven door een geneesheer;
- Opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en het onderwerp uitmaken van een tegemoetkoming binnen de verzekering geneeskundige verzorging.

Zo verkrijgt de verzekerde met een ernstige ziekte een dekking van de kosten van:

- Bij-overnachting van één der ouders in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind jonger dan 18 jaar, voor een onbeperkt aantal dagen, ten belope van maximaal € 18,60 per dag;
- Het verblijf van een donor, waarvan het donorschap vereist is voor de behandeling van de rechthebbende;
- Protheses of ortheses. Er is enkel een terugbetaling indien de prothese of het orthopedisch toestel op doktersvoorschrift geschiedt en op voorwaarde dat deze prothese of orthopedisch toestel recht geven op een wettelijke tegemoetkoming. Kosten van onderhoud, herstelling en vervanging worden echter uitgesloten van terugbetaling, tenzij deze kosten gedekt zijn door een wettelijke tegemoetkoming.

Verder vermelden de polisvoorwaarden dat wanneer een rechthebbende slachtoffer wordt van een gewaarborgde ernstige ziekte, de terugbetaling gewaarborgd wordt van:

- De door een geneesheer verstrekte of bevolen medisch vereiste ambulante zorgen, die zijn opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en geneesmiddelen;
- De huur van medisch materiaal op doktersvoorschrift.

Er dient opgemerkt te worden dat de terugbetaling van bovenstaande kosten enkel betrekking heeft op kosten die gemaakt zijn tijdens de duur van de dienst, op voorwaarde dat de diagnose van de ziekte vooreerst gesteld werd na de aansluitingsdatum en na de algemene wachttijd (zie tabel 6.4). De kostendekking is niet gewaarborgd indien de diagnose werd gesteld voor de aansluitingsdatum of tijdens de wachttijd.

De tegemoetkoming voor de kosten van de ambulante behandeling van ernstige ziekten is beperkt tot € 6250 per aansluitingsjaar en per rechthebbende en tot éénmaal de tegemoetkoming van de verzekering geneeskundige verzorging per verstrekking.

6.2.3 De wachttijd

Indien men een hospitalisatiedienst afsluit bij een mutualiteit, dient men een wachttijd te doorlopen alvorens men een kostendekking kan genieten. In tabel 6.4 worden de algemene wachttijden die van toepassing zijn op de hospitalisatiediensten, opgenomen in de vergelijkende studie. Wat opvalt is dat de mutualiteiten dezelfde algemene regel van wachttijden hanteert, namelijk 3 maanden.

Tabel 6.4: Algemene regel van wachttijden (mutualiteiten)

	Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	Liberal Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	Voorzorg Limburg (KliniPlan)
Wachttijd	3 maanden	3 maanden	3 maanden

Op deze algemene wachttijd bestaan er uitzonderingen. Hierna wordt per mutualiteit een overzicht gegeven van uitzonderingstermijnen van wachttijden.

6.2.3.1 Christelijke Mutualiteit Limburg

De Christelijke Mutualiteit Limburg onderscheidt in de polisvoorwaarden van Hospitaalplan drie situaties waarbij men geen wachttijd dient te doorlopen alvorens aanspraak te maken op een kostendekking. Zo geldt er voor de volgende situaties geen wachttermijn:

- Ongevallen;
- Bepaalde acute infectieziekten;
- Pasgeborenen.

Er dient op gewezen te worden dat de acute infectieziekten waarvoor er geen wachttijd geldt, dienen opgenomen te zijn in de lijst vermeld in de polisvoorwaarden. De lijst van deze acute infectieziekten die recht geven op een directe kostendekking na de aansluitingsdatum, wordt weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 6.5: Acute of besmettelijke ziekten waarvoor geen wachttijd is bij Hospitaalplan

Bof	Buiktyfus	Cholera
Difterie	Dysenterie	Encefalitis
Febris recurrens	Hersenvliesontsteking	Kinderverlamming
Kinkhoest	Malaria	Mazelen
Miltvuur	Paratyfus	Pokken
Rode hond	Roodvonk	Tetanus
Tyfus	Vlektyfus	Waterpokken

In bepaalde gevallen wordt de algemene wachttijd van Hospitaalplan verlengd. Zo geldt er een wachttermijn van negen maanden voor:

- Bevallingen, thuisbevallingen en kosten ten gevolge van zwangerschapsverwikkelingen;
- Vruchtbaarheidsbehandelingen.

Deze termijn van negen maanden vervalt voor bovenstaande gevallen, indien de verzekerden tot de aansluitingsdatum bij een gelijkaardige kostendekkende hospitalisatieverzekering aangesloten waren.

6.2.3.2 Liberale Mutualiteit Limburg

De algemene wachttijd van drie maanden, opgenomen in de polisvoorwaarden van Hospitaal Plus, vervalt in vier situaties.

Zo geldt er geen wachttijd voor de dekking van hospitalisatiekosten die het gevolg zijn van een ongeval.

Verder wordt er net zoals in de polisvoorwaarden van Hospitaalplan bepaald dat er geen wachttijd van toepassing is voor acute besmettelijke ziekten. De lijst van de opgenomen ziekten wordt weergegeven in tabel 6.6.

Tabel 6.6: Acute of besmettelijke ziekten waarvoor geen wachttijd is bij Hospitaal Plus

Bof	Buiktyfus	Cholera
Difterie	Dysenterie	Encefalitis
Febris recurrens	Hersenvliesontsteking	Kinderverlamming
Kinkhoest	Malaria	Mazelen
Miltvuur	Paratyfus	Pokken
Rode hond	Roodvonk	Tetanus
Vlektyfus	Waterpokken	

De Liberale Mutualiteit Limburg neemt in de polis van Hospitaal Plus op dat voor bepaalde personen eveneens de wachttijd herleid wordt tot nul maanden. Zo geldt er geen wachttijd voor personen die:

- Via de Liberale Mutualiteit reeds aangesloten waren bij de collectieve privé-verzekering van de OMOB;
- Reeds een soortgelijke privé-hospitalisatieverzekering hadden of, in geval van mutatie, bij hun vorige mutualiteit aangesloten waren bij een soortgelijke kostendekkende hospitalisatiedienst.

Voor bovenstaande gevallen dient er aan één voorwaarde voldaan te zijn. Zo mag er geen onderbreking zijn in de gedekte periode, voor zover er drie maanden verstreken zijn sedert de aanvangsdatum van de privé-verzekering of van de hospitalisatiedienst van de vorige mutualiteit. Voor

zwangerschappen, zwangerschapscomplicaties en bevallingen moeten er 12 maanden verstreken zijn.

Ook voor pasgeborenen dient men geen wachttijd te doorlopen. Voorwaarde hiervoor is wel dat de ouder bij wie het kind in de ziekteverzekering ten laste staat al 12 maanden bij HospitaalPlus is aangesloten en de aansluiting van het kind plaatsheeft binnen de twee maanden volgend op de geboorte.

De Liberale Mutualiteit Limburg verlengt de algemene wachttijd tot 12 maanden voor de gewaarborgde kosten die het gevolg zijn van zwangerschap, zwangerschapscomplicatie en bevalling.

6.2.3.3 Voorzorg Limburg

In de polisvoorwaarden van KliniPlan bepaalt men dat er geen wachttijd geldt voor:

- Ongevallen;
- Besmettelijke ziekten opgenomen in tabel 6.7;
- Pasgeborenen en de adoptiekinderen van een persoon die sedert ten minste drie maanden is aangesloten en op voorwaarde dat de aanvraag tot aansluiting binnen de drie maanden na de geboorte of de adoptie geschiedt;
- Personen die tot en met de dag, voorafgaand aan die aansluitingsdatum, bij een gelijkwaardige hospitalisatiedienst of -verzekering waren aangesloten en er een wachttijd van drie maanden volbracht hebben, op voorwaarde dat zij het bewijs leveren van aansluiting en betaling van een kostendekkende hospitalisatiedienst of -verzekering bij een ziekenfonds of een privé-verzekeringsmaatschappij.

Tabel 6.7: Acute of besmettelijke ziekten waarvoor geen wachttijd is bij KliniPlan

Bof	Buiktyfus	Cholera
Difterie	Dysenterie	Encefalitis
Febris recurrens	Hersenvliesontsteking	Kinderverlamming
Kinkhoest	Malaria	Mazelen
Miltvuur	Paratyfus	Pokken
Rode hond	Roodvonk	Tetanus
Vlektyfus	Waterpokken	Tyfus

Voorts geldt er een wachtermijn van negen maanden voor hospitalisaties ten gevolge van bevaling, zwangerschap en hun complicaties en verwikkelingen. Deze wachtermijn vervalt evenwel voor personen die tot de datum van aansluiting bij een gelijkaardige kostendekkende hospitalisatiedienst of -verzekering aangesloten waren die bevalling, zwangerschapsverwikkelingen en bevalingscomplicaties dekt en zonder onderbreking tot de dienst KliniPlan toetreden. De verzekerde dient bewijs te leveren van aansluiting en betaling van een kostendekkende hospitalisatiedienst of -verzekering bij een ziekenfonds of een privé-verzekeringsmaatschappij en daar een wachttijd van

negen maanden volbracht hebben. Indien deze wachttijd van negen maanden niet volledig doorlopen werd, dient de resterende wachttijd volbracht te worden bij de hospitalisatiedienst KliniPlan.

6.2.4 De uitsluitingen

De hospitalisatiediensten, aangeboden door de mutualiteiten, bieden voor bepaalde gevallen geen kostendekking. In de polisvoorwaarden wordt daarom een lijst van gevallen die geen recht geven op een tegemoetkoming opgenomen. De uitsluitingen die gelden worden hierna per mutualiteit besproken.

6.2.4.1 Christelijke Mutualiteit Limburg

Hospitaalplan, de hospitalisatiedienst van de Christelijke Mutualiteit Limburg, weert uit de dekking de kosten:

- Die betrekking hebben op volgende prestaties en hun gevolgen en verwickelingen van:
 - Esthetische zorgen of behandeling, verjongingskuren of zorgen met esthetisch oogmerk;
 - Preventieve opsporingsonderzoeken;
 - Kuurbehandelingen;
 - Vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen;
 - Borstvergrotingen;
 - Geslachtsveranderingen;
 - Behandelingen en geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk is bewezen;
 - Tandheelkundige verzorging en behandeling voorzien onder artikelen 4,5 en 6 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen, andere dan deze vermeld onder 'Bijzondere waarborg';
- Tengevolge van een oorlog of een ramp;
- Tengevolge van onlusten, oproer en politiek, ideologisch of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de aangeslotene aantoont:
 - Dat hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen;
 - Dat hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
 - Dat hij/zij is opgetreden met het oog op redding van personen, dieren of goederen, indien deze niet het voorwerp uitmaken van voornoemde feiten;
- Tengevolge van een opzettelijke daad, roekeloze daden, weddingschappen, uitdagingen of vrijwillige deelname aan een misdaad of wanbedrijf;
- Die het gevolg zijn van een staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie van de aangeslotene of het zonder medisch voorschrift onder invloed staan van verdovende midde-

len, narcotica, hallucinogenen, andere drugs of geneesmiddelen, tenzij wordt bewezen dat:

- Er tussen die omstandigheden en de ziekte of het ongeval geen enkel oorzakelijk verband bestaat;
- De aangeslotene door onwetendheid alcoholische dranken of verdovende middelen gebruikte of er door een derde toe werd gedwongen;
- Tengevolge van de beoefening van eender welke sport als beroepsactiviteit, trainingen inbegrepen;
- Tengevolge van een feit of een opeenvolging van feiten waar radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van brandstoffen of producten of radioactieve afvalstoffen de oorzaak van zijn, evenals de kosten die rechtstreeks voortspruiten uit ioniserende stralingen en ontstaan zijn door een ramp. Bestralingen en behandelingen met dergelijke producten ingevolge een medische behandeling zijn wel gewaarborgd;
- Van prestaties die niet noodzakelijk zijn voor het herstel van de gezondheid;
- Voor doelbewuste medische behandelingen in het buitenland waarvoor geen toestemming werd gegeven door de adviserende geneesheer van het ziekenfonds;
- Voor medische behandelingen in België van leden die:
 - Op Belgisch grondgebied geen recht hebben op wettelijke terugbetaling ten laste van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
 - Zich naar België hebben begeven ten einde op Belgisch grondgebied een behandeling te ondergaan en hiervoor geen toestemming hebben ontvangen overeenkomstig art. 22, eerste lid, C) van de Europese Verordening 1408/71;
- Die in overeenstemming met de Belgische wet- en regelgeving niet mogen worden aangerekend.

6.2.4.2 Liberale Mutualiteit Limburg

De kosten die in de polisvoorwaarden van Hospitaal Plus geweerd worden uit de dekking, zijn de kosten van:

- Een ongeval dat, of een ziekte die niet door een medisch onderzoek kan worden vastgesteld;
- Een ongeval of ziekte zonder medisch voorschrift;
- Esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelhekunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval, worden wel ten laste genomen;
- Ziektes of ongevallen die de aangeslotene overkomen (op voorwaarde dat het oorzakelijk verband is vastgesteld):

- In staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van doping, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij de aangeslotene het bewijs kan leveren dat hij/zij uit onwetendheid alcoholische dranken of verdovende middelen heeft gebruikt of hiertoe door een derde werd gedwongen;
- In verband met alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen;
- Sterilisatie, anticonceptieve behandeling, kunstmatige inseminatie, in vitro fertilisatie en thermale kuren;
- Oorlogsfeiten ongeacht of de aangeslotene hierbij betrokken wordt als burger of als militair; burgeroorlog of oproer tenzij de aangeslotene er niet actief aan heeft deelgenomen of zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- Beoefening van betaalde sportactiviteit met inbegrip van de trainingen, sportbeoefening in de lucht met gebruik van motorrijtuigen en de beoefening van gevaarlijke sporten;
- Een opzettelijke daad van de aangeslotene, tenzij die het bewijs kan leveren dat het een geval van redding van personen of goederen betreft;
- Een door de aangeslotene gepleegde misdaad of misdrijf, roekeloze daad, weddenschap of uitdaging;
- Een rechtstreekse of onrechtstreekse uitwerking van radioactieve stoffen of kunstmatige versnelling van atoomdeeltjes, met uitzondering van het gebruik om medische redenen van radioactieve stoffen;
- Vrijwillige verminking of zelfmoordpoging;
- Een ongeval, waarbij de aangeslotene deel uitmaakt van de bemanning van een luchtvaartuig of tijdens de vlucht beroeps- of andere activiteiten verricht in verband met het toestel of de vlucht.

6.2.4.3 Voorzorg Limburg

De polisvoorwaarden van KliniPlan vermelden dat uit de dekking geweerd worden, de medische kosten veroorzaakt door:

- Oorlogsfeiten;
- Een opzettelijke daad van de rechthebbende, of de vrijwillige verminking van de rechthebbende, of de vrijwillige verzwaring van het risico door de rechthebbende, behalve ingeval van redding van personen of wettelijke zelfverdediging;
- Burgerlijke onrusten of oproer, tenzij de rechthebbende bewijst dat hij, buiten het geval van wettelijke zelfverdediging, er niet actief heeft aan deelgenomen of dat hij is opgetreden met het oog op de redding van personen;
- Ieder feit of opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong, die voortspruiten uit of het resultaat zijn van radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen, van nucleaire brandstoffen, producten of radioactieve afvalstoffen, evenals

de schade die rechtstreeks of onrechtstreeks voortspuit uit ioniserende stralen. (De kosten gemaakt bij bestralingen en behandelingen met dergelijke producten in het kader van een medische behandeling, komt de dienst wel tussen.);

- Dronkenschap, alcoholisme, alcoholintoxicatie, het gebruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs. De kosten kunnen wel vergoed worden indien de aandoening of het ongeval een gevolg is van een medisch voorschrift én de voorwaarden van het medisch voorschrift gerespecteerd werden.

Bovenstaande uitsluitingen gelden evenwel niet wanneer de rechthebbende bewijst dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen deze omstandigheden en de kosten waarvoor hij / zij de terugbetaling vraagt.

Verder bepaalt de Voorzorg Limburg dat KliniPlan geen dekking verschaft met betrekking tot de kosten:

- Voor hoofdzakelijke esthetische verzorging of behandelingen, behalve wanneer zij noodzakelijk zijn ingevolge een gewaarborgd ongeval of ziekte en mits voorafgaandelijk akkoord in de verplichte verzekering van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds;
- Voor een verblijf in een kuur- bad- of herstellings- en gezondheidsoord; revalidatiecentrum, psychiatrische instelling, medisch pedagogische instelling, rustoord voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuis;
- Voor borstreducties en liposucties gedurende de eerste vijf jaar van aansluiting. Na vijf jaar aansluiting en bij voorafgaandelijk akkoord in de verplichte verzekering van de adviserende geneesheer van het ziekenfonds, blijft de tegemoetkoming voor het geheel van de ingrepen en de kosten verbonden aan de ingrepen beperkt tot € 750 per aangeslotene ;
- Voor gastroplasties, gastrectomies, biliopancreatische derivaties en vetschorten ten gevolge van zwaarlijvigheid en de materialen die hiervoor gebruikt worden waarvoor er binnen een aaneengesloten periode van vijf jaar na de aansluiting een opname is. Na vijf jaar aansluiting is de tegemoetkoming voor het geheel van de ingrepen en de kosten verbonden aan de ingrepen beperkt tot € 750 per aangeslotene;
- Voor check-ups, louter preventieve opsporingsonderzoeken of raadplegingen voor zuielingen;
- Voor behandelingen en geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk bewezen is;
- Voor behandelingen van factoren die niet na te gaan zijn door een geneeskundig onderzoek of die verband houden met een zenuw- of geestesaandoening, die niet onbetwistbaar vaststaat op basis van objectieve en fysiologische ziekteverschijnselen;

- Gedwongen opnames in het kader van de wet ter bescherming van de persoon van de geestesziekten;
- Voor een hospitalisatie die een aanvang neemt voor de aansluitingsdatum of tijdens de wachttijd;
- Voor inenting en de gevolgen en verwickelingen ervan;
- Voor de behandelingen noch de behandelingsproducten dewelke niet voldoende klinisch beproefd en officieel en wetenschappelijk niet erkend zijn;
- Voor de hospitalisaties die niet tijdens de duur van de aansluitingsperiode worden gemaakt;
- Voor de behandelingen van impotentie, transseksualiteit, kunstmatige inseminatie of een fertilisatie evenals de gevolgen en verwickelingen ervan;
- Voor de kosten die voortvloeien uit de beoefening als beroepsactiviteit van eender welke sport, trainingen inbegrepen;
- Voor de ernstige ziekten waarbij de diagnose vóór de aansluitingsdatum of tijdens de wachttijd werd gesteld geldt de "aanvullende dekking ambulante verzorging ernstige ziekten" niet;
- Voor verzorgingen en behandelingen van kaakbeen- en tandaandoeningen, met uitzondering van:
 - De aandoeningen die het gevolg zijn van een gewaarborgd ongeval of ziekte;
 - De extractie van wijsheidstanden.

6.2.5 De territoriale geldigheid

De door de drie mutualiteiten aangeboden hospitalisatiediensten, opgenomen in deze vergelijkende studie, bieden een wereldwijde bescherming tegen de eventueel opgelopen hospitalisatiekosten. De regelingen met betrekking tot de tegemoetkoming verschilt wel tussen de drie mutualiteiten. Deze worden hierna uiteengezet.

6.2.5.1 Christelijke Mutualiteit Limburg

Zoals reeds aangehaald beschermt Hospitaalplan de verzekerde tegen hospitalisatiekosten die gemaakt worden in het buitenland. Voor deze buitenlandse kosten wordt de tegemoetkoming berekend naar analogie met de berekening voor de kosten gemaakt in België. Er dient op gewezen te worden dat deze terugbetaling echter beperkt wordt. Zo vergoedt Hospitaalplan de opgelopen kosten tot maximaal € 500 per kalenderjaar en per aangeslotene.

6.2.5.2 Liberale Mutualiteit Limburg

In de polisvoorwaarden van de hospitalisatiedienst Hospitaal Plus wordt gesteld dat de statutaire voorwaarden, zoals deze in dit hoofdstuk besproken zijn, eveneens van toepassing zijn in de hele

wereld. Er wordt wel op gewezen dat de tussenkomst verkregen wordt na de uitputting van de tussenkomst verkregen van 'EuroCross' of een andere medische reisbijstandsverzekering of beroepsverzekering.

6.2.5.3 Voorzorg Limburg

De Voorzorg Limburg neemt in de statutaire voorwaarden van KliniPlan enkele bepalingen op met betrekking tot de bepaling van de tegemoetkoming inzake de kosten van een buitenlandse hospitalisatie. Men heeft pas recht op een kostendekking van deze buitenlandse ziekenhuisopnames indien men gedekt is door de Belgische verplichte ziekteverzekering geneeskundige verzorging en door de Europese regelgeving. Vindt de hospitalisatie plaats binnen de Europese Economische Ruimte¹⁵⁷, dan worden er tegemoetkomingen toegestaan op basis van de Europese regelgeving en jurisprudentie. Geschiedt de opname daarentegen buiten de Europese Economische Ruimte, dan wordt er een andere regeling getroffen. In dit geval wordt enkel de tegemoetkoming toegestaan indien de hospitalisatie een dringend en onvoorzien karakter vertoont of indien de rechthebbende een voorafgaandelijk akkoord verkegen heeft van de adviserende geneesheer van de Maatschappij van Onderlinge Bijstand (MOB).

6.2.6 De bijdragen en niet-betaling bijdragen

Zoals reeds in het begin van dit hoofdstuk gesteld werd, dienen de kandidaat-verzekerden zich eerst aan te sluiten bij de mutualiteit alvorens ze een hospitalisatiedienst bij de mutualiteit kunnen afsluiten. Deze aansluiting gebeurt niet kosteloos. Zo is het vereist dat men lidmaatschapsbijdrage betaalt. Eens men lid is kan men gebruik maken van de diensten die de mutualiteiten aanbieden. Een hospitalisatiedienst is daar één van. Maar ook hiervoor vragen de mutualiteiten een wederdienst. De kandidaat-verzekerden dienen hiervoor bijdragen te betalen. Dus samengevat kan men stellen dat indien men wil genieten van een hospitalisatiedienst, aangeboden door de mutualiteiten, men zowel een lidmaatschapsbijdrage als de bijdrage voor de hospitalisatiedienst dient te betalen. Op dit vlak valt er dus een groot onderscheid te maken tussen de mutualiteiten en de privé-verzekeringsmaatschappijen. Deze laatste vragen hun verzekerden in ruil voor de verzekering enkel jaarpremies en dus geen lidmaatschapspremies. Men kan dus de lidmaatschapsbijdrage van de mutualiteiten eigenlijk beschouwen als een deel van de bijdrage die men dient te betalen voor de hospitalisatiedienst.

De bijdragen die men voor de hospitalisatiediensten dient te betalen, en de gevolgen van de niet-betaling ervan, worden nu verder uitgewerkt voor de drie mutualiteiten, die opgenomen werden in de vergelijkende studie.

¹⁵⁷ Europese Economische Ruimte bestaat uit de 27 lidstaten van de Europese Unie + IJsland Liechtenstein en Noorwegen.

6.2.6.1 Christelijke Mutualiteit Limburg

De hoogte van de jaarbijdragen die van toepassing zijn voor Hospitaalplan worden vermeld in tabel 6.8. De jaarbijdrage opgenomen in tabel 6.8 geldt voor 2008 en per aangeslotene.

Tabel 6.8: Jaarbijdragen voor Hospitaalplan in euro

Voor wie aansluit vóór de 60^{ste} verjaardag of aansloot vóór 1 januari 2005	
<i>Leeftijdscategorie</i>	<i>Bijdrage</i>
0 – 24 jaar	37,08
25 – 49 jaar	83,88
50 – 59 jaar	92,88
60 – 69 jaar	166,56
Vanaf 70 jaar	246,00
Voor wie aansluit na de 60^{ste} verjaardag en na 1 januari 2005	
<i>Leeftijdscategorie</i>	<i>Bijdrage</i>
60 – 69 jaar	213,00
Vanaf 70 jaar	295,20

De Christelijke Mutualiteit Limburg bepaalt in de polisvoorwaarden van Hospitaalplan dat in het kalenderjaar van aansluiting, de bijdrage bepaald wordt op basis van de bereikte leeftijd op de aansluitingsdatum. Daarna is de bijdrage afhankelijk van de toetredingsleeftijd, voor of na de 60^{ste} verjaardag, en van de bereikte leeftijd op 31 december van het kalenderjaar voorafgaand aan de bijdrageperiode. De leeftijdscategorie waaronder men ressorteert, wordt met andere woorden bepaald door de bereikte leeftijd op 31 december van het kalenderjaar voorafgaand aan de bijdrageperiode. Uit tabel 6.8 kan men afleiden dat de premie verhoogt wanneer men van leeftijdscategorie verandert. Dit is dus een andere methode van bijdragebepaling dan men hanteert bij de hospitalisatieverzekering aangeboden door DKV en KBC. Bij deze laatste maatschappijen wordt de premiehoogte bepaald door de instapleeftijd.

Er dient opgemerkt te worden dat indien er meer dan drie personen ten laste zijn, de bijdrage vanaf de vierde aangesloten persoon ten laste, de helft van de bijdrage van de leeftijdscategorie '0 – 24 jaar' bedraagt.

Betaalt de aangeslotene zijn premie niet voor de jaarlijkse vervalddag, dan wordt deze hiervan op de hoogte gesteld door middel van een aangetekend schrijven. De aangeslotene beschikt na ontvangst van dit schrijven, over een periode van 15 dagen om de bijdragen te betalen. Indien deze bijdragen niet betaald worden binnen deze periode, wordt de aansluiting van de onderschrijver en zijn/haar eventuele personen ten laste van rechtswege beëindigd. Er komt een einde aan de aansluiting op de laatste dag van de laatste periode waarvoor de bijdrage werd betaald. Wil men op-

nieuw aansluiten tot de hospitalisatiedienst, dan dient men aan alle aansluitingsvoorwaarden te voldoen en een nieuwe wachttijd en forfaitperiode te doorlopen.

6.2.6.2 Liberale Mutualiteit Limburg

De bijdragebepaling voor Hospitaal Plus verloopt identiek zoals de techniek gehanteerd bij Hospitaalplan, hiervoor besproken. Enkel de indeling van de leeftijdscategorieën verschilt.

Tabel 6.9: Jaarbijdragen Hospitaal Plus in euro

<i>Leeftijdscategorie</i>	<i>Bijdrage</i>
0 – 19 jaar	26,04
20 – 24 jaar	45,60
25 – 29 jaar	68,40
30 – 49 jaar	102,36
50 – 59 jaar	123,48
60 – 64 jaar	123,48
65 – 69 jaar	217,92
Vanaf 70 jaar	317,76
Voor wie aansluit na de 60^{ste} verjaardag vanaf 1 januari 2007	
<i>Leeftijdscategorie</i>	<i>Bijdrage</i>
60 – 64 jaar	188,64
65 – 69 jaar	283,08
70 jaar en ouder	382,92

Indien de verzekerde de bijdragen niet of laattijdig betaalt, wordt de waarborg per brief opgeschort. In deze brief maant de Liberale Mutualiteit Limburg de aangeslotene aan tot betaling van de bijdrage binnen een termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de dag die volgt op de datum van de poststempel van de brief. De waarborg wordt geschorst, indien de aangeslotene de bijdrage niet betaalt binnen de opgelegde periode. Deze schorsing treedt in werking de dag volgend op de periode van 15 dagen. Betaalt de aangeslotene de achterstallige bijdragen binnen de 15 dagen na de schorsing, dan komt er een einde aan de schorsing van de hospitalisatiedienst. Als er binnen deze 15 dagen na schorsing nog steeds niet betaald is, wordt de aansluiting beëindigd per aangetekend schrijven.

6.2.6.3 Voorzorg Limburg

Wenst men de hospitalisatiedienst KliniPlan af te sluiten bij de Voorzorg Limburg, dan wordt men geacht de jaarbijdragen, opgenomen in tabel 6.10, te betalen. Net zoals het het geval is bij Hospitaalplan en Hospitaal Plus, wordt de bijdragehoogte bepaald door de leeftijdscategorie waartoe men behoort.

Tabel 6.10: Jaarbijdragen voor KliniPlan in euro

<i>Leeftijdscategorie</i>	<i>Bijdrage</i>
0 – 25 jaar	37,20
26 – 59 jaar	92,52
60 – 70 jaar	175,80
Ouder dan 70 jaar	259,44
Voor de leden die nieuw aansluiten en ouder zijn dan 60 jaar	
<i>Leeftijdscategorie</i>	<i>Bijdrage</i>
60 – 70 jaar	210,96
Ouder dan 70 jaar	311,28

Er werd reeds aangehaald dat men bij de mutualiteiten iedereen die op het lidboek vermeld staat , dient aan te sluiten, en dus bijgevolg ook de bijdragen voor deze personen te betalen. Maar KliniPlan voorziet een korting indien er meer dan twee kinderen ten laste ingeschreven staan. Zo is er geen bijdrage meer verschuldigd voor het derde, vierde, vijfde... kind ten laste.

Laat de verzekerde na om deze bijdragen te betalen, dan wordt de aansluiting stilzwijgend opgeschort indien er geen betaling is uiterlijk op het einde van de bijdrageperiode. Men heeft dan drie maanden de tijd om de achterstallige bijdragen alsnog te betalen. Gebeurt deze betaling binnen deze opgelegde periode, dan gaat de aansluiting opnieuw van kracht vanaf de eerste van de maand waarin de betaling van de verschuldigde bijdrage gebeurde.

Geschiedt de betaling daarentegen niet binnen deze periode van drie maanden na het einde van de bijdrageperiode, wordt de aansluiting ambtshalve stopgezet. Het is mogelijk na deze stopzetting zich opnieuw aan te sluiten bij KliniPlan, maar hiervoor moet men voldoen aan de statutaire voorwaarden en de wachttijd opnieuw doorlopen.

6.3 Samenvattende tabel polisvoorwaarden mutualiteiten

Tabel 6.11: Overzicht polisvoorwaarden mutualiteiten

		Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	Voorzorg Limburg (KliniPlan)
Maximale aansluitingsleeftijd		65 jaar	64 jaar	65 jaar
<u>Waarborgen</u>	Hospitalisatie	<u>Dekking:</u> Samen met de waarborg waarborg pré- en posthospitalisatie en bijzondere waarborgen beperkt tot € 13.000. <u>Franchise:</u> Geen algemene franchise. Enkel een franchise van € 124 op de tegemoetkoming voor honorariumsupplementen van een verblijf op een éénpersoonskamer.	<u>Dekking:</u> Beperkt tot maximaal € 12.650 per kalenderjaar. <u>Franchise:</u> Voor een opname in tweepersoonskamer € 55 per kalenderjaar. Voor een opname in éénpersoonskamer € 150 per kalenderjaar.	<u>Dekking:</u> Voor zover er een wettelijke tegemoetkoming voor de gemaakte kosten bestaat, betaalt KliniPlan het persoonlijk aandeel van de rechthebbende integraal terug. <u>Franchise:</u> Voor een opname in tweepersoonskamer € 62 per rechthebbende. Voor een opname in éénpersoonskamer € 186 per rechthebbende. Het totaal van de franchises kan niet meer bedragen dan € 372 per aansluitingsjaar. Voor de supplementen van: • Verblijfskosten geldt een integrale terugbetaling op twee- en

			meerpersoonskamers en tot maximaal €50 per gefactureerde dag op een éénpersoonskamer; • honorariumsupplementen tot 100% van de door het RIZIV vastgestelde tarieven.
	<u>Vervoerskosten:</u> / <u>Rooming-in:</u> Maximaal € 18,60 per dag. <u>Verblijfskosten donor:</u> Worden volledig vergoed. <u>Voorafbestaande toestand:</u> Tijdens de eerste vijf jaar na aansluiting €20 per dag en beperkt tot €600 per aandoening en per kalenderjaar.	<u>Vervoerskosten:</u> Beperkt tot € 225 per kalenderjaar. <u>Rooming-in:</u> Bij een kind jonger dan 12 jaar, maximaal € 19,50 per dag met een maximum van 14 dagen per kalenderjaar. <u>Verblijfskosten donor:</u> Geen dekking. <u>Voorafbestaande toestand:</u> Geeft geen recht op een vergoeding volgens de algemene statutaire voorwaarden, zelfs indien bij de eerste symptomen van de aandoening geen diagnose gesteld kon worden. Forfaitaire vergoeding in de eerste 5	<u>Vervoerskosten:</u> Beperkt tot € 250 per kalenderjaar. <u>Rooming-in:</u> Bij een kind jonger dan 18 jaar, maximaal € 18,60 per dag. <u>Verblijfskosten donor:</u> Worden volledig vergoed. <u>Voorafbestaande toestand:</u> Tijdens de eerste vijf jaar na aansluiting is er een tegemoetkoming volgens de algemene regels indien men opgenomen wordt op tweepersoons- of gemeenschappelijke kamer. Indien op éénpersoonskamer dan is tegemoetko-

		jaar na aansluiting van € 30 per opnamedag met een maximum van 20 dagen per kalenderjaar.	ming volgens algemene regels op drie uitzonderingen na: • Tegemoetkoming kamersupplementen beperkt tot bedrag tweepersoonskamer; • Geen dekking van ereloonsupplementen; • € 62 franchise.
	<u>Thuisbevalling:</u> De volgende kosten genieten een dekking van één maand voor de bevalling tot drie maanden na de bevalling: • Remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling; • Honorariumsupplementen, tot maximum 100% van het RIZIV-tarief; • Terugbetaalbare geneesmiddelen, volledig vergoed.	<u>Thuisbevalling:</u> Wordt vergoed onder dezelfde voorwaarden als deze die gelden voor een bevalling in het ziekenhuis.	<u>Thuisbevalling:</u> Niet van toepassing.
Pré- en posthospitalisatie	<u>Periode:</u> 30 dagen voor 90 dagen na <u>Dekking:</u> Samen met de waarborg waarborg pré- en posthospita-	<u>Periode:</u> 30 dagen voor 90 dagen na <u>Dekking:</u> Beperkt tot € 510 per kalenderjaar.	<u>Periode:</u> Niet van toepassing <u>Dekking:</u> Forfaitaire vergoeding: Percentage van het

		lisatie en bijzondere waarborgen beperkt tot € 13.000.		uitgekeerde bedrag van hospitalisatie • Opname in dag-hospitaal: 20% • Opname in gemeenschappelijke of tweepersoonskamer: 10% • Opname in één-persoonskamer: 5% Bedrag wordt beperkt tot € 300 per hospitalisatie
	Ernstige ziekten	<u>Ernstige ziekten opgenomen:</u> 24 <u>Dekking:</u> Wordt beperkt tot € 7.000 per kalenderjaar en per aangeslotene.	<u>Ernstige ziekten opgenomen:</u> 22 <u>Dekking:</u> Wordt beperkt tot 100% van de wettelijke RIZIV-tussenkost en voor een totaal bedrag van € 3.794.	<u>Ernstige ziekten opgenomen:</u> 26 <u>Dekking:</u> Wordt beperkt tot 100% van de wettelijke RIZIV-tussenkost en voor een totaal bedrag van € 6.250.
<u>Wachttijd</u>	Algemeen	3 maanden	3 maanden	3 maanden
	Uitzonderingen	<u>Geen:</u> • Ongevallen; • Bepaalde besmettelijke ziekten (21); • Pasgeborenen.	<u>Geen:</u> • Ongevallen; • Bepaalde besmettelijke ziekten (20); • Voor personen die via de Liberale Mutualiteit reeds aangesloten waren bij de collectieve privé-verzekering van de OMOB;	<u>Geen:</u> • Ongevallen; • Bepaalde besmettelijke ziekten; • Pasgeborenen en de adoptiekinderen van een persoon die sedert ten minste 3 maanden is aangesloten en op voorwaarde dat de aanvraag tot aan-

		• Personen die reeds een soortgelijke privé-hospitalisatieverzekering hadden of, ingeval van mutatie, bij hun vorige mutualiteit aangesloten waren bij een soortgelijke kostendekkende hospitalisatiedienst; • Pasgeborenen.	sluiting binnen de drie maanden na de geboorte of adoptie geschiedt; • Personen die tot en met de dag voorafgaand aan die aansluitingsdatum bij een gelijkaardige hospitalisatiedienst of – verzekering aangesloten waren en er de wachttijden van toepassing bij KliniPlan hebben doorlopen.
	<u>9 maanden:</u> • Bevallingen, thuisbevallingen en kosten ten gevolge van zwangerschapsverwikkelingen; • Vruchtbaarheidsbehandelingen; Deze wachttermijn vervalt evenwel voor verzekerden die tot de aansluitingsdatum bij een gelijkaardige kostendekkende hospitalisatieverzekering aangesloten waren.	<u>12 maanden:</u> Zwangerschappen, zwangerschapscomplicaties en bevallingen	<u>9 maanden:</u> Bevallingen, zwangerschap en hun complicaties en verwikkelingen Deze wachttermijn vervalt evenwel voor verzekerden die tot de aansluitingsdatum bij een gelijkaardige kostendekkende hospitalisatieverzekering aangesloten waren

7 Conclusies vergelijkende studie

Uit hoofdstuk 5 en 6 kan men afleiden dat de mutualiteiten met hun hospitalisatiediensten een soortgelijke bescherming bieden tegen de kosten die optreden tijdens een ziekenhuisopname zoals de private verzekeringsmaatschappijen met hun aangeboden hospitalisatieverzekeringen. Maar het aanbod van bescherming verschilt toch ook op bepaalde punten. In dit hoofdstuk worden de resultaten van de vergelijkende studie bij de private verzekeringsmaatschappijen vergeleken met die van de mutualiteiten. Hierna worden per besproken criteria, in de twee voorgaande hoofdstukken, de verschillen tussen beide aanbieders van hospitalisatieverzekeringen besproken.

7.1 De aanvaardingsvoorwaarden

Betreffende de aanvaardingsvoorwaarden valt op dat bij de private verzekeringsmaatschappijen er minder voorwaarden vooropgesteld worden om toe te treden dan het geval is bij de mutualiteiten. Zo is de voornaamste voorwaarde die voldaan dient te zijn bij de privé-verzekeraars, dat men een vaste woonplaats heeft in België. Bij de mutualiteiten daarentegen is het enkel mogelijk om zich aan te sluiten tot de aangeboden hospitalisatiedienst indien men lid is van de desbetreffende mutualiteit. Verder geldt er bij de mutualiteiten dat iedereen die op het lidboek vermeld staat dient aan te sluiten tot de hospitalisatiedienst.

Ook kan men een onderscheid maken tussen de aangeboden hospitalisatieverzekeringen en -diensten op basis van de maximale leeftijd tot wanneer men deze verzekering kan onderschrijven.

Tabel 7.1: Vergelijking maximum leeftijd bij aansluiting

Aanbieder	Maximum leeftijd bij aansluiting
DKV (Plan IS2000)	69 jaar
Ethias (Medi-Comfort)	65 jaar
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	65 jaar
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	65 jaar
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	64 jaar
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	65 jaar

Zoals blijkt uit bovenstaande tabel heeft Plan IS2000 de hoogste maximale leeftijd tot aansluiting. Er dient echter op gewezen te worden dat er op de leeftijdsgrenzen van de mutualiteiten uitzonderingen bestaan. Deze uitzonderingen zijn het gevolg van het feit of de persoon in kwestie een overstap maakt van de ene mutualiteit naar de andere en bij de oorspronkelijke mutualiteit reeds aangesloten was bij een kostendekkende hospitalisatiedienst. Aan deze overstap wordt echter wel een bijkomende voorwaarde gesteld. Zo dient deze te geschieden zonder onderbreking van de kostendekkende hospitalisatiedienst. Als uitzonderingsregel, geldig voor Hospitaalplan, kan iemand tot de leeftijd van 66 jaar aansluiten indien aan de zonet besproken voorwaarde voldaan is. Bij de Libera-

le Mutualiteit Limburg en de Voorzorg Limburg vervallen de algemene leeftijdsgrenzen indien men muteert van de ene mutualiteit naar de andere.

Deze regeling van uitzonderingen op de maximumleeftijd van aansluiting bestaat niet bij de privé-verzekeringsmaatschappijen opgenomen in deze vergelijkende studie. Zo kan men niet rekenen op een verhoging van de maximum leeftijd bij aansluiting indien men muteert van de ene verzekeringsmaatschappij naar de andere.

7.2 De waarborgen

De zes aanbieders van kostendekking van hospitalisatiekosten, opgenomen in deze studie, bieden allen de volgende waarborgen aan:

- Waarborg hospitalisatie;
- Waarborg pré- en posthospitalisatie;
- Waarborg ambulante behandeling van ernstige ziekten.

Hierna worden de verschillen tussen de aangeboden waarborgen in grote lijnen uitgewerkt.

7.2.1 Waarborg hospitalisatie

Indien men de waarborg hospitalisatie vergelijkt tussen de verschillende aanbieders, kan men een onderscheid maken in dekking van de verblijfskosten. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de dekking van de verblijfskosten bij de zes aanbieders.

Tabel 7.2: Vergelijking van de dekking van de verblijfskosten

Aanbieder	Dekking verblijfskosten
DKV (Plan IS2000)	100% terugbetaling indien er tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering. 50% terugbetaling indien er geen tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering.
Ethias (Medi-Comfort)	Terugbetaling beperkt zich tot het drievoud van de bedragen die terugbetaald werden door de wettelijke ziekteverzekering. Indien men gekozen heeft voor een opname in éénpersoonskamer, geldt er een vrijstelling van € 75 per verzekerde en per kalenderjaar.
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	100% terugbetaling. 50% terugbetaling indien men kiest voor een opname in een 'duur' ziekenhuis.
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	Persoonlijk aandeel in de verpleegdag en het

	forfait voor de geneesmiddelen worden volledig vergoed. Kamersupplement op een tweepersoonskamer wordt volledig vergoed tot maximaal het wettelijk toegelaten bedrag. Kamersupplement op een éénpersoonskamer wordt vergoed tot maximaal € 40 per dag.
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	De verblijfskosten met inbegrip van de supplementen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer kunnen worden terugbetaald tot maximum 100% van de wettelijke RIZIV-tussenkost. Er geldt wel een franchise: • Éénpersoonskamer: € 150; • Tweepersoonskamer: € 55. Er geldt geen franchise voor een opname in een meerpersoonskamer.
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	Het verblijf zelf, de verzorgings- en administratiekosten kunnen rekenen op een terugbetaling van het persoonlijke aandeel. Er geldt wel een franchise voor het type kamer: • Éénpersoonskamer: € 186 • Tweepersoonskamer: € 62 Met betrekking tot de supplementen geldt: • Twee- en meerpersoonskamer: integrale terugbetaling persoonlijk aandeel; • Éénpersoonskamer: tot maximaal € 50 per gefactureerde dag.

Zowel de mutualiteiten als de private verzekeringsmaatschappijen bieden, zoals men uit bovenstaande tabel kan afleiden, een goede bescherming tegen de verblijfskosten. Wel valt op te merken dat met betrekking tot de terugbetaling van deze verblijfskosten, de mutualiteiten een onderscheid maken tussen het type kamer waar men in gehospitaliseerd wenst te worden. Zo geldt er een andere regeling met betrekking tot de vergoeding indien men opgenomen wordt in een éénpersoons-, tweepersoons of meerpersoonskamer. Zowel Hospitaalplan als Hospitaal Plus vergoeden de kamersupplementen van een opname op een tweepersoonskamer volledig. Tevens vergoedt Hospitaal Plus ook de supplementen van een éénpersoonskamer volledig. Hospitaalplan (resp. KliniPlan) hanteert hiervoor een maximaal uitkeerbaar bedrag van € 40 (resp. € 50) per dag. Dus wat betreft de

kamersupplementen op een éénpersoonskamer keert Hospitaal Plus de hoogste vergoeding uit. Zowel Hospitaal Plus als KliniPlan gebruiken franchisebedragen met betrekking tot een opname in een één- dan wel een tweepersoonskamer. Deze bedragen liggen bij KliniPlan beduidend hoger.

Met uitzondering van Ethias, hanteren de private verzekeringsmaatschappijen opgenomen in deze studie, geen franchisebedragen met betrekking tot het type kamer van de opname. Ethias bepaalt in de polisvoorwaarden van Medi-Comfort dat de franchise, indien men opgenomen wordt op een éénpersoonskamer, €75 bedraagt.

Indien men zich niet laat hospitaliseren in een 'duur' ziekenhuis, dan biedt KBC-Hospitalisatieverzekering de grootste dekking met betrekking tot de verblijfskosten, daar men deze voor 100% terugbetaalt ongeacht er een tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering is. Inzake de hospitalisatiediensten aangeboden door de mutualiteiten kan men stellen dat Hospitaalplan van de Christelijke Mutualiteit Limburg de grootste bescherming biedt tegen de verblijfskosten, daar er geen franchise aangerekend wordt.

Inzake de dekking van de verblijfskosten van een ouder op de kamer van een gehospitaliseerd kind, 'rooming-in' in verzekeringstermen, bestaat er eveneens een verschil in bepalingen. Tabel 7.3 geeft weer welke dekkingen de verschillende aanbieders, opgenomen in deze vergelijkende studie, voorzien betreffende de kosten van 'rooming-in'.

Tabel 7.3: Vergelijking van de dekking van de kosten met betrekking tot 'rooming-in'

Aanbieder	Dekking kosten 'rooming-in'
DKV (Plan IS2000)	Bij kinderen jonger dan 20 jaar. 100% terugbetaling indien er tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering. Indien er geen tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering, geldt er slechts een terugbetaling van 50% van de kosten.
Ethias (Medi-Comfort)	Bij kinderen jonger dan 14 jaar. Beperkte terugbetaling van € 25 per nacht per verzekerde en per kalenderjaar.
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	Bij kinderen jonger dan 18 jaar. Beperkte terugbetaling van € 25 per nacht per verzekerde en per kalenderjaar.
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	Geen leeftijdsbepaling. Beperkte terugbetaling van € 18,60 per dag.
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	Bij kinderen jonger dan 12 jaar. Beperkte terugbetaling van € 19,50 per dag en met een maximum van 14 dagen per kalenderjaar.

Voorzorg Limburg (KliniPlan)	Bij kinderen jonger dan 18 jaar. Beperkte terugbetaling van € 18,60 per dag.
------------------------------	---

Zoals blijkt uit tabel 7.3 verschilt niet enkel de hoogte van de terugbetaling, maar ook de leeftijd van het kind, bij de bepaling of men al dan niet een bescherming geniet van de kosten met betrekking tot de bij-overnachting van een ouder. Plan IS2000 biedt met betrekking tot de kosten van rooming-in de hoogste dekking aan, indien een ouder verblijft op de kamer van het kind. Zowel de hoogte van de kosten die vergoed worden, als de hoogte van de leeftijd, zorgen ervoor dat DKV zich met deze hospitalisatieverzekering differentieert van de concurrentie. Maar er dient opgemerkt te worden dat de Christelijke Mutualiteit Limburg met haar Hospitaalplan geen leeftijdsbeperking opneemt. Dit wil met andere woorden zeggen dat iemand bij eender welke aangeslotene persoon mag overnachten. Er wordt dus niet in de polisvoorwaarden van Hospitaalplan bepaald dat het moet gaan om een bij-overnachting van een ouder bij een kind. Zo kan men een dekking van de rooming-in-kosten genieten indien een familielid overnacht op de ziekenhuiskamer van een volwassen aangeslotene. Er geldt evenwel een beperking van de terugbetaling van € 18,60 per dag. Hospitaal Plus van de Liberale Mutualiteit Limburg biedt echter de minste bescherming tegen de kosten van rooming-in.

Niet alleen de verblijfskosten van een ouder komen in aanmerking voor een kostendekking. Bepaalde hospitalisatiediensten en -verzekeringen waarborgen eveneens de verblijfskosten van een donor, zoals men kan afleiden uit tabel 7.4.

Tabel 7.4: Vergelijking van de dekking van de verblijfskosten van een donor

Aanbieder	Dekking verblijfskosten donor
DKV (Plan IS2000)	100% terugbetaling indien er tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering. 50% terugbetaling indien er geen tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering. De maximale terugbetaling bedraagt € 1.239,47.
Ethias (Medi-Comfort)	Niet van toepassing.
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	Er geldt een 100% terugbetaling. 50% terugbetaling indien men kiest voor een opname in een 'duur' ziekenhuis.
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	De kosten worden volledig vergoed op voorwaarde dat de donor zich bewust laat hospitaliseren met het oog op het donorschap en er geen andere financiële tegemoetkoming voorzien is.

Liberaal Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	Niet van toepassing.
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	De kosten worden volledig vergoed. Er geldt wel een franchise voor het type kamer: • Éénpersoonskamer: € 186 • Tweepersoonskamer: € 62 Met betrekking tot de supplementen geldt: • Twee- en meerpersoonskamer: integrale terugbetaling persoonlijk aandeel; • Éénpersoonskamer: tot maximaal € 50 per gefactureerde dag.

Zowel Medi-Comfort van Ethias als Hospitaal Plus van de Liberale Mutualiteit Limburg, bieden geen tegemoetkoming voor de verblijfskosten met betrekking tot de donor. Uit tabel 7.4 blijkt dat KBC-hospitalisatieverzekering de ruimste bescherming biedt voor de verblijfskosten van een donor, indien deze weliswaar niet opgenomen wordt in een 'duur' ziekenhuis.

Voor de mutualiteiten biedt de Christelijke Mutualiteit Limburg met haar hospitalisatiedienst Hospitaalplan, de hoogste dekking van de verblijfskosten van een donor aan.

Verder kan men ook een verschil in regeling aantreffen betreffende de terugbetaling van de vervoerskosten. Tabel 7.5 geeft een overzicht van de hoogte van de vervoerskosten die aanspraak maken op een terugbetaling.

Tabel 7.5: Vergelijking van de dekking van de vervoerskosten

Aanbieder	Dekking vervoerskosten
DKV (Plan IS2000)	Vervoer over de weg: onbeperkte terugbetaling. Vervoer met helikopter: de terugbetaling beperkt zich tot de kosten van overbrenging van de plaats van het ongeval naar het ziekenhuis.
Ethias (Medi-Comfort)	Per kalenderjaar en per verzekerde terugbetaald ten belope van maximaal € 1.250.
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	Per kalenderjaar en per verzekerde terugbetaald ten belope van maximaal € 1.250.
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	Niet van toepassing.
Liberaal Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	Terugbetaling wordt beperkt tot € 255 per kalenderjaar.
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	Terugbetaling wordt beperkt tot € 250 per rechthebbende en per aansluitingsjaar.

De private verzekeringsmaatschappijen bieden een veel grotere waarborg inzake de vervoerskosten aan dan de mutualiteiten. Wat men vooral kan opmerken is dat de Christelijke Mutualiteit Limburg met haar Hospitaalplan als enige geen bescherming biedt tegen de kosten die men oploopt tijdens ziekenwagenvervoer.

Plan IS2000 van DKV beschermt de verzekerde het beste tegen de vervoerskosten. Deze hospitalisatieverzekering biedt zelfs een bescherming, weliswaar beperkt, tegen de kosten van helikopter- vervoer.

De Liberale Mutualiteit Limburg biedt voor de hospitalisatiediensten, aangeboden door de mutualiteiten, de grootste waarborg voor de vervoerskosten.

Er werd reeds eerder in deze thesis vermeld dat in geval van bevalling, men niet enkel kan rekenen op een terugbetaling van de kosten die hiermee gepaard gaan indien men in een ziekenhuis opgenomen wordt. Men kan ook een terugbetaling verkrijgen indien men kiest voor een thuisbevalling. De regelingen omtrent de tegemoetkoming inzake de kosten van thuisbevalling worden opgenomen in onderstaande tabel.

Tabel 7.6: Vergelijking van de dekking van de thuisbevallingkosten

Aanbieder	Dekking thuisbevallingkosten
DKV (Plan IS2000)	Identieke dekking van de kosten alsof men zou geopteerd hebben voor een bevalling in een ziekenhuis. 100% terugbetaling indien er tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering. 50% terugbetaling indien er geen tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering.
Ethias (Medi-Comfort)	Beperkt tot maximaal het drievoud van de bedragen der wettelijke tegemoetkoming.
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	Forfaitaire vergoeding van € 625, hierin wordt ook de vergoeding voor ambulante medische zorgen voor en na de bevalling inbegrepen.
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	Dekt volledig de kosten die vanaf één maand voor en tot drie maanden na de thuisbevalling opgelopen worden. Kosten die in aanmerking komen voor een dekking: • Remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer worden volledig ver-

	goed; • Honorariumsupplementen, in zoverre deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden vergoed tot maximum 100% van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV; • Terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	Identieke dekking van de kosten alsof men zou geopteerd hebben voor een bevalling in een ziekenhuis. De tussenkomst met betrekking tot zwangerschap, zwangerschapscomplicaties en bevalling, worden vergoed tot maximaal € 1.000 per zwangerschap.
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	Niet van toepassing.

Enkel KliniPlan van de Voorzorg Limburg biedt geen waarborg voor de kosten met betrekking tot de thuisbevalling. Verder valt er op dat enkel DKV en de Liberale Mutualiteit Limburg met hun hospitalisatieverzekering en –dienst qua terugbetaling van de bevallingskosten geen onderscheid maken tussen het feit of de verzekerde kiest voor een thuisbevalling of voor een bevalling in het ziekenhuis. Bij Hospitaal Plus wordt de hoogte van de tegemoetkoming evenwel beperkt tot € 1.000 per zwangerschap.

Voor de hospitalisatiediensten, aangeboden door de mutualiteiten, biedt Hospitaalplan de grootste dekking inzake de thuisbevallingskosten.

Tabel 7.7: Vergelijking kostendekking van geneesmiddelen

Aanbieder	Dekking geneesmiddelen
DKV (Plan IS2000)	100% terugbetaling indien er tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering. 50% terugbetaling indien er geen tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering.
Ethias (Medi-Comfort)	De terugbetaling beperkt zich tot het drievoud van de bedragen die terugbetaald werden door de wettelijke ziekteverzekering. Voor de niet-vergoedbare, onder categorie 'D' opgenomen geneesmiddelen geldt er een beperkte tussenkomst van € 1.250 per jaar.

KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	Er geldt 100% terugbetaling. 50% terugbetaling indien men kiest voor een opname in een 'duur' ziekenhuis. De geneesmiddelen moeten evenwel opgenomen worden in de lijst van de specialiteiten van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	Terugbetaalbare worden volledig vergoed. Niet terugbetaalbare worden vergoed voor 75% van de gefactureerde kosten met een maximum van € 1.250 per aangeslotene per hospitalisatie. (De gezamenlijke terugbetaling van niet terugbetaalbare geneesmiddelen en niet terugbetaalbare implantaten (beperkt tot 50% van de factuurprijs) wordt beperkt tot € 1.500 per hospitalisatie.)
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	De tegemoetkoming van de terugbetaalbare geneesmiddelen wordt beperkt tot 100% van de wettelijke RIZIV-tussenkost. De tegemoetkoming van de niet terugbetaalbare geneesmiddelen wordt beperkt tot 50% van de factuurprijs met een gezamenlijk plafond van € 750 voor de niet vergoedbare geneesmiddelen en voor de niet vergoedbare implantaten (beperkt tot 50% van de factuurprijs).
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	De tegemoetkoming van de geneesmiddelen wordt beperkt tot 100% van de kosten, ongeacht of er een tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering is. (Er geldt wel nog de beperking van een gezamenlijke terugbetaling van € 1250, dit voor de niet terugbetaalbare geneesmiddelen en voor 50 % van de niet terugbetaalbare implantaten, endoscopisch materiaal of viscerosynthesemateriaal.)

Met betrekking tot de tegemoetkoming inzake de kosten van geneesmiddelen, biedt Plan IS2000 van DKV de ruimste dekking. Zo wordt er voor de niet-vergoedbare geneesmiddelen geen beperking opgenomen inzake het terugbetalingbedrag. KBC-hospitalisatieverzekering voorziet, van de drie in deze studie opgenomen private verzekeringsmaatschappijen, in de minste bescherming betreffende de kostendekking van geneesmiddelen. De reden hiervoor is dat er geen terugbetaling

wordt voorzien van de geneesmiddelen die niet opgenomen zijn in de lijst van de farmaceutische specialiteiten.

Voor de mutualiteiten biedt de hospitalisatiedienst KliniPlan van de Voorzorg Limburg de meest uitgebreide dekking tegen de geneesmiddelenkosten. Zo geldt er bij deze hospitalisatiedienst een volledige terugbetaling van zowel de terugbetaalbare als de niet terugbetaalbare geneesmiddelen. Net zoals de Christelijke Mutualiteit Limburg en de Liberale Mutualiteit Limburg, wordt de vergoeding van de niet terugbetaalbare geneesmiddelen beperkt tot een bepaald plafond. Dit plafond is een gezamenlijk plafond dat, voor deze drie mutualiteiten, van toepassing is op de niet terugbetaalbare geneesmiddelen en de niet terugbetaalbare implantaten. Dit gezamenlijk plafond is voor Hospitaalplan en KliniPlan voor een bedrag van €1.250 even hoog. De Liberale Mutualiteit daarentegen brengt dit plafond op een bedrag van slechts € 750.

Tabel 7.8: Vergelijking van de dekking van de kosten van prothesen

Aanbieder	Dekking geneesmiddelen
DKV (Plan IS2000)	100% terugbetaling indien er tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering. 50% terugbetaling indien er geen tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering. 100% terugbetaling van tandprothesen maar beperkt tot €743,68 per verzekerde en per verzekeringsjaar.
Ethias (Medi-Comfort)	Terugbetaling beperkt tot het drievoud van de bedragen die terugbetaald werden door de wettelijke ziekteverzekering. Geen terugbetaling van prothesen met zuiver esthetisch karakter.
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	Genieten enkel van een terugbetaling indien ze recht geven op een wettelijke tegemoetkoming voorzien door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Er geldt een 100% terugbetaling. De terugbetaling wordt evenwel beperkt tot 50% van de kosten indien men kiest voor een opname in een 'duur' ziekenhuis.
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	De eerste terugbetaalbare prothese op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing vereist is door het groeiproces

	en dit tot de leeftijd van 21 jaar.
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	Tegemoetkoming beperkt tot 100% van de RIZIV-tussenkost. Geen tegemoetkoming voor prothesen van zuiver esthetisch karakter.
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	Enkel een tegemoetkoming voor de eerste prothese en indien de wettelijke ziekteverzekering tussenkomt. Voor kinderen worden de latere prothesen of orthopedische toestellen terugbetaald in de mate dat de plaatsing vereist is door het groei-proces, en dit tot de leeftijd van 21 jaar en op voorwaarde dat deze prothese of dit orthopedisch toestel recht geeft op een wettelijke tegemoetkoming. De tegemoetkoming van de prothesen wordt beperkt tot 100% van de kosten.

De grootste dekking van de prothesekosten, aangeboden door de private verzekeringsmaatschappijen opgenomen in deze studie, verkrijgt men bij Plan IS2000 van DKV. Deze hospitalisatieverzekering biedt zowel bescherming tegen de kosten van prothesen die recht geven op een wettelijke terugbetaling als tegen die daar geen recht op geven. Voor de prothesen die geen recht geven op een wettelijke tegemoetkoming wordt de terugbetaling weliswaar beperkt tot 50% van de kosten. Bij de mutualiteiten kan men de grootste bescherming voor de prothesekosten genieten bij Hospitaal Plus van de Liberale Mutualiteit. Deze hospitalisatiedienst voorziet in een 100% terugbetaling ongeacht of het de eerste prothese is. Hospitaalplan en KliniPlan beschermen de aangeslotene enkel tegen de kosten van de eerste prothese indien de wettelijke ziekteverzekering tussenkomt. Voor beide hospitalisatiediensten geldt voor kinderen tot 21 jaar hier wel een uitzondering op.

7.2.2 Waarborg pré- en posthospitalisatie

De aangeboden waarborg pré- en posthospitalisatie vertoont eveneens verschillen tussen de aanbieders van hospitalisatieverzekeringen en -diensten opgenomen in deze vergelijkende studie. In tabel 7.9 worden de periodes weergegeven die recht geven op een dekking van de kosten die opgelopen worden voor en na de hospitalisatie.

Wat op te merken valt is dat KBC-hospitalisatieverzekering de langste periode voor een kostendekking garandeert. Zo komen de kosten die in rechtstreeks verband staan met de hospitalisatie, die zich voordoen 2 maanden voor de hospitalisatie en 6 maanden na de hospitalisatie, in aanmerking voor de waarborg pré- en posthospitalisatie. DKV biedt met Plan IS2000 de kortste periode aan.

Medi-Comfort, Hospitaalplan en Hospitaal Plus bieden allen een dekking van de kosten, die in rechtstreeks verband staan met de opname, die zich één maand voor en drie maanden na de opname hebben voorgedaan.

Tabel 7.9: Vergelijking van de periodes pré- en posthospitalisatie

Aanbieder	Periode pré- en posthospitalisatie	
	Voor de opname	Na de opname
DKV (Plan IS2000)	30 dagen	30 dagen
Ethias (Medi-Comfort)	30 dagen	90 dagen
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	60 dagen	180 dagen
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	30 dagen	90 dagen
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	30 dagen	90 dagen
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	n.v.t.	n.v.t.

Opmerkelijk is dat de Voorzorg Limburg, met KliniPlan, als enige aanbieder geen periodes bepaalt dewelke recht geven op een dekking van de kosten van voor en na de hospitalisatie. Dit wil echter niet zeggen dat zij geen waarborg bieden voor deze kosten. De Voorzorg Limburg vergoedt de kosten die in verband staan met de opname, maar die niet tijdens de opname opgelopen werden, door middel van een forfaitair bedrag. Tabel 7.10 illustreert de hoogte van de tegemoetkoming voor de kosten die voor en na de opname geschieden en die in rechtstreeks verband staan met de opname.

Tabel 7.10: Vergelijking van de hoogte van de vergoeding van pré- en posthospitalisatie

Aanbieder	Hoogte van de vergoeding
DKV (Plan IS2000)	- Tegen 100%: de medische en paramedische prestaties na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering; - Tegen 80%: de allopathische en homeopathische geneesmiddelen, verbanden en medisch materiaal (geen tandmateriaal) na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering; - Tegen 50% indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt.
Ethias (Medi-Comfort)	Geen beperking opgenomen voor de volgende gewaarborgde kosten: - Dokterskosten - Kinesistkosten; - Apothekerskosten.
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	100% tussenkomst indien er tussenkomst is

	voorzien van de wettelijke ziekteverzekering en indien er een doktersvoorschrift is, voor de kosten van: • Raadplegingen, onderzoeken en behandelingen; • Farmaceutische en homeopathische producten; • Prothesen of orthopedische toestellen; • Huur van medisch materiaal. Zelfs de kosten gemaakt door de donor komen in aanmerking.
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	100% vergoeding voor: • Remgelden geneeskundige verzorging en behandeling; • Honorariumsupplementen; • Eerste prothese of eerste orthopedisch toestel; • Terugbetaalbare geneesmiddelen, implantaten, synthesemateriaal, gipsmateriaal, stoma- en incontinentiemateriaal. Per kalenderjaar en per aangeslotene tot maximaal € 13.000 voor het totaal van de gewaarborgde kosten opgenomen onder de waarborg hospitalisatie, pré- en posthospitalisatie en bijzondere waarborg.
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	Beperkt tot € 510 per kalenderjaar.
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	Forfaitaire vergoeding: • 20%: opname in daghospitaal; • 10%: opname in gemeenschappelijke of tweepersoonskamer • 5%: opname in éénpersoonskamer

Niet alleen is de gewaarborgde periode het langst, tevens is de dekking die KBC-hospitalisatieverzekering biedt het ruimst. Zo worden eveneens de kosten, opgelopen voor en na de hospitalisatie, gedekt die gemaakt worden door een donor.

De ruimste dekking van de pré- en posthospitalisatiekosten aangeboden door de mutualiteiten vindt men terug bij Hospitaalplan van de Christelijke Mutualiteit Limburg, daar zij een dekking voorzien van een vrij brede waaier van kosten die optreden voor en na de hospitalisatie.

7.2.3 Waarborg ernstige ziekten

De laatste waarborg die onderworpen wordt aan een vergelijking tussen de verschillende aanbieders opgenomen in deze studie, is de waarborg ernstige ziekten. Zo biedt elke hospitalisatieverzekering en -dienst, die deel uitmaakt van de vergelijkende studie, een dekking tegen de ambulante kosten die het gevolg zijn van een ernstige ziekte. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal ziekten die kunnen rekenen op een tegemoetkoming inzake de ambulante kosten die hiervan het gevolg zijn.

Tabel 7.11: Vergelijking van het aantal gewaarborgde ernstige ziekten

Aanbieder	Aantal gewaarborgde ernstige ziekten
DKV (Plan IS2000)	27
Ethias (Medi-Comfort)	28
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	29
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	24
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	22
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	26

Uit tabel 7.11 kan men afleiden dat KBC-hospitalisatieverzekeringen het meeste aantal gewaarborgde ernstige ziekten opneemt in zijn polisvoorwaarden. Verder valt op dat er tussen de mutualiteiten en de private verzekeringsmaatschappijen weinig verschil is tussen het aantal gewaarborgde ziekten.

De mutualiteit die het meeste ernstige ziekten waarborgt is de Voorzorg Limburg met haar hospitalisatiedienst KliniPlan.

Tabel 7.12: Vergelijking van de tegemoetkoming van de kosten van ernstige ziekten

Aanbieder	Tegemoetkoming gewaarborgde kosten
DKV (Plan IS2000)	- Tegen 100%: de medische en paramedische prestaties na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering; - Tegen 80%: de allopathische en homeopathische geneesmiddelen, verbanden en medisch materiaal (geen tandmateriaal) na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering;

	• Tegen 50% indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt.
Ethias (Medi-Comfort)	De terugbetaling beperkt zich tot het drievoud van de bedragen die terugbetaald werden door de wettelijke ziekteverzekering.
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	De gewaarborgde kosten voor ambulante medische zorg worden voor 100% gedekt.
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	Beperkt tot € 7.000 per kalenderjaar per aangeslotene.
Liberaal Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	Tegemoetkoming tot maximaal 100% van de wettelijke RIZIV-tussenkost. Beperkt tot € 3.794 per kalenderjaar.
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	Tegemoetkoming tot maximaal 100% van de wettelijke RIZIV-tussenkost. Beperkt tot € 6.250 per kalenderjaar per aangeslotene.

KBC-hospitalisatieverzekering biedt de ruimste kostendekking aan inzake de waarborg ernstige ziekten. Zo worden ondermeer de kosten voor de volgende medische prestaties voor 100% gedekt indien ze op doktersvoorschrift geschieden en recht geven op een wettelijke tegemoetkoming:

- Raadplegingen, onderzoeken en behandelingen;
- Farmaceutische en homeopathische producten;
- Huur van medisch materiaal op doktersvoorschrift.

Hospitaalplan is de hospitalisatiedienst, in deze vergelijkende studie, die in de meest ruime bescherming voorziet tegen de kosten van de ambulante behandeling van ernstige ziekten.

7.3 De wachttijd

Op vlak van de algemene wachttijd die toegepast wordt bij de verschillende hospitalisatieverzekeringen en -diensten, die opgenomen werden in deze vergelijkende studie, is er, zoals men kan afleiden uit tabel 7.13, weinig verschil. Zo kan men opmerken dat elke aanbieder in de regel 3 maanden hanteert, met uitzondering van DKB met haar hospitalisatieverzekering Plan IS2000. Hier wordt er geen algemene wachttijd vastgesteld. De verzekering gaat dus met andere woorden in vanaf de dag volgend op de aansluiting.

Tabel 7.13: Vergelijking van de algemene wachttijden

Aanbieder	Algemene wachttijd
DKV (Plan IS2000)	Geen
Ethias (Medi-Comfort)	3 maanden
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	3 maanden
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	3 maanden
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	3 maanden
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	3 maanden

Wat hier duidelijk opvalt, is het feit dat er tussen de privé-verzekeraars en mutualiteiten, op uitzondering van DKV na, geen verschillen bestaan. Zo hanteren de overblijvende aanbieders allen een algemene wachttijd van drie maanden.

Zoals reeds werd toegelicht in deze thesis, bestaan er uitzonderingen op de algemene wachttijden, weergegeven in bovenstaande tabel. In tabel 7.14 ziet men dat er voor deze uitzonderingen evenwel verschillen zijn tussen de privé-verzekeraars en de mutualiteiten.

Tabel 7.14: Vergelijking van de uitzonderingen op de algemene wachttijd

Aanbieder	Uitzonderingen op de algemene wachttijd
DKV (Plan IS2000)	<u>9 maanden</u> voor bevallingen. <u>12 maanden</u> voor tandbehandelingen, inclusief tandprothesen, tandmateriaal, kronen, bruggen en implantaten.
Ethias (Medi-Comfort)	<u>Geen</u> : • Voor ongevallen; • Voor gewaarborgde besmettelijke ziekten; • Voor de personen die reeds van een verzekering genoten welke analoge voordelen waarborgt als onderhavige verzekeringsovereenkomst, en voor zover er drie maanden verstreken zijn sedert de ondertekening van deze vorige verzekering. Er mag bovendien geen onderbreking zijn tussen beide verzekeringen; • In geval van huwelijk voor de echtgeno(o)t(e) en bij geboorte voor de

	pasgeborene van een persoon die reeds verzekerd was, voor zover de aansluiting plaatsheeft binnen de maand volgend op de gebeurtenis. <u>12 maanden</u> voor bevallingen of zwangerschapen.
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	<u>Geen:</u> • Voor ongevallen; • Voor acute besmettelijke ziekten; • Voor pasgeborenen. <u>10 maanden</u> voor zwangerschapscomplicaties en bevallingen. <u>24 maanden</u> voor zwangerschapscomplicaties en bevallingen indien de vrouw als enige volwassene verzekerd is in de overeenkomst.
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	<u>Geen:</u> • Voor ongevallen; • Voor acute besmettelijke ziekten; • Voor pasgeborenen. <u>9 maanden</u> voor: • Bevallingen, thuisbevallingen en kosten ten gevolge van zwangerschapsverwikkelingen; • Vruchtbaarheidsbehandelingen.
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	<u>Geen:</u> • Voor ongevallen; • Voor acute besmettelijke ziekten; • Voor personen die: - Via de Liberale Mutualiteit reeds aangesloten waren bij de collectieve privé-verzekering van de OMOB; - Reeds een soortgelijke privé-hospitalisatieverzekering hadden of, in geval van mutatie, bij hun vorige mutualiteit aangesloten waren bij een soortgelijke kostendekkende hospitalisatiedienst.

	• Voor pasgeborenen. <u>12 maanden</u> voor zwangerschappen, zwangerschapscomplicaties en bevallingen.
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	<u>Geen:</u> • Voor ongevallen; • Voor acute besmettelijke ziekten; • Voor pasgeborenen en adoptiekin- deren; • Voor personen die tot en met de dag voor de aansluiting een gelijk- waardige kostendeekkende hospitali- satiedienst of –verzekering had. <u>9 maanden</u> voor bevallingen, zwangerschap en hun complicaties en verwikkelingen.

Wat duidelijk in tabel 7.14 opvalt, is het verschil in regeling met betrekking tot de wachttijd die men moet doorlopen alvorens men van een kostendekking kan genieten van de medische kosten die gepaard gaan met een bevalling. Omtrent deze wachttijd kan men drie verschillende regelingen waarnemen. Zo past men bij Plan IS2000, Hospitaalplan en KliniPlan een wachttijd voor bevallingen toe van negen maanden. Deze wachttijd, wordt in geval van bevalling, bij KBC-hospitalisatieverzekering verlengd met één maand. De wachttijd bedraagt met andere woorden tien maanden. Er geldt wel een uitzondering op deze wachttijd van tien maanden bij KBC-hospitalisatieverzekering. Zo wordt deze periode uitgebreid tot 24 maanden indien de vrouw als enige in de polis verzekerd is. Als laatste kan men de wachttijd die van toepassing is bij Medi-Comfort en Hospitaal Plus aanstippen. De polisvoorwaarden hiervan vermelden een wachttijd van 12 maanden voor bevallingen.

7.4 Territoriale geldigheid

Tabel 7.15 geeft de territoriale geldigheid en de manier van het vergoeden van de hospitalisatiekosten opgelopen in het buitenland weer. Er valt op te merken dat zowel de hospitalisatieverzekeringen als de hospitalisatiediensten opgenomen in deze vergelijkende studie, allen een wereldwijde dekking van de hospitalisatiekosten verschaffen. Er bestaat echter wel een verschil in de manier van tegemoetkoming van deze opgelopen kosten.

Tabel 7.15: Vergelijking van de territoriale geldigheid en tegemoetkomingprocedure

Aanbieder	Territoriale geldigheid
DKV (Plan IS2000)	Wereldwijde dekking. Identieke dekking van de kosten zoals van toe-

	passing in België.
Ethias (Medi-Comfort)	Wereldwijde dekking. Voorziet elke terugbetaling wanneer met het desbetreffende land een overeenkomst inzake sociale zekerheid van de loontrekkenden is afgesloten of bij gebreke hieraan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgevingen van toepassing op de loontrekkenden.
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	Wereldwijde dekking. In lidstaat van Europese Unie: volledige vergoeding. In een niet-lidstaat van de Europese Unie of een lidstaat van de Europese Unie waarmee België geen overeenkomst heeft afgesloten, een tussenkomst voor slechts de helft van de kosten en met een maximum van € 6.250 per hospitalisatie.
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	Wereldwijde dekking. Beperkte terugbetaling tot maximaal €500 per kalenderjaar per aangeslotene. De tegemoetkoming wordt berekend volgens de berekening voor de kosten gemaakt in België.
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	Wereldwijde dekking. Terugbetaling volgens de algemene statutaire voorwaarden, maar de tussenkomst wordt verkregen na uitputting van de tussenkomst verkregen door 'Euro-Cross' of een andere medische reisbijstandsverzekering of beroepsverzekering.
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	Wereldwijde dekking. Binnen de Europese Economische Ruimte, tegemoetkomingen toegestaan op basis van de Europese regelgeving en jurisprudentie. Buiten de Europese Economische Ruimte, tegemoetkomingen toegestaan indien de hospitalisatie een dringend en onvoorzien karakter vertoont of indien de rechthebbende een voorafgaandelijk akkoord verkregen heeft.

Plan IS2000 van DKV biedt de ruimste bescherming betreffende de in het buitenland opgelopen hospitalisatiekosten. Voor de private verzekeringsmaatschappijen scoort KBC-hospitalisatieverzekering het slechtste omtrent deze kostendekking, daar het de vergoeding van de kosten opgelopen in een land buiten de Europese Unie slechts voor de helft dekt en het uitkeringsbedrag per hospitalisatie beperkt tot € 6.250.

Bij de mutualiteiten biedt de Christelijke Mutualiteit Limburg met Hospitaalplan de minste bescherming tegen de hospitalisatiekosten opgelopen in het buitenland.

7.5 De premie

De laatste vergelijkingsgrond die in dit hoofdstuk besproken wordt is de premie. Inzake de hoogte en de berekening van de premie duiken er heel wat verschillen op. Men kan bij de hospitalisatieverzekeringen en –diensten twee methoden onderscheiden betreffende de bepaling van de premie. DKV en KBC bepalen de hoogte van de hospitalisatieverzekeringspremie door rekening te houden met de instapleeftijd. Tijdens de looptijd blijft de premie vrij constant en wordt deze enkel verhoogd door indexatie.

Bij zowel de drie mutualiteiten als de privé-verzekeraar Ethias, wordt de hoogte van de bijdrage of premie bepaald door de leeftijd die verzekeringsnemer heeft op het moment van de premiebetaling. Telkens wanneer de verzekerde van leeftijdscategorie verandert, verandert de hoogte van zijn premie of bijdrage. De premie of bijdrage blijft dus tijdens de looptijd van de overeenkomst niet constant. De premie- of bijdragehoogte kan eveneens jaarlijks aangepast worden aan de gezondheidsindex.

Om het verschil in hoogte van de jaarpremie of jaarbijdrage aan te tonen, worden er twee voorbeelden uitwerkt.

Het eerste voorbeeld is van een alleenstaande die de leeftijd van 25 jaar heeft bereikt en graag een hospitalisatieverzekering of –dienst wenst af te sluiten. Voor de eenvoud wordt er van uitgegaan dat de alleenstaande niet voor vrijwillige franchise kiest. Tabel 7.16 geeft de hoogte van de jaarbijdragen/jaarpremies weer die van toepassing zijn op dit voorbeeld.

Tabel 7.16: Vergelijking hoogte jaarpremie/jaarbijdrage 25-jarige alleenstaande

Aanbieder	Hoogte jaarpremie/jaarbijdrage
DKV (Plan IS2000)	€ 246,19
Ethias (Medi-Comfort)	€ 264,00
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	€ 283,52
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	€ 83,88
Liberaal Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	€ 68,40
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	€ 37,20

Zoals men kan afleiden uit bovenstaande tabel, bestaat er een beduidend verschil in hoogte van jaarbijdrage (resp. jaarpremie) tussen de mutualiteiten (resp. private verzekeringsmaatschappijen).

KBC-hospitalisatieverzekering blijkt de duurste hospitalisatieverzekering te zijn voor deze alleenstaande 25-jarige. DKV is met Plan IS2000 de goedkoopste van de private verzekeringsmaatschappijen.

De laagste jaarbijdrage dient men te betalen voor de hospitalisatiedienst KliniPlan van de Voorzorg Limburg.

Zoals eerder werd toegelicht bestaan er twee methoden om de premie- en bijdragehoogte te bepalen. Om het effect hiervan te kunnen weergeven, wordt voor deze 25-jarige alleenstaande de som gemaakt van de bijdragen die hij eventueel zou moeten betalen, tot aan de leeftijd van 78 jaar. De berekening van deze som wordt opgenomen in bijlage VIII. Daar alle verzekeringsmaatschappijen en mutualiteiten hun premies en bijdragen jaarlijks kunnen aanpassen aan de veranderende gezondheidsindex, wordt er bij deze berekening geen rekening gehouden met de eventuele evolutie van deze index. Het totale premie- of bijdragebedrag vormt als het ware de som van de premies of bijdragen die gelden voor dit jaar, en vermeld werden in deze thesis. Onderstaande tabel geeft de totale premie- of bijdragebedragen weer die de alleenstaande gedurende de looptijd van 25 tot 78 jaar zou betaald hebben.

Tabel 7.17: Vergelijking van het totale premie- of bijdragebedrag van een alleenstaande

Aanbieder	Totaal van de eventueel te betalen premies / bijdragen voor een alleenstaande van 25 tot 78 jaar
DKV (Plan IS2000)	€ 13.294,26
Ethias (Medi-Comfort)	€ 20.576,60
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	€ 15.310,08
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	€ 6.905,40
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	€ 8.190,84
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	€ 7.192,20

Men kan uit bovenstaande tabel opmerken dat er voor de alleenstaande 25-jarige een beduidend verschil bestaat tussen het totaal te betalen premies bij de private verzekeringsmaatschappijen. Wat opvalt is dat nu Ethias met Medi-Comfort de duurste verzekeringsmaatschappij is. Deze maatschappij hanteert, met haar hospitalisatieverzekering, premies die variëren met de leeftijdscategorie waartoe de verzekerde behoort. KBC-hospitalisatieverzekering was, zoals men kon afleiden uit tabel 7.16, de duurste indien men enkel keek naar de hoogte van de premie die de alleenstaande zou moeten betalen indien hij zich nu zou aansluiten bij de hospitalisatieverzekering. Maar op lange termijn kan men vaststellen dat KBC-hospitalisatieverzekering niet langer de duurste is. Ook bij de

mutualiteiten is de rangschikking niet langer dezelfde als deze die men kon vaststellen aan de hand van tabel 7.16. Op basis van het premiebedrag dat de alleenstaande zou moeten betalen op zijn 25-jarige leeftijd, kwam de Christelijke Mutualiteit er als duurste uit. Maar indien men op lange termijn de bijdragen optelt, komt de Christelijke Mutualiteit er als meest goedkope uit. Indien de alleenstaande op 25-jarige leeftijd zou aansluiten bij Hospitaal Plus van de Liberale Mutualiteit Limburg en aangesloten blijft tot zijn 78^{ste} verjaardag, dan zou hij voor deze hospitalisatiedienst het meest betaald hebben.

Het tweede voorbeeld, dat hier uitgewerkt wordt om de hoogte van de premie of bijdrage, die men dient te betalen bij de instap tot de hospitalisatiedienst- of verzekering, weer te geven, handelt over een gezin bestaande uit vier leden. Zo zijn er twee kinderen van respectievelijk 12 en 16 jaar, en de ouders met een leeftijd van 29 en 31 jaar. Dit gezin wil alle gezinsleden verzekeren in één polis. De hoogte van de jaarpremie (resp. jaarbijdrage) voor de hospitalisatieverzekering (resp. hospitalisatiedienst) wordt weergegeven in tabel 7.18. Voor de eenvoud wordt ook hier aangenomen dat het gezin geen vrijwillige franchise wenst.

Tabel 7.18: Vergelijking hoogte jaarpremie / jaarbijdrage gezin

Aanbieder	Hoogte jaarpremie / jaarbijdrage
DKV (Plan IS2000)	128,16+128,16+270,98+284,83 = € 812,13
Ethias (Medi-Comfort)	66,01+66,01+[(264,00+264,00)-30] = € 630,02
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	(99,59+99,59+285,53+286,54)*0,90 = € 694,13
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	37,08+37,08+83,88+83,88 = € 241,92
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	26,04+26,04+68,40+102,36 = € 222,84
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	37,20+37,20+92,52+92,52 = € 259,44

In dit voorbeeld blijkt Plan IS2000 van DKV de duurste hospitalisatieverzekering te zijn. Dit was echter niet het geval in het vorige voorbeeld. Daar was KBC-hospitalisatieverzekering de duurste. Maar de gezinskorting van 10% die KBC toekent, indien men meer dan drie personen verzekert, zorgt ervoor dat deze hospitalisatieverzekering niet langer de duurste is. Verder dient er op gewezen te worden dat Ethias eveneens een korting toekent in dit voorbeeld. Zo krijgen de verzekerde partners een reductie van € 30 op hun gezamenlijke premie indien ze beiden jonger zijn dan 40 jaar. De enige private verzekeringsmaatschappij die geen voordeliger tarief toekent aan zijn kandi-

daat-verzekerden indien zij voor hun hele gezin een hospitalisatieverzekering wensen af te sluiten is DKV met Plan IS2000.

Uit bovenstaand voorbeeld kan men dus afleiden dat het voordeliger is om KBC-hospitalisatieverzekering af te sluiten, voor minimaal twee personen, daar men dan recht heeft op een gezinskorting.

Bij de mutualiteiten valt op dat de goedkoopste hospitalisatiedienst in voorbeeld 1, KliniPlan, de duurste is in voorbeeld 2. Dit valt te verklaren doordat de bijdrage van de 29-jarige beduidend hoger ligt dan voor Hospitaalplan en Hospitaal Plus het geval is. De bijdrage van de 31-jarige is daarentegen, bij KliniPlan niet het hoogste bedrag van de drie mutualiteiten. Deze vindt men terug bij de Liberale Mutualiteit Limburg met Hospitaal Plus. Maar de bijdrage van KliniPlan voor de 31-jarige is wel nog hoger dan deze voor Hospitaalplan van de Christelijke Mutualiteit Limburg. Men kan dus besluiten dat KliniPlan voor personen tot 25 jaar de meest goedkope hospitalisatiedienst aanbiedt. Voor de leeftijdscategorie 26-29 jaar is KliniPlan echter de duurste in deze vergelijkende studie. Tussen de leeftijd van 30 en 49 jaar dient men de hoogste premie te betalen voor de hospitalisatiedienst Hospitaal Plus, van de Liberale Mutualiteit Limburg.

Om ook voor dit voorbeeld een lange termijn beeld weer te geven, wordt er de som gemaakt van de premies en bijdragen die het koppel zou moeten betalen vanaf de leeftijd van 29 (resp. 31) jaar tot de leeftijd van 78 (resp. 80) jaar. Voor de eenvoud beschouwt men in dit voorbeeld dat het koppel geen kinderen heeft, de premies of bijdragen die men dient te betalen niet aangepast worden aan de gezondheidsindex en dat het koppel geen vrijwillige franchise wenst. Het totaal van de jaarpremies en -bijdragen die men over deze looptijd zou moeten betalen wordt weergegeven in onderstaande tabel. De berekening vindt men terug in bijlage IX van dit werk.

Tabel 7.19: Vergelijking van het totale premie- en bijdragebedrag van een koppel

Aanbieder	Totaal van de eventueel te betalen premies / bijdragen voor een koppel van 29 en 31 jaar tot 78 en 80 jaar
DKV (Plan IS2000)	€ 27.790,50
Ethias (Medi-Comfort)	€ 39.561,00
KBC (KBC-hospitalisatieverzekering)	€ 27.173,33
Christelijke Mutualiteit Limburg (Hospitaalplan)	€ 13.464,00
Liberale Mutualiteit Limburg (Hospitaal Plus)	€ 16.299,24
Voorzorg Limburg (KliniPlan)	€ 14.088,72

Wederom kan men hier opmerken dat Ethias met Medi-Comfort de duurste hospitalisatieverzekering, op de lange termijn, is. Ethias kwam er als goedkoopste uit in het vorige voorbeeld, weergegeven in tabel 7.18. Men krijgt als koppel wel een vermindering van € 30 indien beide partners jonger zijn van 40 jaar, maar deze vermindering heeft echter geen gevolg op de hoogte van de

som van de premies over deze volledige looptijd. Verder blijkt uit bovenstaande tabel dat KBC-hospitalisatieverzekering voor dit koppel de goedkoopste is op lange termijn. Dit komt ondermeer door de vermindering van 5% op de totale premie, die KBC toekent indien er twee verzekerden aangesloten worden bij deze hospitalisatieverzekering. Zelfs DKV is fors goedkoper dan Ethias, en dit terwijl DKV met Plan IS2000 geen vermindering toekent indien men met meer dan één persoon aansluit bij de verzekering.

Als men de totale bijdragen bekijkt die men dient te betalen voor de hospitalisatiediensten opgenomen in deze vergelijkende studie, dan kan men stellen dat Hospitaalplan van de Christelijke Mutualiteit Limburg de goedkoopste is op lange termijn.

Uit de uitgewerkte voorbeelden blijkt dat er in de hoogte van de premie/bijdrage een groot verschil bestaat. Niet alleen valt er een verschil op te merken tussen de privé-verzekeraars en de mutualiteiten, maar ook tussen de privé-verzekeraars en de mutualiteiten onderling. Ook zorgt de methode van de bepaling van de premiehoogte voor grote verschillen op zowel korte als lange termijn. Op lange termijn komt de private verzekeringsmaatschappij Ethias er als duurste uit. Deze maatschappij is ook de enige privé-verzekeraar, opgenomen in deze studie, waarvan de premiehoogte tijdens de looptijd van de verzekering varieert naargelang de leeftijd van de verzekerde. Op het einde van de rit blijkt zo'n verzekering fors duurder te zijn. Op basis van de vaststellingen van de totale hoogte van de premies, die men zou betaald hebben over de hele looptijd van de hospitalisatieverzekering, kan men concluderen dat het veel voordeliger is om zich aan te sluiten bij de hospitalisatieverzekering aangeboden door DKV en KBC, indien men dit doet op een jonge leeftijd. Het voordeel wordt behaald door het feit dat de premie, voor deze maatschappijen, op jonge leeftijd nog vrij laag ligt, weliswaar hoger dan deze van Medi-Comfort van Ethias, en men deze premie gedurende de hele looptijd van de hospitalisatieverzekering dient te betalen.

8 Conclusie

Het eerste deel van dit werk is dieper ingegaan op de problematiek inzake de aanvullende hospitalisatieverzekering. Hierna zal kort een overzicht gegeven worden van de problemen met betrekking tot de hospitalisatieverzekering en de manier waarop de overheid hierop gereageerd heeft.

Een eerste probleem dat er aangekaart werd was dat van de forse premiestijgingen. Door deze premiestijgingen werd voor sommige mensen deze verzekering onbetaalbaar, en dit terwijl deze verzekering de dag van vandaag geëvolueerd is van een luxegoed naar een noodzakelijk goed. De reden van deze verschuiving kan men vinden in het feit dat het remgeld steeds hoger en hoger wordt, en de hospitalisatieverzekering een volledige of gedeeltelijke bescherming biedt tegen deze financiële last van het remgeld. De stijging van het remgeld kan men verklaren door het feit dat de sociale zekerheid onder een grote financiële druk staat. Het is dus belangrijk dat iedereen een hospitalisatieverzekering kan afsluiten, om zich zo te kunnen beschermen tegen de hoge medische kosten. De overheid heeft door middel van nieuwe wetgeving het probleem van de forse premiestijgingen trachten te verhelpen. Zo wordt er in de nieuwe wet bepaald dat er buiten de vier voorwaarden opgenomen in de wet, niet meer aan de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden mag geraakt worden, eens de overeenkomst afgesloten is. De vier voorwaarden waarbij het wel toegelaten is, zijn:

- Aanpassing op aanvraag van de verzekeringsnemer;
- Aanpassing op de jaarlijkse premieervaldag op grond van het indexcijfer;
- Aanpassing op grond van een duurzame wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties;
- Aanpassing indien er een wijziging in het beroep van de verzekerde is of indien deze van statuut in de sociale zekerheid verandert.

De moeilijkheden die chronisch zieken en personen met een handicap ondervinden bij het afsluiten van een hospitalisatieverzekering, is het tweede probleem dat men kan aanstippen inzake deze verzekering. Als oplossing voor dit probleem heeft de overheid een tweejarige periode ingesteld, startend vanaf de inwerkingtreding van de nieuwe wet, waarin de chronisch zieken en personen met een handicap, die de leeftijd van 65 jaar niet bereikt hebben, niet meer geweigerd mogen worden voor het afsluiten van een hospitalisatieverzekering. Bij deze nieuwe regelgeving dient er wel een kanttekening gemaakt te worden. De verzekeraars mogen de kosten met betrekking tot de ziekte of de handicap uit de dekking weren. Hierdoor kunnen de chronisch zieken en mensen met een handicap toch aanspraak maken op een dekking van de hospitalisatiekosten die niet het gevolg zijn van hun ziekte of handicap. Dit was niet mogelijk tot voor de invoering van deze nieuwe regelgeving, daar het voor de chronisch zieken en gehandicapten haast onmogelijk was om een hospitalisatieverzekering af te sluiten. De kosten ten gevolge van hun aandoening worden niet gedekt, maar alle andere gewaarborgde kosten wel.

Voorts bestond er ook nog het probleem omtrent de individuele voortzetting van een hospitalisatieverzekering, al dan niet opgenomen in een groepsverzekering, aangeboden door de werkgever, wanneer men zijn werk verliest of verlaat. Dit had grote gevolgen voor mensen die met pensioen gingen, want zij vielen van de ene op de andere dag zonder hospitalisatieverzekering, met de bedenking dat 80% van de medische kosten optreden vanaf de leeftijd van 65 jaar. Het zou dus voor de gepensioneerde een zware dobber zijn moest deze geen hospitalisatieverzekering hebben, daar de kosten van een hospitalisatie zeer hoog kunnen oplopen. Het is dus van groot belang dat een gepensioneerde een hospitalisatieverzekering zou kunnen voorzetten na het verliezen of verlaten van het werk. Maar zoals men uit de tabellen, die de hoogte van premies weergeven en opgenomen zijn in deze vergelijkende studie, kan afleiden zijn de premies die men vraagt voor mensen van een leeftijd van 65 jaar zeer hoog. Hierdoor wordt het voor een gepensioneerde haast onmogelijk om een hospitalisatieverzekering af te sluiten. De overheid heeft ook hier geprobeerd met de nieuwe regelgeving het probleem, van het niet individueel kunnen voortzetten van een hospitalisatieverzekering, aan de kaak te stellen. Zo wordt er in de wet bepaald dat indien men twee jaren ononderbroken recht had op dit extralegale voordeel aangeboden door de werkgever, dat men deze verzekering individueel aan dezelfde voorwaarden en met gelijkaardige waarborgen kan voortzetten. Dit recht van individuele voortzetting wordt, volgens deze wet, ook toegekend aan de eventuele familieleden die mee opgenomen werden in deze hospitalisatieverzekeringsspolis.

Zoals men kan merken heeft de overheid door een betere reglementering van de hospitalisatieverzekering, aangeboden door de private verzekeringsmaatschappijen, getracht aan een aantal problemen inzake deze verzekering paal en perk te stellen. De vraag blijft echter of deze reglementering voldoende zal zijn om deze problemen aan te pakken. Dit is dan ook stof voor verder onderzoek. Er dient op gewezen te worden dat twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet, de gevolgen hiervan zullen geëvalueerd worden door de bevoegde overheid.

Het tweede deel van deze thesis handelt over een vergelijkende studie van hospitalisatieverzekeringen (resp. hospitalisatiediensten) aangeboden door respectievelijk private verzekeringsmaatschappijen en mutualiteiten. In hoofdstuk 5 (resp. 6) worden de hospitalisatieverzekeringen (resp. hospitalisatiediensten) onderling vergeleken. Er wordt op deze manier aangetoond dat er tussen de verschillende hospitalisatieverzekeringen en -diensten eveneens verschillen bestaan. Zo kan men opmerken dat er een groot onderscheid bestaat tussen de hospitalisatieverzekeringen (resp. hospitalisatiediensten) qua gewaarborgde kosten. Nog een criterium waar beiden in verschillen is de hoogte van de premie. Als conclusie kan men stellen dat elke hospitalisatieverzekering (resp. hospitalisatiedienst) opgenomen in deze vergelijkende studie uniek is. Hier en daar zijn er overeenkomsten inzake de kenmerken, maar over het algemeen verschilt elke hospitalisatiedienst (resp. hospitalisatieverzekering) van elkaar.

In hoofdstuk 7 worden de hospitalisatieverzekeringen vergeleken ten opzichte van de hospitalisatiediensten. Wat men vooral kan opmerken is dat enerzijds de private verzekeringsmaatschappijen, met uitzondering van Ethias, een vrijwillige franchise hanteren, en anderzijds dat de mutualiteiten elke aangeslotene een franchise opleggen. Tevens kan men ook met betrekking tot de premieberekening en -hoogte een groot verschil opmerken. Zo worden de hoogte van de premies van Plan IS2000 en KBC-hospitalisatieverzekering bepaald op basis van de instapleeftijd, terwijl bij de hospitalisatiediensten en Medi-Comfort van Ethias de premiehoogte afhangt van de leeftijd wanneer men de premie dient te betalen. De premiehoogte van de private verzekeringsmaatschappijen, met uitzondering van Ethias, blijven nagenoeg constant in de tijd, terwijl de bijdragen van de mutualiteiten en de premie van Ethias verhogen indien men van leeftijdscategorie verandert. Op lange termijn blijkt dat Medi-Comfort van Ethias, er als duurste uitkomt. De premies die men dient te betalen voor de hospitalisatieverzekering Plan IS2000 van DKV en KBC-hospitalisatieverzekering van KBC, liggen over het algemeen evenwel hoger dan deze van Ethias. Maar het grote voordeel van deze maatschappijen schuilt in het feit dat de premie die men dient te betalen wanneer men zich aansluit bij deze verzekeringsmaatschappijen, mits aanpassingen aan de index, constant blijft over de hele looptijd van de verzekering. Dus men kan een voordeel behalen bij deze maatschappijen indien men op jonge leeftijd aansluit bij de aangeboden hospitalisatieverzekeringen, want men dient dan een betrekkelijk lage premie, doch iets hoger dan deze geldend voor Medi-Comfort van Ethias, te betalen en dit gedurende de hele looptijd. Op de lange termijn blijkt dan dat KBC en DKV goedkoper zijn dan Ethias, de maatschappij die de premies aanpast indien men van leeftijdscategorie verandert.

Zoals reeds gesteld werd is er ook een groot onderscheid op te merken in de hoogte van de premie. Zo liggen de premies van de privé-verzekeringsmaatschappijen een fors stuk hoger dan de bijdragen die de mutualiteiten aanrekenen. Er dient wel de bemerking gemaakt te worden dat de mutualiteiten een mindere bescherming bieden tegen de hoge hospitalisatiekosten.

Na de diverse vergelijkingen blijft het toch zeer moeilijk om een rangschikking op te stellen welke hospitalisatieverzekering of -dienst nu de beste is inzake prijskwaliteit. De moeilijkheid ligt in het feit dat elke hospitalisatieverzekering, dan wel hospitalisatiedienst, ieder hun eigen karakteristieken hebben en in verschillende criteria uitblinken. Het afsluiten van zo een verzekering of dienst is grotendeels een persoonlijke kwestie. Men dient voor zichzelf uit te maken welke hospitalisatieverzekering of -dienst het best aanleunt bij zijn noden. Zo kan het voor een jong koppel belangrijk zijn welke dekking de hospitalisatieverzekering of -dienst voorziet inzake de hospitalisatiekosten die gepaard gaan met een bevalling, terwijl een ouder koppel hier minder of geen aandacht dient aan te schenken en hun preferenties ergens anders liggen. Iemand die een grote kans heeft op een erfelijke aandoening, zoals kanker bijvoorbeeld, hecht misschien veel belang aan de waarborg ernstige ziekten. Men kan concluderen dat het bepalen welke hospitalisatieverzekering of -dienst nu de beste is, vrij persoonlijk is. Alles hangt als het ware af van de situatie waarin de persoon, die een hospitalisatieverzekering of -dienst wenst af te sluiten, verkeert.

Lijst van geraadpleegde werken

- Aanvullende ziekteverzekering. Nog veel kritiek op 'levenslange' garantie. (2007). *De Verzekeringswereld*, 7, 12.
- Ballon, L., et al. (2004). *Codex economie verzameling van wetteksten voor economen 2004-2005*. Brugge: die Keure.
- Boes, M. (2006). *Bestuursrecht*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Bollen, N. (2007). Nieuwe wet op aanvullende ziekteverzekering. Voor altijd verzekerd. *Netto*, 37, 26-27.
- Deceunynck, F. (2006). Zo vermijdt u problemen met uw HOSPITALISATIE. *Netto*, 10-12.
- De Borger, B., & Van Poeck, A. (2004). *Algemene Economie*. Antwerpen: Uitgeverij De Boeck.
- De ene hospitalisatiepolis is de andere niet. (2006, 20 april). *Cash*, 16, 10-12.
- De Muynck, H. (2002). *Verzekeringswezen in België*. Gent: Academia Press.
- De Vos, M., et al. (2006). *Codex arbeidsrecht 2006-2007*. Brugge: die Keure.
- De Wilde, D. (1998). Hoe ziek is de Belgische gezondheidssector: Heden en toekomst van de ziekteverzekering. Leuven: Van Halewyck.
- Europa roept België op het matje. (2006, 16-31 december). *De Verzekeringswereld*, 20, 52.
- Goed verzekerd? De praktische gids voor een optimale verzekering*. (2005). Berchem: Uitgeverij bedrijf Tijd.
- Hospitalisatie steeds duurder. (2006). *Cash*, 40, 36.
- Lekeux, L. (2006). Individuele ziekteverzekering. Tariefstijging en hervorming. *De Verzekeringswereld*, 15, 29.
- M/V in verzekeringen [Elektronische versie]. (2007, 30 november). *De Standaard*, 59.
- Nog discriminatie bij verzekering [Elektronische versie]. (2007, 23 november). *De Tijd*, 10.
- Pieters, D., & Schoukens, P. (2006). *Triptiek sociale zekerheid*. Leuven: Acco.
- Rogge, J. (2001). Aanvullende sociale verzekeringen: Op zoek naar een level playing field voor ziekenfondsen en verzekeringsondernemingen. In Y. Merchiers (Red.), *Liber amicorum*. (pp.781-803). Brugge: die Keure.
- Roodhooft, J. (2007, 30 augustus). Meer rechten bij een hospitalisatieverzekering [Elektronische versie]. *Trends*, 42.
- Sinnaeve, S. (2007). 'OORLOG' tussen ziekenfondsen en privéverzekeraars. *Trends*, 60-62.
- Stevens, Y. (2004). Naar een wap in de gezondheidszorg?. *Life & Benefits*, 6, 1-3.
- Tanghe, N. (2007, 11 juni). Uw ziekenhuisfactuur krijgt zuurstof [Elektronische versie]. *De Standaard*, 40.
- Vandendriessche, J. (2000). Ziekenfondsen bieden aanvullende polissen aan. Concurrentievervalsing en minder sociale bescherming? *De Verzekeringswereld*, 518, 30-35.
- Vanduffel, S. (2007, 29 november). Unisekstarieven verzekeringen zijn Pyrrusoverwinning [Elektronische versie]. *De Tijd*, 13.
- Van Schoubroeck, C., et al. (2007). *Discriminatie in de verzekering*. Leuven: Maklu-Uitgevers.
- Van Velthoven, B.C.J., & Van Wijck, P.W. (2007). *Recht en efficiëntie*. Deventer: Kluwer.

- Verbeke, T. (2007, 21 november). Gezondheid kost een rib uit het lijf [Elektronische versie]. *Knack*, 16.
- Verplichte ziektekostenverzekering voor zelfstandigen [Elektronische versie]. (2008, 7 januari). *De Standaard*, 23.
- Verwilghen wil uitzondering op non-discriminatie richtlijn [Elektronische versie]. (2007, 8 maart). *De Standaard*, 22.
- Vessière, G. (2004). 65 en niet verzekerd. *Cash*, 48, 46-47.
- Wet tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst [Elektronische versie]. (2007, 20 juli). *Het Belgisch Staatsblad*, 41674-41681.
- Ziekenhuiskostenverzekering. Voorafbestaande toestand: theorie en praktijk. (1999, 19 februari). *Verzekeringsnieuws*, 15, 1-2.

Lijst van geraadpleegde sites

Anseeuw, S. (2005). *Voorstel van resolutie betreffende een betere verzekeraarbaarheid van chronische zieken en gehandicapten*. Opgevraagd op 15 maart 2007, van de volgende website:

<http://www.senate.be/www/?MIval=/publicatons/viewPubDoc&TID=50343568&LANG=nl>

Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2003). *Wetsvoorstel betreffende de aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging (ingediend door mevrouw Simonne Creyf)*. Opgevraagd op 23 november 2007, van de volgende website:

<http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/50/2339/50K2339001.pdf>

Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2006). *Wetsontwerp tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst*. Opgevraagd op 26 oktober 2007, van de volgende website:

<http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/51/2689/51K2689001.pdf>

Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen. (z.d.). *De aanvullende ziektekostenverzekering: uw gezondheid financieel beschermd*. Opgevraagd op 5 juli 2007, van de volgende website:

http://www.assuralia.be/nl/pdf/ziekteverzekering_NL.pdf

Berghman, J., & Meerbergen, E. (2005). *Aanvullende sociale voorzieningen in de tweede en derde pijler*. Opgevraagd op 19 maart 2008, van de volgende website:

http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/agora/ragff084_nl.pdf

Christelijke Mutualiteit. (2006). *Jaarverslag Landsbond der Christelijke Mutualiteiten*. Opgevraagd op 3 mei 2008, van de volgende website:

<http://www.cm.be/nl/100/infoenactualiteit/jaarverslag/index.jsp>

Christelijke Mutualiteit. (2007). *Ledenbijdragen 2007 CM Limburg*. Opgevraagd op 3 mei 2008, van de volgende website:

<http://www.cm.be/nl/131/dienstenenvoordelen/bijdragenCML.jsp?ComponentId=14740&SourcePageId=4137>

Christelijke Mutualiteit. (2008). *Farmaceutische specialiteiten*. Opgevraagd op 14 februari 2008, van de volgende website:

http://www.cm.be/nl/100/ziekteverzekering/geneesmiddelen/farmaceutische_specialiteiten/index.jsp

Christelijke Mutualiteit. (2008). *Magistrale bereidingen*. Opgevraagd op 14 februari 2008, van de volgende website:

<http://www.cm.be/nl/100/ziekteverzekering/geneesmiddelen/brochure/index.jsp>

Christelijke Mutualiteit. (z.d.). *CM-Hospitaalplan*. Opgevraagd op 3 mei 2008, van de volgende website:

<http://www.cm.be/nl/131/dienstenenvoordelen/hospitalisatie/CMhospitaalplan/index.jsp?ComponentId=5355&SourcePageId=14744>

Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen. (2007). *Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (Officiële coördinatie)*. Opgevraagd op 31 maart 2008, van de volgende website: http://www.cbfa.be/nl/vo/wg/pdf/law_25-06-1992.pdf

DKV. (z.d.). *About DKV*. Opgevraagd op 21 februari 2008, van de volgende website:

http://www.dkv.be/ned/about_dkv.phtml

DKV. (z.d.). *Portret*. Opgevraagd op 21 februari 2008, van de volgende website:

<http://www.dkv.be/ned/start.phtml?content=../ned/Portret.phtml>

DKV. (z.d.). *Markante feiten*. Opgevraagd op 21 februari 2008, van de volgende website:

http://www.dkv.be/ned/markante_feiten.phtml

Ethias. (2006). *Van verleden tot heden*. Opgevraagd op 21 februari 2008, van de volgende website:

<http://www.ethias.be/product.go?pg=CPIF121>

Ethias. (z.d.). *Tot de openbare sector en de bedrijven*. Opgevraagd op 21 februari 2008, van de volgende website:

<http://www.ethias.be/product.go?pg=CPIF131>

Ethias. (z.d.). *Een onderlinge verzekeraar*. Opgevraagd op 21 februari 2008, van de volgende website:

<http://www.ethias.be/product.go?pg=CPIF111>

Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie. (1992). *Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst*. Opgevraagd op 13 oktober 2007, van de volgende website:

http://mineco.fgov.be/protection_consumer/insurance/law_insurance_002.pdf

Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (2007). *Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid*. Opgevraagd op 13 februari 2008, van de volgende website:

https://www.socialsecurity.be/site_nl/socialsecurity/Infos/general/allyouwanttoknow_N.pdf

Hospichild. (2008). *RVV: Rechthebbende Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming*. Opgevraagd 27 februari 2008, van de volgende website:

http://www.hospichild.be/index.php?nl_cost_general_bim#3

KBC. (2006). *Bedrijfs geschiedenis*. Opgevraagd op 21 februari 2008, van de volgende website:

<https://www.kbc.com/MISC/D9e01/~N/~KBCCOM/~BZJ07WH/-BZIZTPN/BZJ07TR/BZJ07W4>

Liberal Mutualiteit. (z.d.). *Bijdragen*. Opgevraagd op 3 mei 2008, van de volgende website:

<http://www.limpa.be/jsp/content.jsp?l=NI&f=23>

Nationaal Instituut voor de Statistiek. (2002). *Personen met een handicap en werkgelegenheid*. Opgevraagd op 15 december 2007, van de volgende website:

http://statbel.fgov.be/press/fl039_nl.asp

Onafhankelijke Ziekenfondsen. (2007). *Ziekenhuisgids*. Opgevraagd 28 februari 2008, van de volgende website:

http://www.mloz.be/cms/Mloz/ziekenhuisgids_07_N.pdf

Rijksinstituut voor de Sociale Verzekering van de Zelfstandigen. (2002). *Ben ik voor de sociale zekerheid zelfstandige of werknemer?*. Opgevraagd 20 februari 2008, van de volgende website:

http://www.rsvz-inasti.fgov.be/nl/faq/q_selfemployed_employee.htm

Rijksinstituut voor de Sociale Verzekering van de Zelfstandigen. (2005). *Zelfstandige worden*. Opgevraagd 20 februari 2008, van de volgende website:

<http://www.rsvz-inasti.fgov.be/nl/helpagency/starters/index.htm>

Socialistische Mutualiteit. (2008). *De aanvullende verzekering*. Opgevraagd 3 mei 2008, van de volgende website:

<http://www.socmut.be/socmut/aanbod/tegemoetkomingen/aanvullende-verzekering.htm>

Rijksinstituut voor de Sociale Verzekering van de Zelfstandigen. (2005). *Zelfstandige in bijberoep*. Opgevraagd 20 februari 2008, van de volgende website:

http://www.rsvz-inasti.fgov.be/nl/helpagency/starters/start/secondary_occupation.htm

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering. (z.d.). *De maximumfactuur (MAF)*. Opgevraagd op 26 februari 2008, van de volgende website:

http://www.riziv.fgov.be/secure/nl/medical_cost/general/maf/index.htm

Vlaams Patiëntenplatform. (2004). *Verzekeringsproblemen van mensen met een chronische ziekte of handicap en hun omgeving*. Opgevraagd op 5 april 2008, van de volgende website:

http://www.vlaamspatientenplatform.be/www/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,48/

Vlaams Patiëntenplatform. (2006). *Chronisch zieken 'gegijzeld' door verhoging premies hospitalisatieverzekeringen*. Opgevraagd op 25 januari 2008, van de volgende website:

http://www.vlaamspatientenplatform.be/www/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,42/

Vlaams Patiëntenplatform. (2007). *Transparantie en ethiek, loze begrippen voor verzekeraars?*. Opgevraagd op 5 april 2008, van de volgende website:

http://www.vlaamspatientenplatform.be/www/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,76/Itemid,98/

Vlaams Patiëntenplatform. (2007). *Wetsontwerp verzekeringen is lege doos....*. Opgevraagd op 5 april 2008, van de volgende website:

http://www.vlaamspatientenplatform.be/www/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,52/

OVERZICHT VAN DE TABELLEN

Tabel 2.1: Hoogte persoonlijke aandeel van farmaceutische specialiteiten	26
Tabel 2.2: Hoogte persoonlijke aandeel van magistrale bereidingen	27
Tabel 2.3: Supplement naargelang soort kamer	29
Tabel 2.4: Maximumvoorschotten bij ziekenhuisopname	29
Tabel 2.5: Hoogte persoonlijke aandeel bij ziekenhuisopname	31
Tabel 2.6: Forfaitaire honoraria met een persoonlijk aandeel	34
Tabel 2.7: Grenzen inkomens maximumfactuur	37
Tabel 5.1: Vergelijking maximum leeftijd bij aansluiting (private verzekeringsmaatschappijen)	69
Tabel 5.2: Periodes pré- en posthospitalisatie (private verzekeringsmaatschappijen)	73
Tabel 5.3: Lijst van ernstige ziekten (private verzekeringsmaatschappijen)	76
Tabel 5.4: Algemene regel van wachttijden (private verzekeringsmaatschappijen)	79
Tabel 5.5: Acute of besmettelijke ziekten waarvoor geen wachttijd is bij Medi-Comfort	80
Tabel 5.6: Jaarpremies voor Plan IS2000 en Plan ISB2000 in euro	86
Tabel 5.7: Effect van franchisebedrag op hoogte van de premie van Plan IS2000	87
Tabel 5.8: Jaarpremies voor Medi-Comfort in euro	89
Tabel 5.9: Jaarpremies voor KBC-hospitalisatieverzekering in euro	90
Tabel 5.10: Hoogte franchise en korting voor KBC-Hospitalisatieverzekering	91
Tabel 5.11: Overzicht polisvoorwaarden private verzekeringsmaatschappijen	92
Tabel 6.1: Vergelijking maximum leeftijd bij aansluiting (mutualiteiten)	97
Tabel 6.2: Periodes pré- en posthospitalisatie (mutualiteiten)	107
Tabel 6.3: Lijst van ernstige ziekten (mutualiteiten)	110
Tabel 6.4: Algemene regel van wachttijden (mutualiteiten)	114
Tabel 6.5: Acute of besmettelijke ziekten waarvoor geen wachttijd is bij Hospitaalplan	114
Tabel 6.6: Acute of besmettelijke ziekten waarvoor geen wachttijd is bij Hospitaal Plus	115
Tabel 6.7: Acute of besmettelijke ziekten waarvoor geen wachttijd is bij KliniPlan	116
Tabel 6.8: Jaarbijdragen voor Hospitaalplan in euro	123
Tabel 6.9: Jaarbijdragen Hospitaal Plus in euro	124
Tabel 6.10: Jaarbijdragen voor KliniPlan in euro	125
Tabel 6.11: Overzicht polisvoorwaarden mutualiteiten	126
Tabel 7.1: Vergelijking maximum leeftijd bij aansluiting	131
Tabel 7.2: Vergelijking van de dekking van de verblijfskosten	132
Tabel 7.3: Vergelijking van de dekking van de kosten met betrekking tot 'rooming-in'	134
Tabel 7.4: Vergelijking van de dekking van de verblijfskosten van een donor	135
Tabel 7.5: Vergelijking van de dekking van de vervoerskosten	136
Tabel 7.6: Vergelijking van de dekking van de thuisbevallingkosten	137
Tabel 7.7: Vergelijking kostendekking van geneesmiddelen	138
Tabel 7.8: Vergelijking van de dekking van de kosten van prothesen	140
Tabel 7.9: Vergelijking van de periodes pré- en posthospitalisatie	142
Tabel 7.10: Vergelijking van de hoogte van de vergoeding van pré- en posthospitalisatie	142
Tabel 7.11: Vergelijking van het aantal gewaarborgde ernstige ziekten	144
Tabel 7.12: Vergelijking van de tegemoetkoming van de kosten van ernstige ziekten	144

Tabel 7.13: Vergelijking van de algemene wachttijden	146
Tabel 7.14: Vergelijking van de uitzonderingen op de algemene wachttijd	146
Tabel 7.15: Vergelijking van de territoriale geldigheid en tegemoetkomingprocedure	148
Tabel 7.16: Vergelijking hoogte jaarpremie/jaarbijdrage 25-jarige alleenstaande	150
Tabel 7.17: Vergelijking van het totale premie- of bijdragebedrag van een alleenstaande	151
Tabel 7.18: Vergelijking hoogte jaarpremie/jaarbijdrage gezin	152
Tabel 7.19: Vergelijking van het totale premie- en bijdragebedrag van een koppel	153

Bijlagen

Bijlage I.	De wet tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst	2
Bijlage II.	DKV	9
	A. Algemene Verzekeringsvoorwaarden	9
	B. Plan IS2000	12
	C. Plan ISB2000	15
	D. Verzekeringsvoorstel	16
Bijlage III.	Ethias	20
	A. MediComfort	20
	B. Verzekeringsvoorstel	31
	C. Medische vragenlijst	33
Bijlage IV.	KBC	37
	A. KBC-Hospitalisatieverzekering	37
Bijlage V.	Christelijke Mutualiteit Limburg	49
	A. Hospitaalplan	49
	B. Medische vragenlijst	65
	C. Aansluitingsaanvraag	66
Bijlage VI.	Liberale Mutualiteit Limburg	68
	A. Hospitaal Plus	68
Bijlage VII.	Voorzorg Limburg	77
	A. KliniPlan	77
	B. Aansluitingsaanvraag	93
	C. Medische vragenlijst	95
Bijlage VIII.	Vergelijking van het totale premie- of bijdragebedrag van een alleenstaande	97
Bijlage IX.	Vergelijking van het totale premie- of bijdragebedrag van een koppel	99

Bijlage I. De wet tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

41674

MONITEUR BELGE — 10.08.2007 — BELGISCH STAATSBLAD

**LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS
WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN**

SERVICE PUBLIC FEDERAL ECONOMIE,
P.M.E., CLASSES MOYENNES ET ENERGIE

F. 2007 — 3428 [C — 2007/11379]

20 JUILLET 2007. — Loi modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (1)

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

Article 1^{er}. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2. Un chapitre IV, rédigé comme suit, est inséré dans le titre III de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre :

« Chapitre IV. — Des contrats d'assurance maladie

Section I^{re}. — Dispositions préliminaires

Art. 138bis-1

Définitions

§ 1^{er}. Par contrat d'assurance maladie, il faut entendre :

1° l'assurance soins de santé qui garantit, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, des prestations relatives à tout traitement médical préventif, curatif ou diagnostique nécessaire à la préservation et/ou au rétablissement de la santé;

2° l'assurance incapacité de travail qui, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, indemnise totalement ou partiellement la diminution ou la perte de revenus professionnels due à l'incapacité de travail d'une personne;

3° l'assurance invalidité qui garantit une prestation en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident;

4° l'assurance soins non obligatoire qui prévoit des prestations en cas de perte totale ou partielle d'autonomie,

Sont exclues de la définition du contrat d'assurance maladie :

a) les assurances voyage et assistance temporaires qui garantissent les prestations visées à l'alinéa 1^{er};

b) l'assurance accidents de travail loi et les assurances accidents complémentaires qui y sont liées;

c) les assurances accident;

d) les prestations de solidarité visées à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 fixant les prestations de solidarité liées aux régimes de pension complémentaires sociaux;

e) les prestations de solidarité visées à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 15 décembre 2003 fixant les prestations de solidarité liées aux conventions sociales de pension.

§ 2. On entend par contrat d'assurance maladie collectif, l'assurance soins de santé et/ou l'assurance incapacité de travail et/ou l'assurance invalidité et/ou l'assurance soins collective conclue par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit de plusieurs personnes liées professionnellement au preneur d'assurance au moment de l'affiliation. Ces personnes sont appelées assuré principal dans ce chapitre.

Le preneur d'assurance peut aussi contracter une assurance collective soins de santé et/ou incapacité de travail et/ou invalidité et/ou soins au bénéfice des membres de la famille de l'assuré principal. Ces personnes sont appelées « coassuré » dans ce chapitre.

Section II. — Des contrats d'assurance maladie individuels

Art. 138bis-2

Champ d'application

Les dispositions de la présente section sont applicables aux contrats d'assurance maladie individuels.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE,
K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE

N. 2007 — 3428 [C — 2007/11379]

20 JULI 2007. — Wet tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (1)

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :

Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2. In titel III van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt een hoofdstuk IV ingevoegd, luidende :

« Hoofdstuk IV. — Ziekteverzekeringsovereenkomsten

Afdeling I. — Inleidende bepalingen

Art. 138bis-1

Begripsomschrijvingen

§ 1. Onder ziekteverzekeringsovereenkomst wordt verstaan :

1° de ziektekostenverzekering die, in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval, prestaties waarborgt met betrekking tot elke preventieve, curatieve of diagnostische medische behandeling welke noodzakelijk is voor het behoud en/of het herstel van de gezondheid;

2° de arbeidsongeschiktheidsverzekering die, in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval, de vermindering of verlies van beroepsincome ten gevolge van de arbeidsongeschiktheid van een persoon geheel of gedeeltelijk vergoedt;

3° de invaliditeitsverzekering die een prestatie waarborgt in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval;

4° de niet-verplichte zorgverzekering die in prestaties voorziet in geval van geheel of gedeeltelijk verlies van de zelfredzaamheid.

Vallen buiten deze omschrijving van de ziekteverzekeringsovereenkomst :

a) de tijdelijke reis- en hulpverleningsverzekeringen die de in het eerste lid bedoelde prestaties waarborgen;

b) de wettelijke arbeidsongevallenverzekering en de daarmee verbonden aanvullende ongevallenverzekeringen;

c) de ongevallenverzekeringen;

d) de solidariteitsprestaties die bedoeld worden in artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 november 2003 tot vaststelling van de solidariteitsprestaties verbonden met de sociale aanvullende pensioenstelsels;

e) de solidariteitsprestaties die bedoeld worden in artikel 1 van het koninklijk besluit van 15 december 2003 tot vaststelling van de solidariteitsprestaties verbonden met de sociale pensioenovereenkomsten.

§ 2. Onder collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst wordt verstaan de collectieve ziektekostenverzekering en/of arbeidsongeschiktheidsverzekering en/of invaliditeitsverzekering en/of zorgverzekering die gesloten is door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van meerdere personen die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer verbonden zijn. Deze personen worden in dit hoofdstuk de hoofdezekerde genoemd.

De verzekeringnemer kan ook een collectieve ziektekosten- en/of arbeidsongeschiktheids- en/of invaliditeits- en/of zorgverzekering ten behoeve van de leden van het gezin van de hoofdezekerde sluiten. Deze personen worden in dit hoofdstuk de « medevezekerde » genoemd.

Afdeling II. — Individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten

Art. 138bis-2

Toepassingsgebied

De bepalingen van deze afdeling zijn van toepassing op de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten.

Ces dispositions sont applicables au preneur d'assurance et aux membres de sa famille qui sont affiliés à son assurance maladie.

Art. 138bis-3

Durée du contrat d'assurance

§ 1^{er}. Sans préjudice de l'application des articles 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17, 24 et hormis le cas de fraude, les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138bis-1, § 1^{er}, 1^o, 3^o et 4^o sont conclus à vie. Les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138bis-1, § 1^{er}, 2^o, valent jusqu'à l'âge de 65 ans ou un âge antérieur, si cet âge est l'âge normal auquel l'assuré met complètement et définitivement fin à son activité professionnelle.

§ 2. Sans préjudice de l'application de l'article 30, § 3, les contrats peuvent être conclus pour une durée limitée à la demande expresse du preneur d'assurance et s'il y a de son intérêt.

§ 3. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux contrats d'assurance maladie offerts à titre accessoire par rapport au risque principal, dont la durée n'est pas à vie.

Art. 138bis-4

Modifications tarifaires et contractuelles

§ 1^{er}. Sauf accord réciproque des parties et à la demande exclusive du preneur d'assurance, ainsi que dans les cas visés aux §§ 2, 3 et 4, l'assureur ne peut apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture après que le contrat d'assurance maladie a été conclu.

La modification des bases techniques de la prime et/ou des conditions de couverture moyennant l'accord réciproque des parties, prévue à l'alinéa 1^{er}, ne peut s'effectuer que dans l'intérêt du preneur d'assurance.

§ 2. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées à la date de l'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation. Dans la mesure où la Commission bancaire, financière et des Assurances, visée à l'article 44 de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, ci-après dénommée « la CBFA » y consent en fonction de la constatation d'une variation durable des coûts, la prime, la franchise et la prestation peuvent également être adaptées sur la base de paramètres représentatifs et objectifs, lorsque la CBFA constate une différence entre l'évolution de l'indice des prix à la consommation et l'évolution desdits paramètres.

La CBFA fixe les paramètres objectifs en concertation avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Celui-ci vérifie la validité de la méthodologie de sélection et de calcul des valeurs des paramètres objectifs. La CBFA procède au calcul périodique de ces valeurs. S'il l'estime nécessaire, le Roi fixe les paramètres objectifs par arrêté délibéré en Conseil des Ministres.

§ 3. Sauf convention contraire dans le contrat d'assurance et, dans les limites prévues à l'alinéa 2, le montant de la prime et/ou les conditions de couverture peuvent être adaptés en cas de modification durable du coût réel des prestations garanties ayant une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties et/ou en cas de circonstances, y compris les modifications légales ou réglementaires, ayant également une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties.

L'adaptation contractuelle ou tarifaire envisagée est directement proportionnelle à l'ampleur de l'augmentation du coût réel des prestations garanties et/ou aux circonstances, y compris les modifications légales ou réglementaires. Cette modification ne peut en outre porter que sur les éléments du contrat sur lesquels l'influence significative de ces événements s'exerce.

Deze bepalingen gelden voor de verzekeringnemer en de leden van zijn gezin die bij zijn ziekteverzekering zijn aangesloten.

Art. 138bis-3

Duur van de verzekeringsovereenkomst

§ 1. Onverminderd de toepassing van de artikelen 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17 en 24 en behoudens in geval van bedrog, worden de in artikel 138bis-1, § 1, 1^o, 3^o en 4^o, bedoelde ziekteverzekeringsovereenkomsten voor het leven aangegaan. De in artikel 138bis-1, § 1, 2^o, bedoelde ziekteverzekeringsovereenkomsten gelden ten minste tot de leeftijd van 65 jaar of tot een jongere leeftijd, wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

§ 2. Onverminderd de toepassing van artikel 30, § 3, kunnen de overeenkomsten worden aangegaan voor een beperkte duurtijd op uitdrukkelijk verzoek van de verzekeringnemer en indien deze daar belang bij heeft.

§ 3. De bepalingen van dit artikel zijn niet van toepassing op de ziekteverzekeringsovereenkomsten die op bijkomende wijze worden aangeboden bij een hoofdrisico dat niet levenslang is.

Art. 138bis-4

Wijziging van het tarief en de voorwaarden van de overeenkomst

§ 1. Behoudens wederzijds akkoord van de partijen en op uitsluitend verzoek van de verzekeringnemer alsmede in de in §§ 2, 3 en 4 vermelde gevallen, kan de verzekeraar, nadat een ziekteverzekeringsovereenkomst gesloten is, de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden niet meer wijzigen.

De wijziging van de technische grondslagen van de premie en/of dekkingsvoorwaarden bij wederzijds akkoord van de partijen, zoals bepaald bij het eerste lid, kan enkel in het belang van de verzekeringnemer.

§ 2. De premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premieervaldag, op grond van het indexcijfer van de consumptieprijzen. In de mate dat de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen, bedoeld in artikel 44 van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, hierna te noemen « de CBFA » het toestaat op grond van de vaststelling van een duurzame prijschommeling, mogen de premie, de vrijstelling en de prestatie eveneens worden aangepast op grond van representatieve en objectieve parameters, wanneer de CBFA een verschil vaststelt tussen de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen en de evolutie van die parameters.

De CBFA bepaalt de objectieve parameters in overleg met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Dat Kenniscentrum onderzoekt de geldigheid van de methodologie voor de selectie en de berekening van de waarden van de objectieve parameters. De CBFA berekent die waarden op gezette tijden. Zo de Koning dat nodig acht, legt Hij de objectieve parameters vast, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

§ 3. Tenzij de verzekeringsovereenkomst uitdrukkelijk anders bepaalt en binnen de bij het tweede lid bepaalde perken, mag worden overgegaan tot een aanpassing van de premie en/of de dekkingsvoorwaarden bij een duurzame wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties die een betekenisvolle invloed heeft op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties en/of in omstandigheden, met inbegrip van de wettelijke of regelgevende wijzigingen, die eveneens een betekenisvolle invloed hebben op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties.

De overwogen contractuele of tarifaire aanpassing is rechtstreeks evenredig met de omvang van de verhoging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties en/of omstandigheden met inbegrip van de wettelijke of regelgevende wijzigingen. Die aanpassing mag overigens alleen betrekking hebben op de elementen van de overeenkomst waar de betekenisvolle invloed van die gebeurtenissen wordt op uitgeoefend.

L'influence doit être reconnue comme significative par la CBFA en concertation avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. La CBFA veille également au respect des limites fixées à l'alinéa 2. Le Roi peut fixer les règles à suivre en vue d'obtenir la décision de la CBFA.

La CBFA est censée avoir reconnu le caractère significatif et la proportionnalité lorsqu'elle n'a pas répondu dans un délai de trente jours à compter de la réception de la demande de reconnaissance. Ce délai est suspendu pendant un délai maximum de trente jours, dans lequel le Centre fédéral d'expertise des soins de santé doit rendre son avis à la CBFA.

§ 4. Le montant de la prime, la période de carence et les conditions d'assurance peuvent être adaptés de manière raisonnable et proportionnelle

– aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance soins de santé, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins et/ou

– aux modifications intervenues dans le revenu de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité, ou encore

– lorsque celui-ci change de statut dans le système de sécurité sociale, en ce qui concerne l'assurance soins de santé et l'assurance incapacité de travail,

pour autant que ces modifications aient une influence significative sur le risque et/ou le coût ou l'étendue des prestations garanties.

Art. 138bis-5

Incontestabilité

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance maladie, l'assureur ne peut invoquer l'article 7 en ce qui concerne les omissions ou inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré, lorsque ces omissions ou inexactitudes se rapportent à une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et qui n'a pas été diagnostiquée dans le même délai de deux ans.

L'assureur ne peut invoquer une omission ou inexactitude non intentionnelle lorsque la maladie ou une affection ne s'était encore manifestée d'aucune manière au moment de la conclusion du contrat d'assurance.

Art. 138bis-6

Malades chroniques et personnes handicapées

Pendant une période de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de cet article, le candidat preneur d'assurance, qui souffre d'une maladie chronique ou d'un handicap et qui n'a pas atteint l'âge de soixante-cinq ans, a droit à une assurance soins de santé, étant entendu que les coûts liés à la maladie ou au handicap qui existe au moment de la conclusion du contrat d'assurance peuvent, sans préjudice à l'application de l'article 138bis-5, être exclus de la couverture. La prime doit être celle qui serait réclamée à la même personne si elle n'était pas malade chronique ou handicapée.

Sans préjudice de l'application des articles 5 et 95 en ce qui concerne l'information relative aux données génétiques, un document qui établit avec précision la maladie ou le handicap visé ainsi que les coûts exclus de la couverture ou qui font l'objet d'une couverture limitée, est joint au contrat d'assurance. Le modèle du document est arrêté par le Roi.

Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux, les litiges portant sur les coûts exclus de la couverture ou faisant l'objet d'une couverture limitée sont d'abord soumis à un organe de conciliation constitué par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

De invloed dient als betekenisvol erkend te worden door de CBFA in samenspraak met het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg. De CBFA ziet er ook op toe dat de bij het tweede lid bepaalde grenzen in acht worden genomen. De Koning kan de regels vaststellen die gevolgd moeten worden om de beslissing van de CBFA te bekomen.

De CBFA wordt geacht het betekenisvol karakter en de proportionaliteit te hebben erkend wanneer zij niet heeft geantwoord binnen een termijn van dertig dagen na het ontvangen van de aanvraag tot erkenning. Deze termijn wordt geschorst gedurende een termijn van maximaal dertig dagen, waarbinnen het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zijn advies aan de CBFA moet bezorgen.

§ 4. De premie, de vrijstellingstermijn en de dekkingvoorwaarden worden op redelijke wijze en proportionele wijzen worden aangepast aan:

– wijzigingen in het beroep van de verzekerde, wat de ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering betreft en/of

– het inkomen van de verzekerde wat de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de invaliditeitsverzekering, betreft alsook

– wanneer hij verandert van statuut in het stelsel van sociale zekerheid wat de ziektekostenverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekering betreft,

voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking.

Art. 138bis-5

Onbetwistbaarheid

Zodra een termijn van twee jaar verstreken is te rekenen van de inwerkingtreding van de ziekteverzekeringsovereenkomst, kan de verzekeraar zich niet meer beroepen op artikel 7 met betrekking op het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist mededelen 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 verzekeringsovereenkomst reeds hadden gemanifesteerd en deze ziekte of aandoening niet gediagnosticeerd werd binnen diezelfde termijn van twee jaar.

De verzekeraar kan zich niet beroepen op een onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist mededelen van gegevens, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte of aandoening die zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst nog op geen enkele wijze had gemanifesteerd.

Art. 138bis-6

Chronisch zieken en personen met een handicap

Gedurende een periode van twee jaar, te rekenen van de inwerkingtreding van dit artikel, heeft elke kandidaat-verzekeringnemer, die chronisch ziek of gehandicapt is en de leeftijd van vijftien tot zestig jaar niet heeft bereikt, recht op een ziektekostenverzekering, met dien verstande dat de kosten, die verband houden met de ziekte of de handicap welke bestaat op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, onverminderd artikel 138bis-5 van de dekking mogen worden uitgesloten. De premie moet deze zijn die aangerekend zou worden aan dezelfde persoon indien wij of zij niet chronisch ziek of gehandicapt was.

Onverminderd de toepassing van de artikelen 5 en 95 wat de informatie met betrekking tot de genetische gegevens betreft, wordt aan de verzekeringsovereenkomst een document gehecht dat nauwkeurig de bedoelde ziekte of handicap alsmede de kosten bepaalt die van de dekking uitgesloten zijn of slechts beperkt worden gedekt. De Koning bepaalt het model van het document.

Onverminderd de bevoegdheid van de hoven en rechtbanken worden de geschillen met betrekking tot de kosten die van de dekking uitgesloten zijn of slechts beperkt worden gedekt, eerst voorgelegd aan een door de Koning bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, opgericht bemiddelingsorgaan.

L'obligation d'offrir une assurance soins de santé aux candidats preneurs d'assurance qui sont malades chroniques ou handicapés fera l'objet, au plus tard dix-huit mois après l'entrée en vigueur du présent article, d'une évaluation, à laquelle participeront la CBFA, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances (Assuralia) et des associations de patients. Avant l'expiration de la période de deux ans visée à l'article 1^{er} le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, si cette obligation est maintenue au delà de cette période de deux ans.

Art. 138bis-7

§ 1^{er}. Le preneur d'assurance informe l'assureur, par écrit ou par voie électronique, du moment où un membre de la famille assuré quitte le contrat d'assurance ainsi que du nouveau lieu de résidence de celui-ci.

Sur la base de ces données, l'assureur soumet à l'assuré, dans les trente jours, une offre d'assurance conforme aux articles 138bis-3 et 138bis-4. L'assureur informe l'assuré que l'offre vaut également pour les membres de sa famille. Il ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

L'assuré dispose d'un délai de soixante jours pour accepter la proposition d'assurance par écrit ou par voie électronique. Le droit d'accepter l'offre s'éteint à l'expiration de ce délai.

§ 2. Le contrat d'assurance que l'assuré a accepté commence à courir au moment où celui-ci perd le bénéfice de l'assurance précédente.

Section III. — Poursuite individuelle d'un contrat d'assurance maladie collectif

Art. 138bis-8

Conditions d'octroi

§ 1^{er}. Sauf si elle perd le bénéfice du contrat d'assurance maladie collectif pour les raisons visées aux articles 6, 7, 14, 16 et 24 et, de manière générale, en cas de fraude, toute personne affiliée à une assurance collective a le droit de poursuivre, en tout ou en partie, cette assurance individuellement lorsqu'elle perd le bénéfice de l'assurance collective, sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical.

A cet effet, l'assuré principal doit, durant les deux années précédant la perte du contrat d'assurance maladie collectif qui est poursuivi, avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs souscrits auprès d'une entreprise d'assurances au sens de la présente loi.

§ 2. Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal, par écrit ou par voie électronique, au plus tard dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance collective, du moment précis de cette perte et de la possibilité de poursuivre le contrat individuellement. De plus, il informe l'assuré principal du délai dans lequel celui-ci et, le cas échéant, le coassuré peuvent exercer leur droit à la poursuite individuelle. Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur transmet en même temps à l'assuré principal les coordonnées de l'entreprise d'assurances concernée.

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de trente jours pour informer par écrit ou par voie électronique l'assureur de leur intention de poursuivre le contrat d'assurance maladie collectif, en tout ou en partie, individuellement. Le délai commence à courir le jour de réception du courrier par lequel le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique qu'il peut décider de poursuivre individuellement le contrat d'assurance maladie collectif dont il a perdu le bénéfice. Ce délai expire en tout cas après cent cinq jours après jours à compter du jour de la perte du bénéfice de l'assurance maladie collective.

De la vérification de la condition de l'assuré principal, le candidat-verzekeringnemer zal uiterlijk achttien maanden na de inwerkingtreding van dit artikel het voorwerp uitmaken van een evaluatie, waaraan de CBFA, de Beroepsvereniging van de verzekeringsondernemingen (Assuralia) en patiëntenverenigingen zullen deelnemen. De Koning bepaalt voor het verstrijken van de periode van twee jaar bedoeld in het eerste lid, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, of deze verplichting na deze periode van twee jaar behouden blijft.

Art. 138bis-7

§ 1. De verzekeringnemer brengt de verzekeraar, schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het tijdstip waarop een verzekerd gezinslid de verzekeringsovereenkomst verlaat en van diens nieuwe verblijfplaats.

Op basis van deze gegevens doet de verzekeraar de verzekerde binnen de dertig dagen een verzekeringsaanbod dat in overeenstemming is met de artikelen 138bis-3 en 138bis-4. De verzekeraar informeert de verzekerde dat het aanbod ook geldt voor de leden van zijn gezin. Hij kan niet inroepen dat het risico reeds verwezenlijkt is.

De verzekerde, 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.

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

Afdeling III. — Individuele voortzetting van een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst

Art. 138bis-8

Toekenningsvoorwaarden

§ 1. Behalve in geval hij het voordeel van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst verliest omwille van de bedoelde redenen in de artikelen 6, 7, 14, 16 en 24 en, in het algemeen, in geval van bedrog, heeft elke persoon die bij een collectieve verzekering is aangesloten het recht om deze verzekering individueel geheel of gedeeltelijk voort te zetten wanneer hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest, zonder een bijkomend medisch onderzoek te moeten ondergaan noch een nieuwe medische vragenlijst te moeten invullen.

Daartoe moet de hoofdverzekerde gedurende de twee jaren die aan het verlies van de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst vooraf gaan, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende ziekteverzekeringsovereenkomsten die bij een verzekeringsonderneming zoals bedoeld in deze wet waren aangegaan.

§ 2. De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, brengt de hoofdverzekerde ten laatste dertig dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het precieze tijdstip van dit verlies en van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten. Daarbij informeert hij de hoofdverzekerde over de termijn waarbinnen deze en, in voorkomend geval, de medeverzekerden het recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen. De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar maakt de hoofdverzekerde tegelijkertijd de contactgegevens over van de betrokken verzekeringsonderneming.

De hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde, beschikken over een termijn van dertig dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch kennis te geven van zijn voornemen om de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst geheel of gedeeltelijk individueel voort te zetten. De termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van het schrijven waarin de verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, de hoofdverzekerde schriftelijk of elektronisch ervan in kennis stelt dat hij kan beslissen de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst waarvan hij het voordeel verloren heeft, individueel voort te zetten. Deze termijn verstrijkt in elk geval honderdvijf dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve ziekteverzekering.

L'assureur dispose d'un délai de quinze jours pour soumettre à l'assuré principal et, le cas échéant, au coassuré, par écrit ou par voie électronique, une offre d'assurance conforme aux articles 138bis-3 et 138bis-4. L'assureur ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

En même temps qu'il adresse son offre, l'assureur informe l'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré sur les conditions de garantie, notamment les prestations couvertes, les exclusions, le délai de déclaration. Il rappelle également à l'assuré principal et, le cas échéant, au coassuré le délai de trente jours dont il dispose pour accepter l'offre soit par écrit, soit par voie électronique.

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir le jour de la réception de l'offre de l'assureur visée à l'alinéa 3. Le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration de ce délai.

§ 3. Lorsque le coassuré perd le bénéfice de l'assurance collective pour une autre raison que la perte du bénéfice de cette assurance par l'assuré principal, le coassuré dispose d'un délai de cent cinq jours, à partir du moment où il perd le bénéfice précité, pour informer l'assureur, par écrit ou par voie électronique, de son intention d'exercer son droit à la poursuite individuelle.

L'assureur dispose d'un délai de quinze jours pour lui faire, par voie électronique ou par écrit, une offre d'assurance conforme aux articles 138bis-3 et 138bis-4. L'assureur ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

Le coassuré dispose d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir le jour de la réception de l'offre de l'assureur visée au deuxième alinéa. Le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration de ce délai.

§ 4. Le contrat d'assurance accepté par l'assuré prend cours au moment où il perd l'avantage de l'assurance collective.

Art. 138bis-9

Information à fournir par l'assureur

§ 1^{er}. L'assureur informe le preneur d'assurance de la possibilité pour l'assuré de payer individuellement une prime complémentaire. Le preneur d'assurance transmet cette information sans délai à l'assuré principal.

Le paiement de ces primes complémentaires, pour autant qu'elles aient été payées année par année sans interruption, a pour effet qu'en cas de poursuite individuelle la prime visée à l'article 138bis-11 est fixée en tenant compte de l'âge de l'assuré au moment où il a commencé à payer les primes complémentaires.

L'âge retenu pour le calcul de la prime visée à l'article 138bis-11 est relevé proportionnellement, en cas d'interruption temporaire du paiement des primes complémentaires visées à l'alinéa 2, en fonction de cette interruption.

§ 2. Si l'assureur a négligé de remplir le devoir d'information visé au § 1^{er}, la prime du contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement est, par dérogation à l'article 138bis-11, calculée en tenant compte de l'âge de l'assuré principal ou du coassuré au moment de son affiliation à l'assurance collective. Il appartient à l'assureur de démontrer qu'il a rempli le devoir d'information visé au § 1^{er}.

De verzekeraar beschikt over een termijn van vijftien dagen om de hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde schriftelijk of elektronisch een verzekeringsaanbod te doen dat in overeenstemming is met de artikelen 138bis-3 en 138bis-4. De verzekeraar kan niet inroepen dat het risico reeds verwezenlijkt is.

Tegelijk met het bezorgen van zijn aanbod stelt de verzekeraar de hoofdverzekerde en, in voorkomend geval de medeverzekerde in kennis van de dekkingsvoorwaarden, inzonderheid de gedekte prestaties, de uitsluitingen en de aangiftetermijn. Voorts herinnert hij de hoofdverzekerde en in voorkomend geval de medeverzekerde aan de termijn van dertig dagen waarover hij beschikt om het aanbod schriftelijk dan wel elektronisch te aanvaarden.

De hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde, beschikken over een termijn van dertig dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Deze termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van het in het derde lid bedoelde aanbod van de verzekeraar. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

§ 3. Wanneer de medeverzekerde het voordeel van de collectieve verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van die verzekering door de hoofdverzekerde, beschikt de medeverzekerde over een termijn van honderdenvijf dagen te rekenen van het tijdstip waarop hij voornoemd voordeel verliest om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch in kennis te stellen van zijn voornemen om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen.

De verzekeraar beschikt over een termijn van vijftien dagen om hem schriftelijk of elektronisch een verzekeringsaanbod te doen dat in overeenstemming is met de artikelen 138bis-3 en 138bis-4. De verzekeraar kan niet inroepen dat het risico reeds verwezenlijkt is.

De medeverzekerde beschikt over een termijn van dertig dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Deze termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van het in het tweede lid bedoelde aanbod van de verzekeraar. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

§ 4. De verzekeringsovereenkomst, die de verzekerde heeft aanvaard, gaat in op het tijdstip waarop hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest.

Art. 138bis-9

Door de verzekeraar te verstrekken informatie

§ 1. De verzekeraar licht de verzekeringnemer in over de mogelijkheid voor de verzekerde om individueel een bijkomende premie te betalen. De verzekeringnemer bezorgt die informatie onmiddellijk aan de hoofdverzekerde.

De betaling van die bijkomende premies, mits zij jaar na jaar ononderbroken werden betaald, heeft tot gevolg dat de in artikel 138bis-11 bedoelde premie in geval van individuele voortzetting berekend wordt rekening houdend met de leeftijd waarop de verzekerde de bijkomende premies is beginnen te betalen.

De leeftijd, die in aanmerking komt voor de berekening van de in artikel 138bis-11 bedoelde premie wordt proportioneel opgetrokken in geval van en in functie van de tijdelijke onderbreking van de betaling van de in het tweede lid bedoelde bijkomende premies.

§ 2. Indien de verzekeraar nagelaten heeft de in § 1 opgelegde informatieplicht na te komen, wordt de premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst in afwijking van artikel 138bis-11 berekend rekening houdend met de leeftijd van de hoofd- of medeverzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de collectieve verzekering. De bewijslast inzake de nakoming van de in § 1 bedoelde informatieplicht berust bij de verzekeraar.

Si le preneur d'assurance a omis de transmettre l'information visée au § 1^{er} à l'assuré principal, le preneur est tenu de verser à l'assureur la différence entre la prime calculée sur la base de l'âge atteint au moment de l'exercice du droit de la poursuite individuelle du contrat et la prime calculée sur la base de l'âge de l'assuré principal au moment de son affiliation à l'assurance collective. La prime relative au contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement qui est réclamée à l'assuré principal est également dans ce cas, par dérogation à l'article 138bis-11, calculée en tenant compte de l'âge de l'assuré principal au moment de son affiliation à l'assurance collective. Il appartient au preneur d'assurance de démontrer qu'il a transmis l'information visée au § 1^{er}.

Art. 138bis-10

Garanties

§ 1^{er}. Le contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement offre au moins des garanties similaires à celles offertes par le contrat d'assurance maladie collectif poursuivi.

Les garanties de l'assurance soins de santé individuelle sont considérées comme similaires si les éléments suivants de l'assurance soins de santé collective sont repris :

1° le choix de la chambre : le remboursement intégral ou partiel ou le non-remboursement des frais supportés dans une chambre individuelle, double ou commune;

2° la formule de remboursement : le remboursement (partiel) des frais réels ou le remboursement des frais sur la base du niveau de remboursement INAMI dans le cadre de l'assurance soins de santé légale, ou la possibilité d'une intervention forfaitaire;

3° la pré- et posthospitalisation : la prise en charge ou non des frais ambulatoires liés à l'hospitalisation et qui surviennent dans un délai déterminé avant ou après l'hospitalisation; si ces frais sont couverts, ce délai doit être d'une durée minimale d'un mois avant et de trois mois après l'hospitalisation;

4° les maladies graves : la prise en charge ou non des frais ambulatoires liés aux maladies graves.

Les garanties de l'assurance incapacité de travail individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient, comme l'assurance incapacité de travail collective, le versement d'un même pourcentage de la perte de revenus subie ou un même montant fixe, toutefois limité le cas échéant à la perte de revenus subie. L'assurance incapacité de travail individuelle, qui poursuit l'assurance incapacité de travail collective, vaut jusqu'à l'âge légal de la pension ou un âge antérieur, s'il s'agit de l'âge normal auquel l'assuré cesse complètement et définitivement son activité professionnelle.

Les garanties de l'assurance invalidité individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient le versement d'un même montant fixe ou une indemnisation calculée sur la base des mêmes paramètres que ceux qui sont pris en compte dans le cadre de l'assurance invalidité collective.

Les garanties de l'assurance dépendance individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient, comme l'assurance soins collective, le versement d'un même montant fixe ou une indemnisation identique des frais dus à la perte totale ou partielle d'autonomie.

§ 2. Sans préjudice de l'article 138bis-3, § 1^{er}, la poursuite individuelle du contrat d'assurance maladie collectif a lieu sans imposer un nouveau délai d'attente. La garantie ne peut pas être limitée et aucune prime supplémentaire ne peut être imposée en raison de l'évolution de l'état de santé de l'assuré au cours du contrat d'assurance maladie collective.

Indien de verzekeringnemer nagelaten heeft de in § 1 bedoelde informatie te bezorgen aan de hoofverzekerde, is de verzekeringnemer aan de verzekeraar het verschil verschuldigd tussen de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd welke bereikt is op het ogenblik van de uitoefening van het recht op individuele voortzetting en de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd van de hoofverzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de collectieve verzekering. De premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst, die aangerekend wordt aan de hoofverzekerde, wordt ook in dat geval, in afwijking van artikel 138bis-11, berekend rekening houdend met de leeftijd van de hoofverzekerde, op het ogenblik van zijn aansluiting bij de collectieve verzekering. De bewijslast inzake het bezorgen van de in § 1 bedoelde informatie berust bij de verzekeringnemer.

Art. 138bis-10

Waarborgen

§ 1. De individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst biedt minstens waarborgen die gelijksoortig zijn met die welke geboden worden door de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst.

De waarborgen van de individuele ziektekostenverzekering worden als gelijksoortig beschouwd indien de volgende elementen van de collectieve ziektekostenverzekering worden overgenomen :

1° de keuze van de kamer : het al dan niet geheel of ten dele terugbetalen van de kosten die gedragen zijn in een één-, twee- of meerpersoonskamer;

2° de terugbetalingsformule : het (ten dele) terugbetalen van de werkelijk gedragen kosten, of het vergoeden van de kosten op grond van het RIZIV-terugbetalingsniveau in het raam van de wettelijke ziektekostenverzekering, of het voorzien in een forfaitaire tegemoetkoming;

3° de pre- en posthospitalisatie : het al dan niet ten laste nemen van de ambulante kosten die verband houden met de hospitalisatie en die voortvallen in een welbepaalde termijn vóór of na de hospitalisatie; in de mate dat deze ambulante kosten gedekt zijn, dient de termijn minstens één maand te bedragen vóór de hospitalisatie en drie maanden na de hospitalisatie;

4° de zware ziekten : het al dan niet ten laste nemen van de ambulante kosten die verband houden met zware ziekten.

De waarborgen van de individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering worden als gelijksoortig beschouwd indien deze, net als de collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering, voorzien in de uitkering van eenzelfde percentage van het geleden inkomensverlies, dan wel in eenzelfde vast bedrag, dat in voorkomend geval beperkt wordt tot het effectief geleden inkomensverlies. De individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering, die de collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering voortzet, geldt tot de pensioengerechtigde leeftijd of tot een jongere leeftijd, wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

De waarborgen van de individuele invaliditeitsverzekering worden als gelijksoortig beschouwd indien ze voorzien in de uitkering van eenzelfde vast bedrag dan wel in een vergoeding die berekend wordt op grond van dezelfde parameters als die welke in aanmerking genomen worden in de collectieve invaliditeitsverzekering.

De waarborgen van de individuele zorgverzekering worden als gelijksoortig beschouwd indien ze net als de collectieve zorgverzekering, voorzien in de uitkering van eenzelfde vast bedrag, dan wel in een identieke vergoeding van de kosten die het gevolg zijn van het geheel of gedeeltelijk verlies van de zelfredzaamheid.

§ 2. Onverminderd artikel 138bis-3, § 1, gebeurt de individuele voortzetting van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst zonder instelling van een nieuwe wachttermijn. De waarborg kan niet worden beperkt en geen bijpremie kan worden opgelegd wegens de evolutie van de gezondheidstoestand van de verzekerde tijdens de duur van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst.

Art. 138bis-11

Prime

Pour le calcul de la prime du contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement, il est tenu compte uniquement :

1° de l'âge de l'assuré au moment de la poursuite individuelle du contrat, sans préjudice de l'article 138bis-9, § 1^{er};

2° des éléments d'évaluation du risque, tels qu'ils existaient et furent évalués lors de l'affiliation au contrat d'assurance maladie collective poursuivi;

3° du régime de sécurité sociale et du statut auxquels l'assuré est assujéti;

4° en ce qui concerne l'assurance soins de santé, de l'assurance invalidité et de l'assurance soins, ainsi que de la profession de l'assuré;

5° en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail, de la profession et du revenu professionnel de l'assuré.

Art. 3. Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants visés à l'article 138bis-2 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, ne satisfont pas aux exigences de l'article 138bis-3, l'entreprise d'assurances propose au preneur d'assurance, au plus tard deux ans après l'entrée en vigueur de la présente loi, un nouveau contrat d'assurance maladie conforme à ces exigences. Le preneur d'assurance décide dans les trente jours de la réception de la proposition, d'y souscrire ou de maintenir la durée de son assurance maladie en cours.

Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie collectifs existants, une période transitoire de deux ans est applicable à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 4. La présente loi entre en vigueur le même jour que la loi visant à instaurer pour les mutualités dans la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités un régime similaire à celui prévu par le titre III, chapitre IV, sections première et 2, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, inséré par la loi du 20 juillet 2007.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le *Moniteur belge*.

Donné à Bruxelles, le 20 juillet 2007.

ALBERT

Par le Roi :

La Vice-Première Ministre et Ministre de la Justice,
Mme L. ONKELINX

Le Ministre de l'Economie,
M. VERWILGHEN

Scellé du sceau de l'Etat :

La Ministre de la Justice,
Mme L. ONKELINX

Notes

(1) *Session ordinaire 2006-2007.*

Chambre des représentants.

Documents parlementaires. — Projet de loi, n° 51-2689/1. — Amendements, n° 51-2689/2-3. — Rapport fait au nom de la Commission, n° 51-2689/4. — Texte adopté par la Commission, n° 51-2689/5. — Texte adopté en séance plénière et transmis au Sénat, n° 51-2689/6.

Sénat.

Documents parlementaires. — Projet évoqué par le Sénat, n° 3-2355/1. Rapport fait au nom de la Commission, n° 3-2355/2. — Décision de ne pas amender, n° 3-2355/3.

Art. 138bis-11

Premie

Bij de berekening van de premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst wordt alleen rekening gehouden met :

1° de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de individuele voortzetting, onverminderd artikel 138bis-9, § 1;

2° de elementen ter beoordeling van het risico, zoals die bestonden en beoordeeld werden op het ogenblik van het toetreden tot de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst;

3° het stelsel en het statuut van sociale zekerheid waaraan de verzekerde is onderworpen;

4° wat betreft de ziektekostenverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering, alsook het beroep van de verzekerde;

5° wat betreft de arbeidsongeschiktheidsverzekering, het beroep en het beroepsinkomen van de verzekerde;

Art. 3. Voor de bestaande ziekteverzekeringsovereenkomsten zoals bedoeld in artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, die op het ogenblik van de inwerking-treding van deze wet niet beantwoorden aan de vereisten van artikel 138bis-3, biedt de verzekeringsonderneming de verzekeringsnemer, uiterlijk twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet, aan deze vereisten beantwoordende nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan. De verzekeringsnemer beslist binnen dertig dagen na de ontvangst van het aanbod om hierop in te gaan dan wel om de duurtijd van zijn lopende ziekteverzekeringsovereenkomst te behouden.

Voor de bestaande collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten geldt een overgangsperiode van twee jaar vanaf de inwerkingtreding van deze wet.

Art. 4. Deze wet treedt in werking op dezelfde dag als de wet tot invoering in de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen van een analoge regeling voor de ziekenfondsen als die bepaald bij titel III, hoofdstuk IV, afdeling 1 en 2, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Brussel, 20 juli 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Vice-Eersteminister en Minister van Justitie,
Mevr. L. ONKELINX

De Ministre van Economie,
M. VERWILGHEN

Met 's Lands zegel gezegeld :

De Minister van Justitie,
Mevr. L. ONKELINX

Nota's

(1) *Gewone zitting 2006-2007.*

Kamer van volksvertegenwoordigers.

Parlementaire stukken. — Wetsontwerp, nr. 51-2689/1. — Amendementen, nr. 51-2689/2-3. — Verslag namens de Commissie, nr. 51-2689/4. — Tekst aangenomen door de Commissie, nr. 51-2689/5. — Tekst aangenomen in de plenaire vergadering en overgezonden aan de Senaat, nr. 51-2689/6.

Senaat.

Parlementaire stukken. — Ontwerp geëvoceerd door de Senaat, nr. 3-2355/1. — Verslag namens de Commissie, nr. 3-2355/2. — Beslissing om niet te amenderen, nr. 3-2355/3.

Bijlage II. DKV

A. Algemene Verzekeringsvoorwaarden



ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (A.V.V.)

MEDISCHE KOSTEN EN DAGELIJKSE VERGOEDING BIJ HOSPITALISATIE

EDITIE 08/2003

INHOUD

DEFINITIES	Punten 1-15
VERZEKERBAARHEID	Punten 16-17
VERZEKERINGSCONTRACT,	
VERZEKERINGSPLAN EN VERZEKERINGSWAARBORG	
- Afsluiting van het contract	Punt 18
- Duur van het contract	Punt 19
- Einde van het contract	Punt 20
- Einde van het plan	Punt 21
- Begin van de waarborg	Punt 22
- Uitsluitingen van de waarborg	Punt 23
- Territorialiteit van de waarborg	Punt 24
- Einde van de waarborg	Punt 25
- Voortzetting van de waarborg	Punt 26
RECHT OP UITKERING	Punten 27-28
VERZEKERINGSGEVAL	Punten 29-37
VERPLICHTINGEN VAN DE	
VERZEKERINGNEMER EN VAN	
DE VERZEKERDE PERSOON	Punten 38-39
DE PREMIE	Punten 40-46
WIJZIGING VAN DE PREMIE EN VAN DE ALGEMENE EN	
TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN	Punten 47-49
VERKLARINGEN VAN DE	
VERZEKERINGNEMER, VAN DE VERZEKERDE	
PERSOON, VAN DE VERZEKERAAR	Punten 50-51
EINDBEPALING	Punt 52

DEFINITIES

Er wordt verstaan onder :

1. VERZEKERAAR

DKV Belgium N.V. van verzekeringen naar Belgisch Recht.

2. VERZEKERINGNEMER

De fysische of rechtspersoon, onderschrijver van het contract.

3. VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringscontract wordt gevormd door de polis. De polis wordt gevormd door de Algemene, Tarifaire en Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden en door de bijvoegsels.

4. VERZEKERDE PERSOON

De persoon op wie het risico rust en die de begunstigde is van het verzekeringscontract, behoudens afwijking voorzien in de polis of op een andere wijze.

5. VERZEKERINGSPLAN

Het persoonsverzekeringsplan tot vergoeding van schade.

6. VERZEKERINGSGEVAL

Het voorwerp van de verzekeringswaarborg.

7. ZIEKTE

Elke aantasting van de gezondheidstoestand die niet door een ongeval veroorzaakt wordt en waarvan de oorzaak en de symptomen medisch objectieelbaar zijn en die als zodanig een diagnose toelaten en een therapie vereisen.

8. BEVALLING

Het gebeuren zowel tijdig, voortijdig als laattijdig en ongeacht de toegepaste techniek waarbij een vrouw zich bevrijdt of wordt bevrijd van het product der conceptie (foetus en aanhangsels) op een ogenblik waarop de foetus levensvatbaar is.

9. ONGEVAL

Elke aantasting van de gezondheidstoestand veroorzaakt door een plotselinge gebeurtenis die zich buiten het organisme situeert, die onafhankelijk van de wil van de verzekerde persoon optreedt en waarvan de oorzaak en de symptomen medisch objectieelbaar zijn, en die als zodanig een diagnose toelaten en een therapie vereisen.

10. VERPLEEGINSTELLING

Elke instelling voor gezondheidszorgen, bestemd voor personen waarvan de gezondheidstoestand het verblijf in de instelling vereist, evenals een curatieve en/of diagnostische behandeling die een observatie, een toezicht en een opbevoering onderstelt die enkel in de instelling ingericht kunnen worden. Worden niet beschouwd als verpleeginstelling: de gesloten psychiatrische inrichting, de medisch-pedagogische inrichting, het rusthuis, het rust- en verzorgingsstehuis, de kuur- en herstellingsinstelling.

10.1. VERPLEEGHOTEL

Elke verblijfinstelling gericht op de huisvesting van personen waarvan de gezondheidstoestand een verblijf in de instelling vereist, evenals een curatieve en/of diagnostische behandeling die een observatie, een toezicht en een opbevoering onderstelt die enkel in de instelling ingericht kunnen worden. Wordt enkel gelijkgesteld met een verpleeginstelling ; het verpleeghotel waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft afgesloten.

10.2. PALLIATIEVE INSTELLING

Elke verblijfinstelling gericht op de huisvesting van personen waarvan de gezondheidstoestand een verblijf in de instelling vereist, evenals een palliatieve behandeling die een observatie, een toezicht en een opbevoering onderstelt die enkel in de instelling ingericht kunnen worden. Wordt enkel gelijkgesteld met een verpleeginstelling ; de palliatieve instelling waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft afgesloten.

11. WACHTTIJD

De periode tijdens dewelke de verzekeraar geen prestaties verschuldigd is en die aanvangt met de begindatum van het verzekeringsplan.

12. KARENTIE

De periode tijdens dewelke de verzekeraar geen prestaties verschuldigd is en die aanvangt met de begindatum van het verzekeringsgeval.

13. VRIJSTELLING

Het gedeelte van de kosten dat ten laste blijft van de verzekerde persoon en waarmee de tussenkomst van de verzekeraar wordt verminderd.

14. VERZEKERINGSJAAR

De periode van 12 maanden te rekenen vanaf de jaarlijkse vervaldatum, dewelke onveranderd blijft ongeacht enige toevoeging of wijziging van welkdanige aard ook. Indien de aanvang van een onderschreven verzekeringsplan niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum, is het eerste verzekeringsjaar samengesteld door het aantal maanden gelegen tussen de begindatum en de jaarlijkse vervaldatum.

15. PREMIE

Het bedrag in de polis bepaald, verhoogd met de polis- en bijvoegselskosten, de verzekeringstaks en de belastingen en/of bijkomende heffingen van welke aard ook, bij wet of bij enig andere reglementaire beschikking opgelegd.

VERZEKERBAARHEID

16. Zijn verzekeraar, de personen die beantwoorden aan de verzekeraarvoorwaarden.

17. De verzekeraar kan personen die een verhoogd risico uitmaken verzekeren aan bijzondere voorwaarden.

VERZEKERINGSCONTRACT, VERZEKERINGSPLAN EN- WAARBORG

18. AFSLUITING VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringscontract is afgesloten, na de uitgifte van de polis, door betaling van de eerste jaarpremie of overeengekomen deelpremie.

19. DUUR VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringscontract wordt afgesloten voor onbepaalde duur, behoudens afwijking voorzien in de polis of op een andere wijze.

En voor het gebruik van de BICCO in de verzekeringsplan, zie de algemene voorwaarden van de BICCO. En voor het gebruik van de BICCO in de polis, zie de algemene voorwaarden van de BICCO.

20. EINDE VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringscontract eindigt bij :

- 20.1. opzegging door de verzekeringnemer op het einde van elk verzekeringsjaar mits inachtneming van een opzegtermijn van 3 maanden. Indien de verzekeringnemer overgaat tot de opzegging van één of van meerdere verzekerde personen, heeft de verzekeraar het recht de opzegging van de overblijvende verzekerde personen te betekenen vanaf dezelfde datum;
 - 20.2. opzegging door de verzekeringnemer binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een wijziging van de premie, van de Algemene en/of Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden, die tenminste 4 maanden voor de jaarlijkse vervaldag van het lopende verzekeringscontract is gebeurd. De beëindiging treedt in voege op de jaarlijkse vervaldag van het verzekeringscontract;
 - 20.3. opzegging door de verzekeringnemer binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een wijziging van de premie, van de Algemene en/of Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden, indien de mededeling geschiedt minder dan 4 maanden voor de jaarlijkse vervaldag van het lopende verzekeringscontract. De beëindiging treedt in voege één maand volgend op de dag na de mededeling of de datum van ontvangst of, in het geval van een aangetekend schrijven volgend op de dag na de levering aan de post.
 - 20.4. bedrog of poging tot bedrog;
 - 20.5. opzegging door de verzekeraar bij premiewanbetaling.
- Het einde van het verzekeringscontract kan worden beperkt tot één of meerdere onderschreven verzekeringsplannen voor één of meerdere verzekerde personen, categorieën van verzekerde personen, van één of van meerdere juridische entiteiten van de verzekeringnemer.

21. EINDE VAN HET VERZEKERINGSPLAN

Het verzekeringsplan eindigt :

- 21.1. voor alle verzekerde personen bij het einde van het verzekeringscontract.
 - 21.2. voor de verzekerde personen waarop de beschreven omstandigheid van toepassing is :
 - 21.2.1. bij overlijden;
 - 21.2.2. bij het uittreden uit het verzekeringscontract;
 - 21.2.3. bij bedrog of poging tot bedrog;
 - 21.2.4. bij nietigheid;
 - 21.2.5. bij het niet meer vervuld zijn van de verzekeraarvoorwaarden.
- Het verzekeringsplan eindigt niet uit redenen die verband houden met de verwezenlijking of verzwaring van het verzekerd risico, of met de veroudering of het bereiken van een bepaalde leeftijd in hoofde van de verzekerde persoon. In het bijzonder, beschikt de verzekeraar over geen enkel recht tot opzegging behoudens dit dat ontstaat uit redenen van premiewanbetaling.

22. BEGIN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaarborg begint op de begindatum van het verzekeringsplan bepaald in de polis, voor zover de wachttijden tot een einde zijn gekomen en na afsluiting van het verzekeringscontract.

23. UITSLUITINGEN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaarborg omvat niet, tenzij de verzekeraar de dekking ervan uitdrukkelijk en schriftelijk heeft aanvaard, de verzekeringsgevallen die optreden ingevolge :

- 23.1. een ongeval dat zich heeft voorgedaan of een ziekte waarvan de symptomen zich hebben gemanifesteerd voor de begindatum van de verzekeringswaarborg. Deze uitsluiting geldt eveneens voor verzekeringsgevallen opgetreden ingevolge een ongeval dat zich heeft voorgedaan of een ziekte waarvan de symptomen zich hebben gemanifesteerd tussen de begindatum van het verzekeringsplan voorzien in de polis en de datum van de uitgifte van de polis. Niettemin wordt de waarborg verleend indien deze verzekeringsgevallen optreden na een periode van tenminste 2 jaar te rekenen vanaf de begindatum van de verzekeringswaarborg, behoudens indien bij het afsluiten van het contract, het ongeval, de ziekte of haar gekende symptomen niet ter beoordeling van het risico aan de verzekeraar werden meegedeeld of behoudens afwijkende bepaling in het verzekeringscontract.
- 23.2. een ziekte, samenlopende ziekten of een ongeval voortvloeiend uit een burgeroorlog of andere oorlog, uit oproer, collectieve geweldsdaaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong, indien is aangetoond dat de verzekerde persoon er actief heeft aan deelgenomen;
- 23.3. een opzettelijke daad van de verzekerde persoon, tenzij deze het bewijs voorlegt dat het een geval betreft van wettige zelfverdediging of verantwoorde redding van personen of goederen. De opzettelijke daad, in de zin van onderhavig beding, is de vrijwillig en bewust gestelde handeling die schade teweegbrengt die redelijkerwijs te voorzien is.

- 23.4. een poging tot zelfmoord;
- 23.5. een intoxicatie of chronische of niet-accidentele toxicomanie;
- 23.6. een wettelijke inenting, een sterilisatie, een contraceptieve techniek of een contraceptief procédé, een kunstmatige inseminatie welke ook de toegepaste techniek zij, een esthetische ingreep;
- 23.7. functionele, subjectieve of psychische stoornissen, waarvan of de oorzaak en de symptomen niet medisch objectiveerbaar zijn, of de behandeling of de therapie niet vereist is vanuit een zuiver medisch standpunt;
- 23.8. een verblijf in een kuur-, bad-, gezondheids- en herstellingsoord, alsook in elke andere dienst of instelling maar met het doel een welkdanige kuur te volgen, zelfs indien het verblijf medisch is voorgeschreven;
- 23.9. een psychotherapeutische en psychosomatische behandeling;

24. TERRITORIALITEIT VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaarborg is wereldwijd geldig, behoudens afwijking voorzien in de polis of op een andere wijze.

25. EINDE VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaarborg eindigt tegelijk met het einde van het verzekeringsplan, ook voor de lopende schadegevallen, behoudens afwijking voorzien in de polis of op een andere wijze.

26. VOORTZETTING VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaarborg kan, bij het einde ervan, worden voortgezet volgens een vigerend verzekeringsplan. Hiertoe dient een aanvraag te worden ingediend binnen de 2 maanden volgend op het einde van het vorige verzekeringsplan, met uitwerking vanaf de eerste dag van de maand volgend op het einde van het plan.

RECHT OP UITKERING

27. De verzekeraar, de verzekeringnemer en de verzekerde persoon werken samen om het recht op uitkering, dat vastgesteld wordt op basis van de verstrekte inlichtingen, te bepalen. De verzekeringnemer en de verzekerde persoon laten de verzekeraar toe de noodzakelijke informatie in te winnen en verbinden zich ertoe mede te werken aan de goede uitvoering van de informatie- en onderzoeksmaatregelen waartoe het onderzoek naar het recht op uitkering aanleiding geeft. De verzekeraar onthoudt zich van elke maatregel die, in verhouding met het onderzoek van het recht op uitkering, niet toereikend, niet terzake dienend en overmatig blijkt te zijn.
28. Bij betwisting van het recht op uitkering, beschikken de verzekeringnemer en de verzekerde persoon over de mogelijkheid om beroep te doen op arbitrage binnen een termijn van 30 dagen volgend op de regelmatige betekening van het verzet. De arbitrage wordt beheerst door de bepalingen opgenomen in een arbitrageovereenkomst.

VERZEKERINGSGEVAL

29. Elk verzekeringsgeval moet aan de verzekeraar worden gemeld bij het optreden ervan door middel van het daartoe eventueel voorziene formulier.
30. De onkostennota's die betrekking hebben op een verzekeringsgeval, moeten worden ingediend, binnen de 3 jaar volgend op de datum van hun uitgifte. Na verloop van deze termijn, treedt verjaring in.
31. De verzekerde persoon heeft jegens de verzekeraar een eigen recht op de verzekeringsprestaties.
32. De verzekeringsprestaties worden geregeld met de begunstigde van het verzekeringscontract.
33. De verzekeraar is gerechtigd de terugbetaling ondergeschikt te maken aan de indiening van gekwijte en vertaalde onkostennota's indien zij uitgegeven zijn in een vreemde taal waarvan de vertaling redelijkerwijze noodzakelijk blijkt voor het onderzoek van het recht op uitkering.
34. De onkostennota's worden eigendom van de verzekeraar bij de ontvangst ervan ter zetel van de verzekeraar.
35. De uitkering geschiedt in euro. Onkostennota's in vreemde valuta worden uitgekeerd tegen de gemiddelde koers van de vreemde valuta op de dag der uitkering.
36. Kan de verzekerde persoon aanspraak maken op herstel van schade, dan treedt de verzekeraar in de rechten van de verzekerde persoon in de mate van zijn prestaties.
37. De overeenkomsten afgesloten tussen de verzekeringnemer en de verzekerde persoon met derden die rechten tot voorwerp hebben die voortkomen uit het verzekeringscontract of die ontstaan bij de uitvoering van het verzekeringscontract, zijn slechts tegenstelbaar aan de verzekeraar vanaf de datum waarop ze door de verzekeraar zijn goedgekeurd.

VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER EN VAN DE VERZEKERDE PERSOON

38. De verzekeringnemer en de verzekerde persoon zijn ertoe gehouden :
- 38.1. de verklaringen en aangiften schriftelijk te doen aan de zetel der verzekeraar. Deze anders gedaan of door een bemiddelaar of een incassoagent, verbinden de verzekeraar niet;
 - 38.2. de verzekeraar onverwijld het tijdstip mede te delen waarop de voorwaarden voor het instandhouden van het verzekeringscontract en/of de verzekeringsplannen wegvallen;
 - 38.3. de verzekeraar onverwijld in te lichten over het bestaan van een overeenkomst die eenzelfde of een gelijkaardig risico geheel of ten dele dekt;
 - 38.4. de verzekeraar of de door hem gemandateerde persoon alle inlichtingen te verstrekken voor het vaststellen van het recht op uitkering en gevolg te geven aan alle hem betekende instructies en voorschriften.
39. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde persoon de bij dit verzekeringscontract of in uitvoering van het contract ontstane verplichtingen schendt en indien ingevolge een verzekeringsgeval, deze nalatigheid een nadeel voor de verzekeraar veroorzaakt, kan deze laatste zijn prestaties verminderen ten belope van het door hem geleden nadeel. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde persoon zijn verplichtingen inzake de melding van een verzekeringsgeval, voorzien in artikels 29 en 38 van deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden en zijn wettelijke verplichtingen om de gevolgen van het verzekeringsgeval te beperken met bedrieglijk opzet heeft geschonden, kan de verzekeraar de dekking volledig weigeren.

DE PREMIE

40. De verzekeringnemer is de premie verschuldigd berekend volgens de volgende modaliteiten :
- 40.1. bij de aansluiting tot de verzekering wordt de premie berekend volgens de leeftijd die bekomen wordt door van het lopende jaar het geboortjaar af te trekken, en volgens de woonplaats of de vaste en gebruikelijke verblijfplaats, indien deze niet samenvalt met de woonplaats;
 - 40.2. gedurende de looptijd van het contract wordt de premie berekend volgens de leeftijdscategorie die volgt op deze van 0 tot 19 jaar vanaf de jaarlijkse vervaldatum die volgt op de 19de verjaardag, en volgens de woonplaats of de vaste en gebruikelijke verblijfplaats, indien deze niet samenvalt met de woonplaats, vanaf de maand die volgt op de verlegging ervan.
41. De verzekeringnemer is de jaarpremie verschuldigd op de jaarlijkse vervaldatum.
42. De jaarpremie is haalschuld. Het eenvoudig verzoek tot betaling staat gelijk met het aanbieden van de kwitantie op het laatst gekende adres van de verzekeringnemer.
43. De jaarpremie is één en ondeelbaar en betaalbaar volgens de overeengekomen periodiciteit. Bij niet-betaling van de overeengekomen deelpremie, is de totale jaarpremie van rechtswege eisbaar.
44. De premie is niet vrijgesteld na het ontstaan van en tijdens het verzekeringsgeval, behoudens afwijking in de polis voorzien.
45. Bij niet-betaling van de premie of een deel ervan wordt de verzekeringnemer bij aangetekend schrijven in gebreke gesteld en de verzekeringswaarborg is van rechtswege geschorst vanaf de datum voorzien in de ingebrekestelling. De verzekeringswaarborg hemeemt voor de verzekeringsgevallen die optreden nadat de verzekeringnemer alle achterstallige en vervallen premies heeft voldaan, verhoogd met de kosten der ingebrekestelling.
46. Bij niet-betaling na ingebrekestelling heeft de verzekeraar het recht het verzekeringscontract op te zeggen.

WIJZIGING VAN DE PREMIE EN VAN DE ALGEMENE EN TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN

- 47.1. De premie en de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden worden bepaald rekening houdend met de parameters vastgelegd in het technisch plan dat de verzekeraar opstelt volgens verzekeringstechnische en actuariële criteria.

- 47.2. Elk jaar vergelijkt de verzekeraar de werkelijke uitkeringen die hij heeft uitgevoerd ten voordele van de verzekerde personen met de binnen het technisch plan voorziene en vastgelegde uitkeringen. In het geval een verschil uit deze vergelijking zou blijken, zodanig dat de van kracht zijnde premie onvoldoende zou zijn om de werkelijke uitkeringen te dekken, zal een premieaanpassing worden doorgevoerd en schriftelijk meegedeeld aan de verzekeringnemer. Deze premieaanpassing zal, om de gelijkwaardigheid tussen de verschillende categorieën verzekerden te vrijwaren, gedifferentieerd toepasbaar kunnen zijn op de premies betaald door de verschillende categorieën verzekerden (categorieën bepaald volgens bijvoorbeeld leeftijdsklasse, geslacht of andere objectieve criteria).
- 47.3. De verzekeraar kan de Algemene en/of Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden die voor de verzekeringnemer geen wezenlijk karakter inhouden wijzigen.
- 47.4. Ingeval een wijziging van de wetgeving inzake sociale zekerheid, of in het algemeen elke andere reglementering, een substantiële invloed heeft op de parameters van het technisch plan en deze financiële gevolgen voor de verzekeraar met zich meebrengt, kan de verzekeraar de premie, de Algemene en/of Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden wijzigen. Ingeval van een wijziging van de Algemene en/of Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden, zal deze wijziging enkel betrekking hebben op de voorwaarden die voor de verzekeringnemer geen wezenlijk karakter inhouden. De verzekeraar waarborgt dat dergelijke wijziging van de premie, de Algemene en/of Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden in verhouding zal staan tot desbetreffende wijziging in de wetgeving en tot de financiële gevolgen ervan voor de verzekeraar.
- 47.5. Elke wijziging van de premie, de Algemene en/of Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden, zal schriftelijk en binnen een redelijke termijn aan de verzekeringnemer worden meegedeeld. De verzekeringnemer beschikt dan over het recht zijn contract op te zeggen, conform de artikels 20.2 of 20.3 van deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden.
- 48.1. Indien de verzekeringnemer zijn contract niet opzegt, conform de artikels 20.2 of 20.3 van deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden, zal de wijziging van de premie worden toegepast op de lopende contracten die vervallen, vanaf de eerste dag van de vierde maand die volgt op de mededeling van de wijziging.
- 48.2. Indien de verzekeringnemer zijn contract niet opzegt, conform de artikels 20.2 of 20.3 van deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden, zal de wijziging van de Algemene en/of Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn op de lopende contracten vanaf de betaling van de volgende premie.
49. Zijn niet onderworpen aan de vorige bepalingen, de wijzigingen van de verzekeringstaks, van de belastingen en/of bijkomende heffingen welke ook hun aard zij, opgelegd bij wet of bij enig andere reglementaire beschikking

VERKLARINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER, VAN DE VERZEKERDE PERSOON EN VAN DE VERZEKERAR

50. De verzekeringnemer en de verzekerde persoon verklaren :
- 50.1. de verzekeraar toe te laten persoonsgebonden en medische gegevens en informatie te verzamelen en te behandelen. Zij geven uitdrukkelijk toestemming tot het verzamelen en het behandelen van medische gegevens en informatie buiten het toezicht en de verantwoordelijkheid van een beoefenaar van de geneeskunde;
 - 50.2. de verzekeraar toe te laten medische gegevens te gebruiken met het oog op het afsluiten, het beheren en het uitvoeren van het verzekeringscontract overeenkomstig de eigen doelstellingen ervan en, meer in het algemeen, overeenkomstig de doelstellingen, technieken en principes eigen aan de verzekeringsactiviteit.
51. De verzekeraar verklaart de persoonsgebonden en medische informatie en gegevens slechts te verzamelen, te behandelen en te gebruiken om de vermelde doelstellingen te realiseren en dat, in verhouding met deze doelstellingen, de informatie en gegevens toereikend, terzake dienend en niet overmatig zijn.

EINDBEPALING

52. Voor wat door het verzekeringscontract niet is bepaald, gelden de Belgische wettelijke voorschriften

B. Plan IS2000

Plan IS2000 – aanvullende hospitalisatieverzekering

In geval van ziekte, ongeval en bevaling:

- Hospitalisatie
- Pre/ post
- 27 Zware Ziekten
- Services

Hospitalisatie

Onbeperkte terugbetaling aanvullend op de wettelijke ziekteverzekering¹ van de hospitalisatiekosten (incl. one-day clinic)

Vrije keuze van arts, kamer en ziekenhuis;

Globalisatie van de hospitalisatiefactuur: zelfs wanneer de wettelijke ziekteverzekering op één of andere post van de factuur niet tussenkomt, zal DKV het bedrag ten laste van de verzekerde integraal vergoeden;

Rooming-in: 100% terugbetaling van verblijfkosten van één van de ouders van een opgenomen kind;

Ambulance op de weg: onbeperkt in België bij opname in en ontslag uit het ziekenhuis;

Helitransport: in België, van de plaats van een ongeval naar het ziekenhuis;

Levenslange waarborg - DKV kan de polis niet eenzijdig stopzetten²;

Aansluiting t.e.m. 69 jaar;

Geen wachttijden behalve voor de kosten m.b.t. tandbehandelingen, inclusief tandprothesen, tandmateriaal, kronen, bruggen en implantaten: wachttijd van 12 maanden³;

Geen medische vragenlijst en geen wachttijden voor pasgeborenen indien één van de ouders reeds verzekerd is en het kind wordt meeverzekerd binnen de 60 dagen volgend op de maand van de geboorte, volgens hetzelfde plan als één van de verzekerde ouders.

Pre/ post

Terugbetaling van de medische kosten 30 dagen vóór en 90 dagen na de hospitalisatie:

- tegen 100%, na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering⁴: medische en paramedische prestaties;
- tegen 80%, na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering⁴: allopathische en homeopathische geneesmiddelen, verbanden en medisch materiaal (geen tandmateriaal).

Zware Ziekten

Terugbetaling van de medische kosten van 27 zware ziekten buiten een ziekenhuisopname:

- tegen 100% per prestatie en na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering⁴: medische en paramedische prestaties;
- tegen 80% per prestatie en na tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering⁴: allopathische en homeopathische geneesmiddelen, verbanden en medisch materiaal (geen tandmateriaal).

27 Zware Ziekten: kanker, leukemie, ziekte van Parkinson, Hodgkin, Pompe, Crohn, Alzheimer, AIDS, diabetes, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebro-spinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encephalitis, tetanus, virale hepatitis, malaria, vlektyfus, tyfus, paratyfus, difterie, cholera, miltvuur, mucoviscidose, nierdialyse.

Services

Medi-Card®: rechtstreekse betaling van de factuur aan het ziekenhuis.

DKV Assistance: bijstand in het buitenland en repatriëring indien medisch noodzakelijk, via één enkel nummer: + 32 (0) 2 230 31 32

¹ Indien de wettelijke ziekteverzekering op geen enkele post van de hospitalisatiefactuur tussenkomt, wordt de terugbetaling herleid met 50%.

² Behalve de rechten voorzien bij wet.

³ Tandbehandeling ten gevolge van een ziekte of een ongeval, beperkt tot € 743,68/ persoon/ verzekeringsjaar (orthodontische behandeling niet gedekt).

⁴ Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, wordt de terugbetaling herleid met 50%.

zijn opgesteld in uitvoering van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden (A.V.V.).

21.101 NL 1 20

6. Einde van de verzekeringswaarborg (= A.V.V. 25)

Indien het verzekeringsgeval (= T.V.V. 2.1.) voortduurt na de einddatum van het verzekeringsplan, wordt de terugbetaling van de kosten gemaakt na dit einde gewaarborgd tot het einde van het verzekeringsgeval.

De dekking voor Zware Ziekten (= T.V.V. 2.2.) eindigt echter automatisch op de einddatum van het verzekeringsplan en de verzekeringswaarborg.

7. Bijzonderheid

- 7.1. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval na verloop van de wachttijd en ingevolge het optreden van een ziekte of een ongeval :
 - 7.1.1 de tandbehandelingskosten met uitzondering van de orthodontische behandeling,
 - 7.1.2 de kosten van tandprotheses en van het tandmateriaal, met inbegrip van bruggen, kronen en implantaten, voor zover het tandbehandelingsplan voorafgaandelijk is voorgelegd aan de verzekeraar.
- 7.2. De beschreven kosten worden terugbetaald aan 100 % na de wettelijke, statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit, ten belope van 743,68 € per persoon en per verzekeringsjaar met inachtnaam van de datum van de verstrekte prestaties.
- 7.3. Indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, blijft het terugbetalingspercentage behouden aan 100 %, ten belope van 743,68 € per persoon en per verzekeringsjaar, na aftrek van de statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit.

8. Medi-Card®

Door het gebruik en de ondertekening van de Medi-Card®, aanvaardt de verzekerde persoon de toepassing van de rechten en plichten voortkomend uit het verzekeringscontract.

Wanneer de verzekeraar in het kader van een Medi-Card® dossier de opnamekosten aan het ziekenhuis terugbetaalt, erkent de verzekerde persoon dat overeenkomstig de contractuele voorwaarden volgende kosten door hem/haar verschuldigd blijven: de vrijstelling, de niet-medische kosten en de kosten van verzekeringsgevallen, die niet gedekt zijn door de verzekeringswaarborg.

De verzekeraar informeert de verzekerde persoon over het bedrag dat binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van de informatie, terugbetaalbaar is. Bij niet-betaling door de verzekerde, verbindt de verzekeringnemer er zich toe die kosten terug te betalen.

Bij misbruik van de kaart kan het recht op het gebruik ervan worden ingetrokken.

31.102_NL_17_200701

D. Verzekeringsvoorstel

Verzekeringsvoorstel

ADMINISTRATIEVE VRAGENLIJST



DKV BELGIUM
A member of the ERGO insurance group

BEMIDDELAAR:

Numer:

Naam / stempel bemiddelaar:

Referte:

ACCOUNT MANAGER:

POLISNUMMER:

1. VERZEKERINGNEMER

Mr ☐ Mej ☐ Mevr ☐ Firma ☐

Naam of benaming:

Voornaam:

Straat:

Numer: Bus: Postcode:

Gemeente / Land:

E-mail adres:

Te bereiken op telefoonnr.: Faxnr.: Rekeningnr.:

POLIS AAN:

Verzekeringnemer ☐ Verzekeringnemer ☐ Nederlands ☐ Duits ☐

Verzekeringsbemiddelaar ☐ Verzekeringsbemiddelaar ☐ Frans ☐ Engels ☐

PREMIEBETALING: ☐ Maandelijks (verplichte domiciliëring) ☐ Driemaandelijks ☐ Zesmaandelijks (-1%) ☐ Jaarlijks (-3%)

BETALINGSWIJZE: ☐ Domiciliëring ☐ Overschrijving ☐ Verzekeringsbemiddelaar

2. GEGEVENS BETREFFENDE DE TE VERZEKEREN PERSO(O)N(EN)

	Persoon 1					Persoon 2					Persoon 3					Persoon 4				
Naam																				
Voornaam																				
Geboortedatum																				
Geslacht																				
Taalcodes																				
Burgerlijke staat ⁽¹⁾																				
Hoofdberoep																				
Nevenactiviteit																				
Amateursport																				
Beroepssport																				
Sociaal statuut ⁽²⁾																				
Mutualiteitsstatuut ⁽³⁾																				

(1) Burgerlijke staat: GH = Gehuwd - GS = Gescheiden - O = Ongehuwd - S = Samenwonend - W = Weduw(e)naar

(2) Sociaal statuut: A = Arbeider - B = Bediende - Z = Zelfstandige - Amb = Ambtenaar - Indien ander, welk?

(3) Mutualiteitsstatuut: 0 = Geen mutualiteit - 1 = Grote risico's - 2 = Grote en kleine risico's - 3 = Europese Gemeenschap - Indien ander, welk?

Soorten waarborgden DKV BELGIUM

Gezondheidsplannen: Hospitalisatieverzekeringen Verzekeringen Ambulante Kosten Zorgverzekering Dagelijkse vergoeding

Verzekering Gewaarborgd Inkomen

DKV BELGIUM | Bischoffsheimlaan 1-8 | 1000 Brussel | Tel.: (02) 287 64 11 | Fax: (02) 287 64 12 | contact@dkv.be | www.dkv.be | R.P.R. 0414858607
Een onderneming van de ERGO verzekeringsgroep. Onderneming toegelaten onder nr. 0739 om de tak 2 -ziekte- te beoefenen (K.B. van 04/07/1979 - B.S. van 14/07/1979).

3. WAARBORGKEUZE

3.1 GEZONDHEIDSPANNEN (behalve Gewaarborgd Inkomen)

	Persoon 1 Keuze			Persoon 2 Keuze			Persoon 3 Keuze			Persoon 4 Keuze		
Verzekeringsplan												
Begin 01 (maand/jaar)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Vrijstelling												
Verzekerd kapitaal (Plan H / Plan H+)												
Daggeld (Dagelijkse vergoeding)												
Carenc (Dag. vergoed. bij werkonbekwaamheid)												

3.2 GEWAARBORGD INKOMEN

Naam: Voornaam:

Begin 01 (maand/jaar)	/	Soort rente:	Eindleeftijd:	Verzekerd risico:	Beschrijving van de activiteiten voor hoofdberoep en bijberoep:
Kapitaal:		☐ Constante	☐ 55 jaar	☐ Ziekte	
Carenc ☐ 30 ☐ 60 ☐ 90 ☐ 180 ☐ 365		☐ Stijgend	☐ 60 jaar	☐ Ziekte en privé-ongevallen	
Afkoop Carenc van 30 dagen: ☐ Ja ☐ Nee		☐ Geïndexeerd	☐ 65 jaar	☐ Ziekte en alle ongevallen	

Begunstigde van de vergoedingen: ☐ Verzekeringnemer ☐ Verzekerde ☐ Andere: _____

Begindatum beroepsactiviteit onder het statuut van zelfstandige:

3.3 REEDS BESTAANDE OF VROEGERE POLIS BIJ ANDERE MAATSCHAPPIJ / MUTUALITEIT / DKV BELGIUM

☐ Nee ☐ Ja, polissnr.: _____ Bij: _____ Type: _____
☐ Lopende ☐ Beëindigd ☐ Groepspolis ☐ Indiv. contract Kapitaal of rente indien invalid, verz.: _____

4. TER ATTENTIE VAN GEHUWDE OF SAMENWONENDE VROUWEN JONGER DAN 35 JAAR enkel indien zij zich ZONDER hun echtgenoot (partner) wensen te verzekeren voor een hospitalisatieplan ter aanvulling van de mutualiteit:

- ☐ Indien het verzekeringsplan van mijn echtgenoot/partner aanvang neemt op DEZELFDE datum, ben ik na de wachttijd van 9 maanden voor bevalling verzekerd.
- ☐ Indien het verzekeringsplan van mijn echtgenoot/partner geen aanvang neemt op DEZELFDE datum, zal de waarborg bevalling gedekt zijn na de wachttijd van 9 maanden en op basis van een meerpremie van 50%.

VERKLARINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER

- Ik weet dat het verzekeringsvoorstel bestaat uit een administratieve en een medische vragenlijst en dat het strekt tot het afsluiten van een verzekeringscontract bij DKV BELGIUM.
- De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald na polisuitgifte, op voorwaarde dat de maatschappij de administratieve en de medische vragenlijst voorafgaandelijk ontvangen heeft.
- Ik verklaar dat de verstrekte inlichtingen juist, ter zake dienend en niet overmatig zijn en geef de verzekeraar toelating om deze informatie in te winnen en te verwerken teneinde het contract af te sluiten en uit te voeren. Daarom verklaar ik in te staan voor de juistheid en volledigheid van de inlichtingen en kennis te hebben van hun bindend karakter, ook indien deze verstrekt en/of vervolledigd werden door een derde persoon.
- Ik bevestig een eensluidend verklaard afschrift van het verzekeringsvoorstel te hebben ontvangen alsook een exemplaar van de Algemene en Technische Verzekeringsvoorwaarden. Ik verklaar de inhoud en de toepassing ervan te aanvaarden.
- Ik weet dat de handtekening op het verzekeringsvoorstel noch de verzekeringnemer, noch de verzekeraar verbindt tot het sluiten van een overeenkomst. Ik weet echter dat indien binnen 30 dagen na ontvangst van het verzekeringsvoorstel de verzekeraar geen verzekeringsaanbod ter kennis heeft gebracht, de verzekering niet afhankelijk heeft gesteld van een aanvraag tot onderzoek of de verzekering niet heeft geweigerd, hij zich verbindt tot het sluiten van de overeenkomst op straffe van schadevergoeding. Het ondertekenen van het verzekeringsvoorstel impliceert niet dat de dekking aanvang neemt.
- Ik verbind mij ertoe elke verandering betreffende de verstrekte inlichtingen die optreedt voor de uitgifte van de polis schriftelijk aan de verzekeraar mede te delen.
- Ik verbind mij ertoe de rechten en plichten verbonden aan het gebruik van de Medi-Card® na te leven. Bij het aanwenden van de Medi-Card®, blijven volgende kosten te mijnen laste en ik verbind mij ertoe deze kosten terug te betalen aan de verzekeraar: de vrijstelling, de niet-medische kosten en de kosten m.b.t. verzekeringsgevallen die niet gedekt zijn door de waarborg. Bij misbruik van de kaart, weet ik dat mijn recht op het gebruik van de Medi-Card® kan worden ingetrokken.
- De verzekeringnemer laat toe dat DKV BELGIUM met maatschappelijke zetel in België te Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel, als houder van het bestand, deze gegevens verwerkt met het oog op klantenservice, evaluatie van het risico, de uitgifte en het beheer van verzekeringscontracten, het beheer van schadegevallen, het opmaken van statistieken en promotie. Hij stemt er eveneens in toe dat DKV BELGIUM aan het ESV Datassur (gevestigd in de Meeûsquare 29, 1000 Brussel, dienst 'bestanden') de pertinente persoonsgegevens meedeelt met het oog deze uitsluitend aan te wenden voor de risicobeoordeling en het beheer van contracten en de daaraan verwante schadegevallen. De wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer biedt de verzekeringnemer het recht van toegang tot een aanpassing van deze gegevens bij de houder van het bestand en bij Datassur. Bovendien kan hij het openbaar register raadplegen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.
- Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst kan worden gericht aan de Controledienst voor de Verzekeringen (Cortenberghlaan 61, 1000 Brussel) of de Ombudsman der Verzekeringen (de Meeûsquare 35, 1000 Brussel), onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer een gerechtelijke procedure aan te spannen.

Handtekening (+ stempel indien firma) van de verzekeringnemer of zijn wettelijke vertegenwoordiger.

Datum: _____

Bericht van domiciliëring:

Polissnr.:

Ik, ondergetekende, (naam en voornaam) of benaming _____ machtig DKV BELGIUM (indicatienr. 0000059188) om, behoudens formele herroeping, de premies m.b.t. het contract te innen en/of bij gebruik van de Medi-Card®, volgende kosten, te recupereren: de vrijstelling, de niet-medische kosten of de kosten die uitgesloten zijn van de waarborg, door het debet van mijn rekeningnr.: - -

Handtekening + stempel indien firma.

Verzekeringsvoorstel

MEDISCHE VRAGENLIJST - VERTROUWELIJK



A member of the ERGO insurance group

Belangrijke mededelingen:

- Indien u het wenst, kan u dit deel van het document losmaken en onder vertrouwelijke omslag opsturen naar de raadsgeneesheer van DKV BELGIUM: Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel. Hetzelfde geldt voor elke kandidaat-verzekerde die, indien hij dit wenst, bij zijn bemiddelaar of via de website www.dkv.be een nieuw exemplaar van de medische vragenlijst kan bekomen en afzonderlijk terugsturen. In beide gevallen dient hieronder vermelde rubriek 1 eveneens vervuld te worden, zodat wij de administratieve en de medische vragenlijst met elkaar kunnen linken. Rubriek 4 stelt ons in staat, uit respect voor het vertrouwelijk karakter, de kandidaat-verzekerde rechtstreeks te benaderen, indien zijn gezondheids-toestand bijkomende inlichtingen vereist die nodig zijn om het risico te kunnen beoordelen.
- Gelieve op elke vraag van rubriek 2 te antwoorden door het vakje "ja" of "neen" aan te kruisen en uw huidige grootte en gewicht te vermelden. Antwoorden met streepjes worden beschouwd als negatieve antwoorden. Rubriek 3 dient om nadere toelichting te verstrekken indien u "ja" geantwoord hebt op één van de vragen van rubriek 2. Deze bijkomende inlichtingen dienen zo volledig mogelijk te zijn teneinde ons toe te laten het risico correct te kunnen beoordelen.
- Indien onvoldoende plaats voorhanden is, gelieve een bijblad toe te voegen. Teneinde uw dossier beter te kunnen behandelen, kan u ook alle nuttige in uw bezit zijnde medische documenten bijvoegen.

1. VERZEKERINGNEMER

Naam of benaming:

Straat:

Gemeente / Land:

Polisnr.:

Voornaam:

Nummer: Bus: Postcode:

Te bereiken op telefoonnr.:

2. MEDISCHE VRAGENLIJST

Persoon 1: Naam: Voornaam: Geboortedatum:

Persoon 2: Naam: Voornaam: Geboortedatum:

Persoon 3: Naam: Voornaam: Geboortedatum:

Persoon 4: Naam: Voornaam: Geboortedatum:

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
1. Bent u in de loop van de laatste 7 jaar één of meerdere dagen gehospitaliseerd geweest?	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja
2. Ziekte, ongevallen of behandelingen (inclusief tandheelkunde) gedurende de laatste 3 jaar?	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja
3.1 Werd een aangeboren, een chronische aandoening of een handicap vastgesteld?	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja
3.2 Werden er bij bloed- of hartonderzoek (inclusief HIV en hepatitis), of bij medische beeldvorming (RX, scanner, NMR, enz.) afwijkingen of aandoeningen vastgesteld?	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja
4.1 Bent u momenteel in behandeling door middel van medicatie voor een ongeval of ziekte?	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja
4.2 Hebt u, in het kader van een aandoening of van een wijziging van uw gezondheidstoestand, onlangs een dieet, een osteopathische, een chiropractische, een acupunctuur of logopedische behandeling gevolgd?	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja
4.3 Volgt u momenteel een ambulante of stationaire behandeling (onderzoek of operatie)? Is een behandeling lopend, voorzien of aangeraden?	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja
5. Bent u reeds langer dan 3 weken werkonbekwaam geweest?	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja
6. Bent u geheel of gedeeltelijk invalide door ziekte of ongeval? Wanvoor? Sinds wanneer? Welk percentage?	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja
7.1 Volgt u momenteel een ambulante of stationaire tandbehandeling (protheses, implantaten, orthodontie)? Is een behandeling lopend, voorzien of aangeraden?	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja
7.2 Hoeveel tanden ontbreken er of werden er reeds natuurlijke vervangen? Indien ja, hoeveel?	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja
8. Hebt u hulp nodig van een derde voor het uitvoeren van de handelingen in het dagelijkse leven? Indien ja, waarom?	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja
9. Bent u zwanger?	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja	Nee Ja
10. Huidige grootte en gewicht.	cm kg	cm kg	cm kg	cm kg

3. NADERE GEGEVENS OMTRENT DE MEDISCHE VRAGENLIJST

	Aard van de aandoening, de kwetsuren, de misvorming, de handicap, de afwijking, de medische behandeling, de werkonbekwaamheid:	Periode van hospitalisatie, werkonbekwaamheid, medische behandeling:		Naam en adres van de geneesheer en de ziekenhuizen die inlichtingen kunnen verstrekken:	Zijn er andere behandelingen voorzien? Zijn er blijvende letsels? Zo ja, welke?
		VAN	TOT		
Persoon 1 Vraag nr.:					
Persoon 2 Vraag nr.:					
Persoon 3 Vraag nr.:					
Persoon 4 Vraag nr.:					

4. ADRES VAN DE TE VERZEKEREN PERSO(O)N(EN)

Persoon 1: Straat: _____ Nr.: _____ Bus: _____	Persoon 3: Straat: _____ Nr.: _____ Bus: _____
Postcode: Gemeente: _____	Postcode: Gemeente: _____
Persoon 2: Straat: _____ Nr.: _____ Bus: _____	Persoon 4: Straat: _____ Nr.: _____ Bus: _____
Postcode: Gemeente: _____	Postcode: Gemeente: _____

VERKLARINGEN VAN DE TE VERZEKEREN PERSO(O)N(EN)

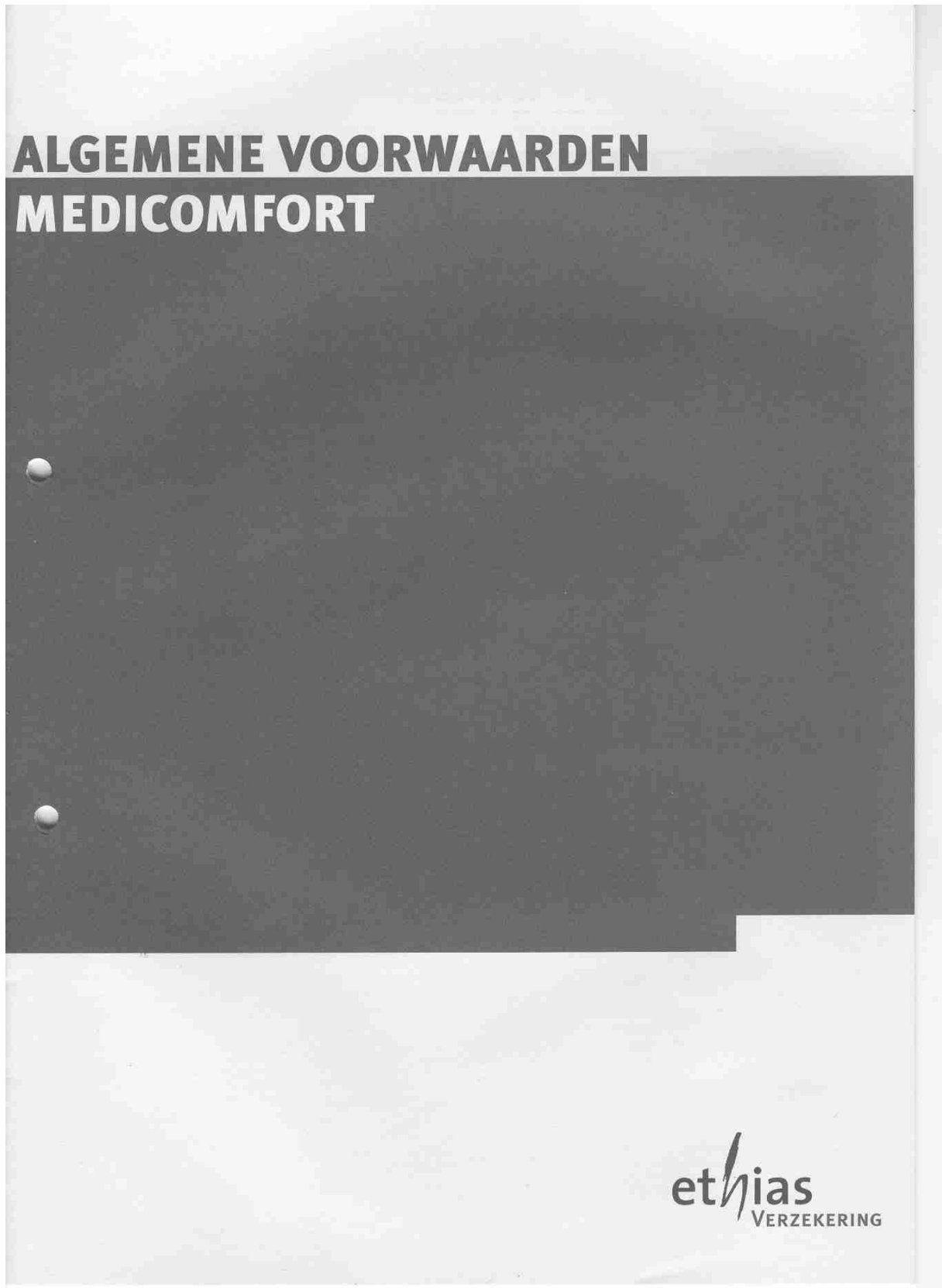
- Ik weet dat het verzekeringsvoorstel bestaat uit een administratieve en een medische vragenlijst en dat het strekt tot het afsluiten van een verzekeringscontract bij DKV BELGIUM.
- De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald bij de polisuitgifte, op voorwaarde dat de maatschappij de administratieve en de medische vragenlijst voorafgaandelijk ontvangen heeft.
- Ik verklaar dat de verstrekte inlichtingen juist, ter zake dienend en niet overmatig zijn en geef de verzekeraar toelating om deze informatie in te winnen en te verwerken teneinde het contract af te sluiten en uit te voeren. Daarom verklaar ik in te staan voor de juistheid en volledigheid van de inlichtingen en kennis te hebben van hun bindend karakter, ook indien deze verstrekt en/of vervolledigd werden door een derde persoon.
- Ik weet dat de handtekeningen op het verzekeringsvoorstel noch de verzekeringnemer, noch de verzekeraar verbindt tot het sluiten van de overeenkomst. Ik weet echter dat indien binnen 30 dagen na ontvangst van het verzekeringsvoorstel de verzekeraar geen verzekeringsaanbod ter kennis heeft gebracht, de verzekering niet afhankelijk heeft gesteld van een aanvraag tot onderzoek of de verzekering niet heeft geweigerd, hij zich verbindt tot het sluiten van de overeenkomst op straffe van schadevergoeding. Het ondertekenen van het verzekeringsvoorstel impliceert niet dat de dekking aanvang neemt.
- Ik verbind mij ertoe elke verandering betreffende de verstrekte inlichtingen die optreedt voor de uitgifte van de polis schriftelijk aan de verzekeraar mede te delen.
- Ik verbind mij ertoe de rechten en plichten verbonden aan het gebruik van de Medi-Card® na te leven. Bij het aanwenden van de Medi-Card®, blijven volgende kosten te mijnen laste en ik verbind mij ertoe deze kosten terug te betalen aan de verzekeraar: de vrijstelling, de niet-medische kosten en de kosten m.b.t. verzekeringsgevallen die niet gedekt zijn door de waarborg. Bij misbruik van deze kaart, weet ik dat mijn recht op het gebruik van de Medi-Card® kan worden ingetrokken.
- De verzekeringnemer laat toe dat DKV BELGIUM met maatschappelijke zetel in België te Bischoffheimlaan 1-8, 1000 Brussel, als houder van het bestand, deze gegevens verwerkt met het oog op klantenservice, evaluatie van het risico, de uitgifte en het beheer van verzekeringscontracten, het beheer van schadegevallen, het opmaken van statistieken en promotie. Hij stemt er eveneens in toe dat DKV BELGIUM aan het ESV Datassur (gevestigd in de Meeûssquare 29, 1000 Brussel, dienst 'bestanden') de pertinente persoonsgegevens meedeelt met het oog deze uitsluitend aan te wenden voor de risicobeoordeling en het beheer van contracten en de daaraan verwante schadegevallen. De wet op bescherming van de persoonlijke levenssfeer biedt de verzekeringnemer het recht van toegang tot een aanpassing van deze gegevens bij de houder van het bestand en bij Datassur. Bovendien kan hij het openbaar register raadplegen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.
- Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst kan worden gericht aan de Controledienst voor de Verzekeringen (Cortenberghlaan 61, 1000 Brussel) of de Ombudsman der Verzekeringen (de Meeûssquare 35, 1000 Brussel), onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer een gerechtelijke procedure aan te spannen.

Handtekening van de meerderjarige verzekerde(n) of zijn wettelijke vertegenwoordiger.

Datum: _____

Bijlage III. Ethias

A. MediComfort



INHOUDSTAFEL

Blz.

DEFINITIES

4-5

Artikel 1: In welke gevallen is dit verzekeringscontract van toepassing?

6

Artikel 2: Zijn er beperkingen aan de tussenkomst?

6-7

Artikel 3: Wat moet de verzekerde doen om te kunnen genieten van een tussenkomst van deze verzekering?

7

Artikel 4: Hoe wordt de tussenkomst van Ethias berekend?

7

Artikel 5: Wat is de wachttermijn en wanneer is deze van toepassing?

7

Artikel 6: Aanvraag tot aansluiting

8

Artikel 7: In welke gevallen is er geen tussenkomst verschuldigd?

8

Artikel 8: Mag Ethias de gezondheidstoestand van de verzekerde controleren?

8

Artikel 9: Zijn er territoriale grenzen?

8

Artikel 10: Vanaf wanneer treedt de verzekering in werking en wat is de duur van de verzekering?

9

Artikel 11: Wat omtrent de premiebetalingen?

9

Artikel 12: Wat zijn de gevolgen van niet-betaling van de premie?

9

Artikel 13: Wat indien Ethias het verzekeringstarief of de -voorwaarden wijzigt?

10

Artikel 14: Wat indien de verzekeringsnemer zich in het buitenland vestigt?

10

Artikel 15: Indeplaatsstelling

10

Artikel 16: Algemene bepalingen

10

DEFINITIES

Voor de interpretatie van de algemene, bijzondere en speciale voorwaarden van deze verzekering wordt verstaan onder:

1. **verzekeringnemer:** de persoon die de verzekering heeft gesloten voor eigen rekening en/of voor rekening van de verzekerden, zoals bepaald hierna, en die gehouden is tot betaling van de premie;
2. **Ethias:** Ethias Gemeen Recht - Onderlinge verzekeringsvereniging, toegelaten onder nr. 0165, voor de volgende verzekeringsverrichtingen: ongevallen, ziekte, schade aan voertuigen te land (behalve spoorwagematerieel), boten, vervoerde goederen, andere schade aan goederen; burgerlijke en algemene aansprakelijkheid, alsmede uit hoofde van motorvoertuigen en boten; rechtsbijstand, borgtocht, allerlei geldelijke verliezen, hulpverlening (KB van 4 en 13 juli 1979, BS van 14 juli 1979), burgerlijke aansprakelijkheid luchtvaartuigen en luchtvaartuigcasco (KB van 23 januari 1985, BS van 2 februari 1985) en krediet (KB van 3 oktober 1988, BS van 11 oktober 1988) - RPR 0402.370.054
MAATSCHAPPELIJKE ZETEL rue des Croisiers 24 B-4000 Luik;
3. **verzekerden:** de personen aangeduid in de speciale voorwaarden, waarvan Ethias een verzoek tot aansluiting mocht ontvangen, en die in deze hoedanigheid van de in de verzekeringsovereenkomst vermelde waarborgen genieten.
Door dit verzekeringscontract kunnen verzekerd worden:
 - de verzekeringnemer;
 - de niet in feite of in rechte gescheiden echtgeno(o)t(e) of de levenspartner die met de verzekeringnemer samenleeft. In geval van overlijden van de verzekeringnemer, kan de waarborg tevens verworven blijven aan de overlevende weduwe of weduwnaar, indien deze laatste Ethias erom verzoekt;
 - de kinderen van de verzekeringnemer, van de echtgeno(o)t(e) of van de samenwonende levenspartner, voor zover zij deel uitmaken van het gezin van de verzekeringnemer.
 Ethias kan evenwel de toelating tot aansluiting op deze verzekering afhankelijk maken van de gunstige uitslag van een medische keuring te verrichten door een door haar erkend geneesheer;
4. **ziekte:** elke aantasting van de gezondheidstoestand die een andere oorzaak heeft dan een ongeval en die erkend is door een geneesheer die gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte wordt vastgesteld;
5. **ongeval:** elke plotselinge gebeurtenis, die lichamelijk letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken vreemd is aan het organisme van het slachtoffer. De letsels moeten worden vastgesteld door een geneesheer die gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat het ongeval zich voordoet;
6. **vrijstelling:** het gedeelte van de gewaarborgde kosten dat in elk geval ten laste blijft van de verzekerde;
7. **ziekenhuisopname:** elk verblijf van tenminste één nacht, genoodzaakt door een medische aandoening, in een openbaar of privé-ziekenhuis dat over wetenschappelijk beproefde diagnose- en therapeutische middelen beschikt, met uitsluiting van gesloten psychiatrische inrichtingen, medisch-pedagogische diensten of inrichtingen, rusthuizen, geriatrie instellingen en diensten gebruikt voor het gewoon verblijf van bejaarden, diensten of instellingen gebruikt voor het gewoon verblijf van kinderen of herstellenden, alsmede deze die een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis gekregen hebben.
Het begrip ziekenhuisopname omvat zowel een verblijf van minstens één nacht in een ziekenhuis, als van minder dan één nacht (one day clinic) voor zover er voor de uitgevoerde medische behandeling een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend op basis van een mini-, maxi-, super- of ander hiermee gelijkgesteld forfait.

MEDICOMFORT

Wat het volgen van kuren betreft is er enkel tussenkomst indien de behandeling van therapeutische aard is, verstrekt wordt in een instelling die beantwoordt aan de hiervoor bepaalde voorwaarden en Ethias er voor het begin van de behandeling schriftelijk heeft in toegestemd.

Voor tuberculose is de waarborg enkel verworven voor behandelingen in een sanatorium;

8. **palliatieve instelling:** elke erkende verblijfinstelling gericht op de huisvesting van personen waarvan de gezondheidstoestand een verblijf in de instelling vereist, evenals een palliatieve behandeling die een observatie, een toezicht en een opvolging veronderstelt die enkel in deze instelling kan ingericht worden;

9. **dronkenschap:** intoxicatie voortspruitend uit alcohol die een stoornis in het reactievermogen van het zenuwstelsel en de motorische coördinatie veroorzaakt;

10. **verdovend middel:** toxische stof die inwerkt op het zenuwstelsel, verdovend of roesverwekkend en waarvan het overdueren gebruik zware psychische en mentale stoornissen veroorzaakt.

11. **wettelijke tegemoetkoming:**

- voor de in België gedane kosten:
elke uitkering voorzien in het kader van de Belgische wetgevingen inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (stelsel van de loontrekkenden), arbeidsongevallen en beroepsziekten;
- voor de in het buitenland gedane kosten:
elke terugbetaling waarin een met het desbetreffende land afgesloten overeenkomst inzake sociale zekerheid van de loontrekkenden voorziet of, bij gebreke hieraan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgevingen van toepassing op de loontrekkenden.

12. **wachttermijn:** de periode die ingaat op de datum van de aansluiting en gedurende dewelke Ethias geen enkele uitkering verschuldigd is.

MEDIComfort

ARTIKEL 1 - IN WELKE GEVALEN IS DIT VERZEKERINGSCONTRACT VAN TOEPASSING?**A. In geval van ziekenhuisopname**

Bij ziekenhuisopname, wegens een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, betaalt Ethias, binnen de grenzen bepaald in artikel 2 hierna, de verzorgingskosten terug, voor zover deze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming.

De kosten die recht geven op terugbetaling zijn ondermeer:

- de verblijfskosten, verstrekt tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling, met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer;
- de honoraria van geneesheer, de kosten voor onderzoek en behandeling evenals de kosten voor geneesmiddelen;
- de medische kosten die rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname gedurende 30 dagen vóór en 90 dagen na de beëindiging van de opname;
- de kosten voor aangepast vervoer, verantwoord door dringende medische redenen;
- de kosten voor tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen alsmede orthopedische apparaten, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname, in rechtstreeks verband staan met de chirurgische ingreep en bovendien het voorwerp uitmaken van een wettelijke tegemoetkoming. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat zo de prothesen een zuiver esthetisch karakter hebben er geen terugbetaling zal gebeuren.

B. In geval van een "ernstige" ziekte

Bij volgende ernstige ziekten: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, ziekte van Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, miltvuur, tyfus, encefalitis, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, suikerziekte, ziekte van Alzheimer, progressieve spierdystrofie, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, malaria, ziekte van Pompe, ziekte van Creutzfeld-Jacob, amyotrofische laterale sclerose en mucoviscidose, wordt de verzekering bovendien uitgebreid tot de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten die aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming en die in rechtstreeks verband staan met de ziekte.

In deze zin worden ondermeer gewaarborgd:

- de kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte;
- de kosten voor het huren van allerlei materieel;
- de farmaceutische producten;
- alle andere kosten waarmee Ethias vooraf heeft ingestemd.

C. Bij hospitalisatie of ernstige ziekte zoals bepaald onder punt A of B hiervoor, voorziet de verzekering bovendien een tegemoetkoming in:

- de niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal, het tijdens een chirurgische ingreep gebruikt niet-herbruikbaar materiaal, de niet-vergoedbare of onder categorie "D" opgenomen geneesmiddelen;
- de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind, jonger dan 14 jaar (rooming-in).

D. Thuisbevalling en poliklinische bevalling

Deze verzekering is eveneens van toepassing op de medische kosten voor thuisbevalling en poliklinische bevalling. Bijgevolg zijn bij thuisbevalling en poliklinische bevalling de waarborgen van de "pre- en posthospitalisatie" vermeld onder artikel 1 A c) hiervoor, eveneens verworven.

ARTIKEL 2 - ZIJN ER BEPERKINGEN AAN DE TUSSENKOMST?

- Per prestatie zoals bepaald onder punt A, B en D van artikel 1 hiervoor, komt Ethias tussen tot maximum het drievoud van de bedragen der wettelijke tegemoetkomingen.

MEDICOMFORT

- B. Per verzekerde en per kalenderjaar geldt:
- a) een vrijstelling van 75,00 euro bij opname in een éénpersoonskamer;
 - b) een tussenkomst tot maximum 1 250,00 euro voor het totaal van de kosten voorzien door artikel 1 C a);
 - c) een tussenkomst tot maximum 1 250,00 euro voor de vervoerskosten.
- C. De terugbetaling van de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan 14 jaar is beperkt tot 25,00 euro per nacht.
- D. Per verzekerde geldt bij ziekenhuisopname in een psychiatrisch ziekenhuis, in een dienst of een eenheid voor psychiatrie alsmede in een dienst voor psychogeriatric, dat voor de prestaties bedoeld onder artikel 1 A, de verzekeringswaarborg slechts verleend wordt gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van ziekenhuisopname van maximaal 12 maanden, te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op een terugbetaling.

ARTIKEL 3 - WAT MOET DE VERZEKERDE DOEN OM TE KUNNEN GENIETEN VAN EEN TUSSENKOMST VAN DEZE VERZEKERING?

a) Aangifte van de ziekenhuisopname of van de "ernstige" ziekte

In dit geval moet de verzekerde aan Ethias zo spoedig mogelijk hiervan schriftelijk aangifte doen aan de hand van het daartoe bestemde formulier.

Bij deze verklaring dient de verzekerde elk document, verklaring of rapport te voegen als bewijs van het bestaan en de ernst van het voorval. Ethias kan hieromtrent elk aanvullend stuk eisen dat zij nodig acht.

b) Overmaken van de bewijsstukken inzake de kosten

De verzekerde stuurt Ethias alle originele bewijsstukken (ziekenhuisfactuur, terugbetalingsattesten van het ziekenfonds, ontvangstbewijzen van de apotheker, ...). Een kopie is niet voldoende.

ARTIKEL 4 - HOE WORDT DE TUSSENKOMST VAN ETHIAS BEREKEND?

Op voorlegging van de documenten, bedoeld onder artikel 3 b) hiervoor, betaalt Ethias het bedrag van de kosten vermeld onder artikel 1 terug na aftrek van:

- a) het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming of van een gelijkwaardig bedrag wanneer de verzekerde, om welke reden dan ook, geen aanspraak kan maken op een dergelijke tegemoetkoming;
- b) het bedrag van andere reeds ontvangen terugbetalingen en de vergoedingen gewaarborgd door de eventuele vrije of aanvullende hospitalisatieverzekering van het ziekenfonds waar de verzekerde aangesloten is;
- c) het bedrag van de contractuele vrijstelling.

ARTIKEL 5 - WAT IS DE WACHTTERMIJN EN WANNEER IS DEZE VAN TOEPASSING?

1. De algemene wachtermijn is DRIE MAANDEN.

Deze wachtermijn vervalt evenwel:

- a) bij ongevallen;
 - b) bij volgende acute of besmettelijke ziekten: rode hond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difteritis, kinkhoest, bof, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, dysenterie, buik- en paratyfus, vlektyfus, cholera, pokken, malaria, terugkomende koorts, encefalitis, miltvuur en tetanus;
 - c) voor de personen die reeds van een verzekering genoten welke analoge voordelen waarborgt als onderhavige verzekeringsovereenkomst, en voor zover er drie maanden verstreken zijn sedert de ondertekening van deze vorige verzekering. Er mag bovendien geen onderbreking zijn tussen beide verzekeringen;
 - d) in geval van huwelijk voor de echtgeno(o)t(e) en bij geboorte voor de pasgeborene van een persoon die reeds verzekerd was, voor zover de aansluiting plaats heeft binnen de maand volgend op de gebeurtenis.
2. Voor bevallingen en zwangerschappen is de wachtermijn vastgesteld op TWAALF MAANDEN.

ARTIKEL 6 - AANVRAAG TOT AANSLUITING

Het verzekeringsvoorstel dient door de verzekeringsnemer ingevuld en ondertekend te worden, en vergezeld te zijn van een voor iedere te verzekeren persoon volledig ingevulde medische vragenlijst, teneinde Ethias toe te laten het te verzekeren risico te evalueren en eventueel voorbehoud te formuleren wat betreft het recht op prestaties voor een aandoening, kwetsuur of gebrekkigheid die bestond voor de aansluiting op deze verzekering.

ARTIKEL 7 - IN WELKE GEVALLEN IS ER GEEN TUSSENKOMST VERSCHULDIGD?

Van de verzekering zijn uitgesloten, de uitkeringen:

- a) voor de aandoeningen en/of de gevolgen van ongevallen die opgesomd zijn in de speciale voorwaarden;
- b) voor esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheekunde ingevolge een gewaarborgde ziekte of een gewaarborgd ongeval, worden wel ten laste genomen;
- c) voor ziektes of ongevallen die de verzekerde overkomen (op voorwaarde dat het oorzakelijk verband is vastgesteld):
 - 1. in staat van dronkenschap of onder invloed van geneesmiddelen of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat hij/zij uit onwetendheid dranken of verdovende middelen heeft gebruikt, of hiertoe door een derde werd gedwongen;
 - 2. in verband met alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen;
- d) voor sterilisatie, anti-conceptieve behandeling, kunstmatige inseminatie, in vitro fertilisatie, behandeling van seropositiviteit, acupunctuur en thermale kuren, ergotherapie, levende cel-therapie, keratotomie, brillen en contactlenzen, opsporing en behandeling van seksuele identiteitsstoornissen;
- e) wegens oorlogsfeiten, wanneer de verzekerde hierbij betrokken wordt als burger of als militair, wegens burgeroorlog of oproer, tenzij hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen of hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- f) in geval van sportbeoefening in de lucht of met gebruik van motorrijtuigen, alsmede de beroepshalve uitoefening van om het even welke sport;
- g) ingevolge zelfmoordpoging, vrijwillig veroorzaakte letsels, de deelname door de verzekerde aan gewelddaden tegen personen en letsels ingevolge vandalisme of verduistering van goederen. Deze uitsluitingen zijn niet van toepassing indien de letsels het gevolg zijn van daden van wettige zelfverdediging of in het geval van redding van personen, dieren of goederen;
- h) bij rechtstreekse of onrechtstreekse uitwerking van radioactieve stoffen of kunstmatige versnelling van atoomdeeltjes, met uitzondering van het gebruik om medische redenen van radioactieve stoffen;
- i) voor een ongeval waarbij de verzekerde deel uitmaakt van de bemanning van een luchtvaartuig, of tijdens de vlucht beroeps- of andere activiteiten verricht in verband met het toestel of de vlucht.

ARTIKEL 8 - MAG ETHIAS DE GEZONDHEIDSTOESTAND VAN DE VERZEKERDE CONTROLEREN?

De uitkeringen bepaald in artikel 1 kunnen door Ethias slechts verleend worden, wanneer zij het recht heeft, op ieder ogenblik de gezondheidstoestand van de verzekerde door een door haar erkende arts te laten controleren. De door de verzekerde gekozen arts, geeft de verzekerde, die erom verzoekt de geneeskundige verklaringen af die voor het uitvoeren van deze overeenkomst nodig zijn.

ARTIKEL 9 - ZIJN ER TERRITORIALE GRENZEN?

Neen, deze verzekering is wereldwijd van toepassing.

MediCOMFORT

ARTIKEL 10 - VANAF WANNEER TREET DE VERZEKERING IN WERKING EN WAT IS DE DUUR VAN DE VERZEKERING?

De verzekering treedt in werking op de in de verzekeringsovereenkomst vermelde dag, op uitdrukkelijke voorwaarde dat deze door de verzekeringsnemer ondertekend werd teruggestuurd naar Ethias. In geval van betaling van de premie na deze datum neemt de waarborg slechts aanvang op de dag van betaling.

Zonder afbreuk te doen aan de bepalingen van artikels 11, 12, 13 en 14 en aan het opzeggingsrecht van de verzekeringsnemer geldt de verzekering voor het leven.

De verzekeringsnemer kan zich per aangetekende brief, tenminste drie maanden vóór de vervaldag, die bepaald is op 01 januari, verzetten tegen de verderzetting van de overeenkomst. Het uur van beëindiging van de overeenkomst is vastgesteld op middernacht.

Bij opzeg van het verzekeringscontract, houden de tegemoetkomingen van Ethias op vanaf de einddatum van het verzekeringscontract.

ARTIKEL 11 - WAT OMTRENT DE PREMIEBETALINGEN?

De waarborgen van deze verzekering worden verleend tegen betaling van een jaarpremie, vastgesteld op grond van de individuele premies vermeld in de speciale voorwaarden.

De verzekeringsnemer zal aan Ethias evenwel de wijzigingen in de samenstelling van zijn/haar gezin meedelen, die van invloed zijn op de premie, zoals ondermeer een geboorte, huwelijk, overlijden. De premie- en waarborgwijzigingen gaan in deze gevallen in op de datum van de gebeurtenis, voor zover de aanvraag tot verzekering binnen de maand volgend op de gebeurtenis werd ingediend.

De premie is de prijs van de verzekering, zij is draagbaar en vooruitbetaalbaar bij aanbidding van de factuur of bij bericht van vervaldag.

Alle belastingen, taksen en bijdragen die Ethias moet of zal moeten afhouden uit hoofde van geïnde premies of verzekerde sommen, zijn en blijven uitsluitend ten laste van de verzekerde. Deze belastingen, taksen en bijdragen worden tegelijk met de premies geïnd.

In geval van niet-betaling van de premie wordt de waarborg geschorst of het verzekeringscontract opgezegd per aangetekende brief, inhoudende een aanmaning tot betaling binnen een termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de afgifte per post van de aangetekende brief.

De schorsing of opzegtermijn hebben slechts uitwerking na het verstrijken van deze termijn.

Als de waarborg geschorst is:

- a) wordt een einde gemaakt aan deze schorsing, bij betaling van de achterstallige premies;
- b) kan Ethias, in geval van niet-betaling, de overeenkomst opzeggen. In dat geval heeft de opzegging uitwerking na het verstrijken van een termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing. De onbetaalde premies en de premies die tijdens de schorsing vervallen komen toe aan Ethias als forfaitaire vergoeding. Dit recht op premies, vervallen tijdens de schorsing, is voor Ethias evenwel beperkt tot twee opeenvolgende jaren.

ARTIKEL 12 - WAT ZIJN DE GEVOLGEN VAN NIET-BETALING VAN DE PREMIE?

Bij ziekenhuisopname of ernstige ziekte:

- a) vooraleer de eerste premie werd betaald;
- b) of na de datum van schorsing aangehaald in het vorig artikel 11;

kan de verzekerde geen aanspraak maken op enige tussenkomst. De premie die betaald wordt na de aanvang van een ziekenhuisopname geeft evenmin recht op tussenkomst in de hierbij gemaakte kosten.

Bovendien brengt elke onderbreking van de dekking de toepassing van nieuwe wachttermijnen, gelijk aan deze vermeld in artikel 5 hiervoor, met zich mee.

MEDI-COMFORT

ARTIKEL 13 - WAT INDIEN ETHIAS HET VERZEKERINGSTARIEF OF DE -VOORWAARDEN WIJZIGT?

Indien Ethias wijzigingen aanbrengt aan:

- het tarief;
- de verzekeringsvoorwaarden in de zin van een voorstel tot uitbreiding van de waarborgen;
- de verzekeringsvoorwaarden in verhouding tot de gevolgen van een wijziging in de wettelijke bepalingen op het vlak van de sociale zekerheid of de wet op de ziekenhuizen die een invloed heeft op de kostprijs van de verzekerde prestaties;

zullen deze van toepassing zijn op de lopende contracten die hun vervaldag bereiken na de eerste dag van de vierde maand die volgt op de wijziging en dit zonder afbreuk te doen aan het recht van de verzekeringsnemer de verzekering op te zeggen.

De verzekeringsnemer wordt ten minste vier maanden vóór de jaarlijkse vervaldag van zijn contract van de wijziging in kennis gesteld. Indien de kennisgeving na de jaarlijkse vervaldag gebeurt, heeft de verzekeringsnemer alsnog het recht de overeenkomst op te zeggen binnen een termijn van drie maanden vanaf de dag van de kennisgeving.

ARTIKEL 14 - WAT INDIEN DE VERZEKERINGSNEMER ZICH IN HET BUITENLAND VESTIGT?

Vanaf het ogenblik dat de verzekeringsnemer zijn/haar woonplaats of hoofdverblijfplaats zich niet langer in België bevindt, wordt deze overeenkomst van rechtswege beëindigd, tenzij de verzekeringsnemer het bewijs levert dat hij/zij onderworpen blijft aan de Belgische sociale zekerheid.

ARTIKEL 15 - INDEPLAATSSTELLING

Alleen door het bestaan van deze overeenkomst stellen de verzekerden Ethias in al hun rechten en vorderingen tegen de personen uit gelijk welke hoofde aansprakelijk voor het schadegeval, en zulks tot het bedrag van de sommen welke betaald worden of moeten worden wegens het schadegeval.

Op aanvraag van Ethias zullen zij deze indeplaatsstelling herhalen op een afzonderlijke akte. Het is nochtans wel te verstaan dat Ethias geen verhaal uitoefent tegen de verzekerden, zelfs niet tegen de ouders of de voogden van minderjarige verzekerden, behalve zo de bewuste aansprakelijkheid terzake gedekt is door een andere verzekering of voortspuit uit een opzettelijke fout.

ARTIKEL 16 - ALGEMENE BEPALINGEN

- a) Er wordt uitdrukkelijk tussen de partijen overeengekomen dat de aangetekende brief waarvan sprake in verschillende artikels van de verzekeringsovereenkomst, in afwijking van artikel 1139 van het Burgerlijk Wetboek, een voldoende aanmaning vormt en dat de verzending ervan definitief bewezen is door het afgiftebewijs van de post, en de inhoud ervan door de briefafschriften of de dossiers van Ethias.
- b) De verzekeringsnemer verplicht zich tot het aanvaarden van alle aangetekende of andere brieven en correspondentie, die hem door Ethias of haar gemachtigde lasthebbers zouden worden toegezonden; hij/zij is verantwoordelijk voor elke inbreuk op deze verplichting. In geval van weigering van deze brieven en correspondentie, zullen zij worden beschouwd als zijnde aangekomen.
- c) De speciale en bijzondere voorwaarden vullen deze algemene voorwaarden aan en herroepen ze in de mate dat ze ermee strijdig zijn.

Zetel voor Vlaanderen
Prins-Bisschopssingel 73
B-3500 Hasselt
Tel. 011 28 21 11
Fax 011 28 20 20



Bormans Patricia

om 18.12.91

patricia.bormans@ethias.be

Medi-Comfort

Geachte

Wij danken u dat u aan Ethias denkt voor een aanvullende verzekering gezondheidszorg, en geven u graag meer inlichtingen over Medi-Comfort.

Wie kan genieten van Medi-Comfort?

Uzelf alsmede uw gezinsleden, voor zover de leeftijd van 65 jaar niet bereikt wordt op de aanvangsdatum van de verzekering.

Welke zijn de voordelen van Medi-Comfort?

Wij betalen de medische en paramedische kosten terug die te uwen laste blijven bij ziekenhuisopname met minimaal één overnachting ingevolge ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling. Ook bij een ééndagshospitalisatie betalen wij die kosten terug.

De medische kosten gedurende één maand vóór en drie maanden na de opname zijn eveneens verzekerd.

Bovendien komen wij tussen in de ambulante geneeskundige kosten bij ernstige ziektes als kanker, leukemie, MS, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ... en dit, gedurende de looptijd van het contract, zonder beperking in de tijd.

Voormelde tussenkomsten gebeuren op voorwaarde van en na aftrek van de wettelijke tegemoetkomingen en tot maximaal het drievoud van de wettelijke tussenkomsten.

Daarenboven betalen wij onder andere terug:

- de niet-vergoedbare geneesmiddelen tot maximum 1 250,00 euro per verzekerde en per jaar;
- de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind van minder dan veertien jaar, tot maximum 25,00 euro per nacht.

Er geldt een beperkte vrijstelling van 75,00 euro per jaar en per verzekerde. Bij ziekenhuisopname is deze vrijstelling enkel van toepassing wanneer gekozen werd voor verblijf in een éénpersoonkamer.

Ethias Gemeen Recht - Onderlinge verzekeringsvereniging, toegelaten onder nr. 0165, voor de volgende verzekeringsverrichtingen: ongevallen, ziekte, schade aan voertuigen te land (behalve spoorwagmaterieel), boten, vervoerde goederen, andere schade aan goederen; burgerlijke en algemene aansprakelijkheid, alsmede uit hoofde van motorvoertuigen en boten; rechtsbijstand, borgtocht, allerlei geldelijke verliezen, hulpverlening (KB van 4 en 13 juli 1979, BS van 14 juli 1979), burgerlijke aansprakelijkheid luchtvaartuigen en luchtvaartuigcasco (KB van 23 januari 1985, BS van 2 februari 1985) en krediet (KB van 3 oktober 1988, BS van 11 oktober 1988) - Ondernemingsnr. 0402.370.054

MAATSCHAPPELIJKE ZETEL rue des Croisiers 24 B-4000 Luik www.ethias.be info.verzekering@ethias.be

Welke zijn de voornaamste uitsluitingen?

Behalve de traditionele uitsluitingen als oorlog, nucleaire risico's en vrijwillige daden, is er ook geen tussenkomst wanneer de kosten het gevolg zijn van:

- vruchtbaarheidsbehandelingen, esthetische behandelingen, met uitzondering van plastische herstelheilkunde bij ziekte of na ongeval, en verjongingskuren;
- sportbeoefening in de lucht of met gebruik van motorrijtuigen evenals beroepshalve uitoefening van om het even welke sport.

Geldt er een bepaalde wachttijd?

Er is een algemene wachttijd voorzien van drie maanden. Deze is niet van toepassing bij ongeval of wanneer u tot de aanvangsdatum van uw Medi-Comfort verzekerd bent in het kader van een andere polis met daarin een analoge dekking.

Voor bevallingen en zwangerschap is de wachttijd twaalf maanden.

Welke zijn de jaarpremies?

Leeftijd	Man	Vrouw
van 0 tot en met 20 jaar	66,01 EUR	66,01 EUR
vanaf 21 tot en met 29 jaar*	159,50 EUR	264,00 EUR
vanaf 30 tot en met 49 jaar*	182,59 EUR	264,00 EUR
vanaf 50 tot en met 64 jaar	316,80 EUR	264,00 EUR
vanaf 65 jaar	658,90 EUR	528,01 EUR

De in de overeenkomst aangerekende premie verhoogt bij verandering van leeftijdsklasse.

- * Wanneer in een gezin beide partners samen verzekerd zijn en beiden jonger zijn dan veertig jaar, wordt op de gezamenlijke jaarpremie een vermindering toegepast van 30,00 euro.

Zo onze verzekeringsformule u interesseert verzoeken wij u het aangehechte verzekeringsvoorstel in te vullen en het ondertekend terug te sturen, vergezeld van een medische vragenlijst voor iedere te verzekeren persoon. Na gunstig advies van onze raadgevende geneesheer zullen wij dan de overeenkomst opstellen.

Wij blijven uiteraard volledig te uwer beschikking voor alle informatie die u mocht wensen.

Hoogachtend

Voor de Directeur-generaal



Georges Jacobs
Dienstverantwoordelijke

B. Verzekeringsvoorstel

verzekeringsvoorstel
MEDI-COMFORT

Gelieve bij dit voorstel, onder gesloten omslag, een medische vragenlijst voor iedere te verzekeren persoon te voegen en terug te sturen naar de MEDISCHE DIENST VAN ETHIAS

Aansluitingsnr. _____ (voorbehouden aan Ethias)

ethias
VERZEKERING

Ethias
Zetel voor Vlaanderen
Prins-Bisschopssingel 73, B-3500 Hasselt
Tel. 011 28 21 11 - Fax 011 28 20 20

1 IDENTITEIT VAN DE KANDIDAAT-VERZEKERINGSNEMER

Naam _____ Voornaam _____
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam

Geboortedatum _____ Aansluitingsnr. _____
(indien reeds klant bij Ethias)

Naam van echtgeno(o)t(e) of partner _____

Voornaam _____

Geboortedatum _____ Aansluitingsnr. _____
(indien reeds klant bij Ethias)

Straat _____ nr. _____ bus _____

Postcode _____ Gemeente _____

Tel. nr. privé _____ e-mail _____

GSM _____ Tel. nr. op het werk _____

Bankrekeningnummer _____

Functie en werkgever _____

2 Gewenste betalingswijze

☐ jaarlijks ☐ halfjaarlijks ☐ trimestrieel

3 ANDERE TE VERZEKEREN GEZINSLEDEN

	Naam	Voornaam	Geboortedatum(*)	Geslacht	Graad van verwantschap met de verzekeringsnemer
Echtgeno(o)t(e) of levenspartner K I N D E R E N	1			☐ M ☐ V	
	2			☐ M ☐ V	
	3			☐ M ☐ V	
	4			☐ M ☐ V	
	5			☐ M ☐ V	
	6			☐ M ☐ V	
	7			☐ M ☐ V	

(*) De kandidaat-verzekerde mag de leeftijd van 65 jaar niet bereikt hebben op het ogenblik van de aanvang van de verzekering.

4 Gewenste aanvangsdatum _____

Ethias Gemeen Recht - Onderlinge verzekeringsvereniging, toegelaten onder nr. 0165, voor de volgende verzekeringsverrichtingen: ongevallen, ziekte, schade aan voertuigen te land (behalve spoorwagematerieel), boten, vervoerde goederen, andere schade aan goederen; burgerlijke en algemene aansprakelijkheid, alsmede uit hoofde van motorvoertuigen en boten; rechtsbijstand, borgtocht, allerlei geldelijke verliezen, hulpverlening (KB van 4 en 13 juli 1979, BS van 14 juli 1979), burgerlijke aansprakelijkheid luchtvaartuigen en luchtvaartuigcasco (KB van 23 januari 1985, BS van 2 februari 1985) en krediet (KB van 3 oktober 1988, BS van 11 oktober 1988) - RPR Luik 0402.370.054

MAATSCHAPPELIJKE ZETEL rue des Croisiers 24 B-4000 Luik www.ethias.be info.verzekering@ethias.be

2152-536 • 09/05

5 ANDERE VERZEKERINGEN VAN DEZELFDE AARD (INDIVIDUEEL OF COLLECTIEF, BIJ ETHIAS OF EEN ANDERE MAATSCHAPPIJ)

Naam van de maatschappij

Polisnummer Vervaldag / /

Zo u bij een andere maatschappij verzekerd bent kan u deze polis opzeggen per aangetekend schrijven.

Indien u evenwel lijdt aan een ziekte waarin deze maatschappij tussenkomt in de kosten, bezorg ons eerst uw verzekeringsvoorstel samen met de medische vragenlijst en een kopie van uw huidige polis. Wij zullen u hierna contacteren.

Elke opzettelijke valse verklaring, verzwijging of vergissing kan verval van het recht op de waarborg met zich brengen.

Dit verzekeringsvoorstel verbindt noch Ethias noch de kandidaat-verzekeringnemer tot het sluiten van de overeenkomst en de ondertekening van het voorstel brengt geen dekking met zich mee. Indien binnen dertig (30) dagen na de ontvangst van het voorstel Ethias aan de kandidaat-verzekeringnemer geen verzekeringsaanbod heeft ter kennis gebracht noch de verzekering afhankelijk heeft gesteld van de aanvraag tot onderzoek noch de verzekering heeft geweigerd, verbindt zij zich tot het sluiten van de overeenkomst op straffe van schadevergoeding.

Ethias verzamelt uw persoonsgegevens voor de evaluatie van het risico, het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen, voor het promoten van haar diensten en voor het voeren van getrouwheidsacties. Uw persoonsgegevens kunnen voor commerciële doeleinden doorgegeven worden aan de ondernemingen die deel uitmaken van de Ethias groep. U hebt het recht om uw persoonsgegevens in te kijken, om eventuele

correcties te laten aanbrengen en om u gratis te verzetten tegen het gebruik ervan voor commerciële doeleinden. Verzet u zich tegen dit gebruik?.....

Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst kan worden gericht aan:

- Ethias – Dienst 2260 Prins-Bisschopssingel 73 B-3500 Hasselt fax 011 28 25 60 klachtenbeheer@ethias.be
 - Ombudsman van de verzekeringen – de Meeûsplantsoen 35 B-1000 Brussel fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as
 - Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen – Congresstraat 12-14 B-1000 Brussel fax 02 220 58 17 cob@cbfa.be
- Het indienen van een klacht doet geen afbreuk aan de mogelijkheid voor de verzekeringnemer een gerechtelijke procedure aan te spannen. De Belgische wet is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst.

Opgemaakt te op

Handtekening van de kandidaat-verzekeringnemer

C. Medische vragenlijst

medische vragenlijst
MEDI-COMFORT - MEDI-PLUS & MEDI-BASIS



☐ Medi-Comfort ☐ Medi-Plus ☐ Medi-Basis

Aanvraagnummer via Internet: _____

Vertrouwelijk - Terug te sturen naar de Medische dienst van Ethias
Zetel voor Vlaanderen
Prins-Bisschopssingel 73 te B-3500 Hasselt

1 IDENTITEIT VAN DE KANDIDAAT-VERZEKERINGSNEMER

Naam en voornaam	_____		
Geboortedatum	_____		
	Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam		
	Aansluitingsnr.	_____	
	(indien reeds klant bij Ethias)		
Straat	_____	nr.	_____
		bus	_____
Postcode	_____	Gemeente	_____
Tel. nr. privé	_____	e-mail	_____
GSM	_____	Tel. nr. op het werk	_____
Beroep	_____		
Werkgever	_____		

De vragenlijst moet persoonlijk ingevuld worden door de kandidaat-verzekerde of door zijn wettelijke vertegenwoordiger

Belangrijke mededeling

De beoordeling van het te verzekeren risico is gesteund op de verklaringen van de kandidaat-verzekerde en elke verzuiging of opzettelijke valse verklaring in de antwoorden kan, in toepassing van artikel 6 van de wet van 25 juni 1992, de nietigheid van de verzekeringsovereenkomst en de weigering tot betaling van de verzekerde waarborgen tot gevolg hebben. Volledige, duidelijke en eerlijke antwoorden worden uitdrukkelijk gееist. Gedeeltelijke of onduidelijke antwoorden kunnen aanleiding geven tot een verzoek om bijkomende inlichtingen en derhalve tot vertragingen.

Ethias Gemeen Recht - Onderlinge verzekeringsvereniging, toegelaten onder nr. 0165, voor de volgende verzekeringsverrichtingen: ongevallen, ziekte, schade aan voertuigen te land (behalve spoorwagematerieel), boten, vervoerde goederen, andere schade aan goederen; burgerlijke en algemene aansprakelijkheid, alsmede uit hoofde van motorvoertuigen en boten; rechtsbijstand, borgtocht, allerlei geldelijke verliezen, hulpverlening (KB van 4 en 13 juli 1979, BS van 14 juli 1979), burgerlijke aansprakelijkheid luchtvaartuigen en luchtvaartuigcasco (KB van 23 januari 1985, BS van 2 februari 1985) en krediet (KB van 3 oktober 1988, BS van 11 oktober 1988) - RPR Luik 0402.370.054

MAATSCHAPPELIJKE ZETEL - rue des Croisiers 24 B-4000 Luik - www.ethias.be info.verzekering@ethias.be

2155-576 • 12/05

2 • Brengen uw beroepsbezigheden speciale risico's met zich mee? ☐ ja ☐ neen
 Zo ja, welke?
 • Heeft u om gezondheidsredenen van beroep moeten veranderen? ☐ ja ☐ neen
 Zo ja, welke?
 Wanneer? Vorig beroep?
 • Beoefent u regelmatig sport? ☐ ja ☐ neen
 Zo ja, welke?
 In welke mate?
 • Verbleef u langer dan drie maanden buiten Europa of bent u zinnens dat binnen de volgende 12 maanden te doen? ☐ ja ☐ neen
 Zo ja, waar?
 Wanneer? van tot
 Reden?

3 • Heeft u één of andere aandoening (verworven misvorming, aangeboren afwijking, ziekte, naverking, ...)? ☐ ja ☐ neen
 Zo ja, welke?
 • Is uw arbeidsgeschiktheid verminderd? ☐ ja ☐ neen
 Zo ja, voor welke aandoening?
 • Was u in de loop van de laatste vijf jaren arbeidsongeschikt gedurende meer dan drie opeenvolgende weken? ☐ ja ☐ neen
 Zo ja, wanneer? Voor welke aandoening?
 Duur?
 • Geniet u een pensioen of een invaliditeitsrente? ☐ ja ☐ neen
 Reden?
 Graad? Sinds wanneer?
 Vorig beroep?
 • Werd u reeds geweigerd, verdaagd of aanvaard tegen bijpremie voor een levens-, een invaliditeits-, een « gewaarborgd inkomen » of een gezondheidszorgverzekering? ☐ ja ☐ neen
 Zo ja, wanneer? Waarom?
 Welke maatschappij? Eventueel bijpremiepercentage?

4 Is uw gewicht verhoogd of verminderd in de loop van de laatste vijf jaren? ☐ ja ☐ neen
 Zo ja, met hoeveel? + kg - kg Reden? Opzettelijk? ☐ ja ☐ neen
 Welk is uw gewicht? kg Hoe groot bent u? cm
 Welk is uw bloeddruk? / (max/min)

5 • Gebruikt u alcoholische dranken? ☐ ja ☐ neen * vermeld dagelijkse hoeveelheid
☐ Wijn* ☐ Bier* ☐ Alcohol*
☐ Aperitief*
 • Rookt u? ☐ ja ☐ neen * vermeld dagelijkse hoeveelheid
☐ Sigaretten* ☐ Sigaren* ☐ Pijpen*

6 • Werd u in een ziekenhuis, sanatorium, rusthuis of kuuroord verzorgd? ☐ ja ☐ neen
 Voor welke aandoening? Wanneer? Hoelang?
 Heeft men u een rust-, ontwenings- of vermageringskuur aanbevolen, ofwel een ander soort kuur? ☐ ja ☐ neen
 • Moet u binnenkort in een ziekenhuis opgenomen worden? ☐ ja ☐ neen
 Wanneer? Waarom?
 • Moet u een heelkundige bewerking ondergaan? ☐ ja ☐ neen
 Wanneer? Waarom?

7 • Hebt u in de loop van de laatste twee jaren een radiologisch onderzoek ondergaan? ☐ ja ☐ neen
 Waarom? Resultaat?
 • Hebt u in de loop van de laatste twee jaren een ander gespecialiseerd onderzoek ondergaan? ☐ ja ☐ neen
 Voor welke aandoening? Wanneer?
 Resultaat?

8 • Heeft men een elektrocardiogram gemaakt?	Resultaat?	☐ ja ☐ neen
Wanneer?		
• Heeft men een elektro-encefalogram gemaakt?	Resultaat?	☐ ja ☐ neen
Wanneer?		
• Onderging u een bloedonderzoek?	Resultaat?	☐ ja ☐ neen
Wanneer?		
• Onderging u een urineonderzoek?	Resultaat?	☐ ja ☐ neen
Wanneer?		
• Onderging u een AIDS onderzoek waarvan het resultaat positief was?	Resultaat?	☐ ja ☐ neen
Wanneer?		
• Andere		
Wanneer?	Resultaat?	

9 • Vermoed al de medicijnen die u de laatste drie maanden gebruikte	
Wanneer?	Waarom?
Welke?	
• Heeft u vroeger gedurende meer dan drie weken medicijnen moeten nemen?	☐ ja ☐ neen
Welke?	Wanneer?
In welke mate?	
• Neemt u regelmatig geneesmiddelen in tegen hoofd- of andere pijn, slaap- of kalmerende middelen?	☐ ja ☐ neen
Welke?	Sinds wanneer?
Frequentie?	
• Gebruikt u of hebt u verdovende middelen gebruikt?	☐ ja ☐ neen
Welke?	Tot wanneer?

10 Ondergaat of onderging u een medische behandeling aangaande	Duid aan door te onderstrepen en vak 13 te vervullen	
• de luchtwegen?	☐ ja ☐ neen	
chronische heesheid, astma, chronische bronchitis, emfyseem, hoest met bloederig sputum, longtuberculose?		
Andere		
• de bloedsomloop?	☐ ja ☐ neen	
hartkloppingen, benauwdheid, bezwijming, angina, pectoris, infarct, hartgebrek of -geruis, te hoge bloeddruk, aderontsteking, trombose?		
Andere		
• het zenuwstelsel?	☐ ja ☐ neen	
hoofdpijn, duizeligheid, bezwijming, epilepsie, beroerte, verlamming, zenuwontstekingen?		
Andere		
• het spijsverteringsstelsel?	☐ ja ☐ neen	
maag- of darmstoornissen, zweren, bloedbraken, leverziekten, geelzucht, galsteenkoelieken, aarsfistel?		
Andere		
• de oren?	☐ ja ☐ neen	afscheiding, gehoorstoornissen
• de ogen?	☐ ja ☐ neen	ontstekingen, gezichtsstoornissen (aard en graad)?
Andere		
• de beenderen of de gewrichten	☐ ja ☐ neen	reuma, artritis, aandoening van de ruggesgraat, lumbago of heupjicht?
• de huid		☐ ja ☐ neen
Welke?		
• de lymfeklieren	☐ ja ☐ neen	vergroting of ettering?
• de blaas en urinewegen	☐ ja ☐ neen	nieren, blaas, urinebuis, prostaat, aanwezigheid van albumine, suiker, bloed, etter of stenen in de urine?
• overdraagbare geslachtsziekten (AIDS, ...)?	☐ ja ☐ neen	
Welke?		
• infectie- of tropische ziekten?	☐ ja ☐ neen	
roodvonk, difterie, herhaalde keelontstekingen, tyfus, septikemie, leverontsteking, hersenvliesontsteking, malaria, amibiase, enz.?		
Andere		
• psychische stoornissen?	☐ ja ☐ neen	
neerslachtigheid, angst, overspannenheid, stress, neurose, psychose, zelfmoordpoging of andere psychische stoornissen?		
• hier nog niet vermelde ziekten of lichaamsgebreken zoals bijvoorbeeld	☐ ja ☐ neen	
suikerziekte, bloedziekten, anemie, jicht, hernia, krop, gezwel, kanker, spieratrofie, verlamming, misvorming of verminking van een lidmaat, enz.?		
Welke?		

- 11 • Heeft u een heelkundige bewerking ondergaan? ☐ ja ☐ neen
 • Heeft u een bloedtransfusie ondergaan? ☐ ja ☐ neen
 • Hebt u een behandeling met radioactieve bestanddelen, chemotherapie gevolgd? ☐ ja ☐ neen
 • Bent u het slachtoffer geweest van een ernstig ongeval of van een vergiftiging? ☐ ja ☐ neen
 In geval van schedeltrauma, aanduiden of er coma of bewustzijnsverlies was, evenals de duur ervan

- 12 Voor de personen van het vrouwelijk geslacht
 • Hebben eventuele bevallingen aanleiding tot verwikkelingen gegeven? ☐ ja ☐ neen
 Welke?
 Wanneer?
 • Bent u zwanger? ☐ ja ☐ neen Hoeveel maanden?
 Verloopt de zwangerschap normaal? ☐ ja ☐ neen
 • Lijdt u of hebt u aan een gynaecologische of borstaandoening geleden? ☐ ja ☐ neen

13 BELANGRIJK

Indien er JA geantwoord werd op één van de vragen 10, 11 en 12:
 over welke ziekte, operatie of ongeval gaat het?

Wanneer - Duur - Datum van genezing - Gevolgen - Opmerkingen

- 14 • Wie is uw huisdokter (adres)?
 • Welke dokter heeft u voor het laatste behandeld of raad gegeven?
 Wanneer?
 Waarom?
 • Heeft u niets anders mee te delen wat uw gezondheidstoestand betreft?

Ik, ondergetekende

verklaar de voorgaande vragen zonder opzettelijke verzwijging beantwoord te hebben.

Ik verbind mij ertoe Ethias elk bijkomende inlichting te bezorgen die zij noodzakelijk acht voor het tot stand komen van de voorgestelde verzekeringsovereenkomst. In voorkomend geval zal ik deze informatie opvragen bij mijn behandelende geneesheer.

Ethias verzamelt uw persoonsgegevens voor de evaluatie van het risico, het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen, voor het promoten van haar diensten en voor het voeren van getrouwheidsacties. Uw persoonsgegevens kunnen voor commerciële doeleinden doorgegeven worden aan de ondernemingen die deel uitmaken van de Ethias groep.
 U hebt het recht om uw persoonsgegevens in te kijken, om eventuele correcties te laten aanbrengen en om u gratis te verzetten tegen het gebruik ervan voor commerciële doeleinden.

Verzet u zich tegen dit gebruik?.....

De gezondheidsgegevens zullen verwerkt worden voor de aanvaarding van de risico's onderschreven bij Ethias, het bepalen van de omvang van de waarborgen en het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen. Deze gegevens zullen beheerd worden door de daartoe bij Ethias gemachtigde personen. U kan op ieder ogenblik uw toestemming tot het verwerken van deze gegevens door de hoger vermelde personen intrekken.

Opgemaakt te op

Ik machtig Ethias mijn gezondheidsgegevens te verwerken

Handtekening van de kandidaat-verzekerde of zijn wettelijke vertegenwoordiger

VOORBEHOUDEN AAN ETHIAS

Bijlage IV. KBC

A. KBC-Hospitalisatieverzekering



POLIS HOSPITALISATIEVERZEKERING

ALJEB 1

Doel van de verzekering

Bij hospitalisatie wegens ziekte, ongeval, bevalling of zwangerschapscomplicatie vergoedt deze verzekering, onder de hierna bepaalde voorwaarden, de medische kosten die niet door het ziekenfonds worden terugbetaald. In de pre- en posthospitalisatieperiode en bij een aantal zware ziekten worden ook de kosten voor de ambulante medische zorgen vergoed zoals hierna bepaald.

Begripsomschrijvingen

U: de verzekeringnemer, de persoon die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar sluit.

Verzekerde: de persoon op wiens hoofd de verzekering is gesloten. De verzekerde wordt in de bijzondere voorwaarden vermeld.

Hospitalisatie: een medisch noodzakelijk verblijf van minstens één nacht in een ziekenhuis of een verblijf in een dagziekenhuis. Het verblijf in een dagziekenhuis wordt beschouwd als een hospitalisatie op voorwaarde dat de medische prestaties forfaitair door het RIZIV worden terugbetaald op basis van de nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de ziekenfondsen.

Ziekenhuis: een instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis.
In deze verzekering worden de volgende instellingen niet als ziekenhuis beschouwd: medisch-pedagogische inrichtingen, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, initiatieven voor palliatieve zorgverlening, inrichtingen uitsluitend bestemd om bejaarden, herstellenden of kinderen te huisvesten en instellingen, afdelingen en bedden van rust- en verzorgingstehuizen.

Ziekte: een aantasting van de gezondheid die gepaard gaat met objectieve symptomen en die te wijten is aan een andere oorzaak dan een ongeval.

Besmettelijke ziekte: een ziekte die het gevolg is van een infectie door micro-organismen (bacteriën, virussen, parasieten, schimmels en gisten).

Psychische en psychiatrische aandoeningen: een aandoening die opgenomen is in de meest recente medische leidraad Diagnostic and Statistical Manual (op 1 juni 2000 is dit DSM IV).

Ongeval: een plotse gebeurtenis die een objectief vast te stellen lichamelijk letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van het slachtoffer ligt.

Ambulante medische zorgen: medische zorgen die worden verleend op een ogenblik dat er geen hospitalisatie van de verzekerde is.

Mortuariumkosten: kosten van bewaring van een overledene in het rouwcentrum van het ziekenhuis.

Thuisbevalling: een bevalling buiten een ziekenhuis onder deskundige begeleiding van een bevoegd en erkend geneesheer of verloskundige.

Verzekeringsjaar: de periode van twaalf maanden die begint op de jaarlijkse hoofdvervaldag van de verzekeringsovereenkomst.

Wettelijke tegemoetkoming: iedere tegemoetkoming die door de Belgische wetgeving wordt voorzien door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en door de verplichte verzekering voor arbeidsongevallen of beroepsziekten, zoals die van toepassing zijn voor de werknemers.

Wachttijd: de wachttijd is een eenmalige periode die per verzekerde ingaat op zijn aansluitingsdatum. Hospitalisaties en zware ziekten die aanvangen tijdens deze periode, zijn niet verzekerd. Thuisbevallingen zijn evenmin verzekerd tijdens de wachttijd.

Franchise: het bedrag van de verzekerde kosten dat steeds ten laste van de verzekerde blijft. Dit bedrag wordt toegepast per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Voorafbestaande toestand: Een ziekte of lichaamsgebrek dat zich reeds gemanifesteerd heeft vóór de aansluitingsdatum van de verzekerde, alsook een ongeval dat is gebeurd voor die datum.



1 Verzekerden

De verzekerden worden vermeld in de bijzondere voorwaarden van deze verzekeringsovereenkomst.

Een wijziging van het aantal verzekerden dient schriftelijk door u meegedeeld te worden. De verzekeraar kan de aanvaarding van nieuwe verzekerden afhankelijk stellen van het gunstige resultaat van een medisch onderzoek van de betrokken kandidaat-verzekerde.

De verzekerde kan enkel een natuurlijke persoon met gewone verblijfplaats in België zijn. Wie langer dan zes opeenvolgende maanden in het buitenland verblijft, wordt voor deze overeenkomst beschouwd als een persoon van wie de gewone verblijfplaats buiten België gelegen is (zie "Einde verzekering").

2 Waarborg

a waarborg hospitalisatie

De verzekeraar waarborgt de terugbetaling van de kosten die tijdens een hospitalisatie van de verzekerde wegens ziekte, ongeval, bevalling of zwangerschapscomplicaties werden gemaakt voor de hierna genoemde prestaties, voor-zover deze medisch noodzakelijk zijn:

- raadplegingen, onderzoeken, behandelingen en farmaceutische en homeopathische producten. De farmaceutische en homeopathische producten moeten opgenomen zijn in de lijst van de specialiteiten van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- verblijf van de verzekerde in een ziekenhuis;
- prothesen of orthopedische toestellen op doktersvoorschrift, op voorwaarde dat deze rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de hospitalisatie en recht geven op een wettelijke tegemoetkoming voorzien door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering zoals die van toepassing is voor werknemers. De kosten voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet terugbetaald;
- de kosten van aangepast medisch vervoer van de verzekerde en/of zijn donor naar of van het ziekenhuis, op voorwaarde dat zij bewezen worden aan de hand van een factuur;
- de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening gebracht worden.

Daarnaast omvat de waarborg hospitalisatie ook terugbetaling van de volgende kosten:

- kosten van bij-overnachting op dezelfde kamer door één van de ouders of door de voogd bij een hospitalisatie van een verzekerd kind jonger dan 18 jaar;
- kosten voor de tussenkomst van een donor als die tussenkomst voor de behandeling van de verzekerde medisch vereist is. De donor dient ofwel de partner, ofwel een bloed- of aanverwant van de verzekerde te zijn. De verzekeraar betaalt de hospitalisatiekosten van de donor terug op voorwaarde dat deze zich vrijwillig en bewust laat hospitaliseren met het oog op het donorschap.

Bij hospitalisatie wegens een psychische of psychiatrische aandoening worden de gewaarborgde kosten terugbetaald gedurende een al dan niet aaneengesloten hospitalisatieperiode van maximaal twee jaar, te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op terugbetaling.

De verzekeraar vergoedt de gewaarborgde kosten voor esthetische behandelingen die het rechtstreekse gevolg zijn van een verzekerd ongeval of een verzekerde ziekte en die behoren tot:

- de reconstructieve esthetische heelkunde of
- de niet-reconstructieve esthetische heelkunde die een functioneel karakter heeft, voorzover het RIZIV deze behandeling heeft goedgekeurd. Ereloossupplementen worden in dit geval niet mee vergoed.

Andere esthetische behandelingen worden niet vergoed.

Binnen de waarborg hospitalisatie worden alleen kosten vergoed die rechtstreeks verband houden met de reden van de hospitalisatie.



b waarborg pre- en posthospitalisatie

Deze waarborg heeft enkel betrekking op de periode van twee maanden voor het begin van een verzekerde hospitalisatie en zes maanden na het beëindigen ervan.

De verzekeraar waarborgt de terugbetaling van de kosten die in deze periode werden gemaakt voor de volgende prestaties indien zij medisch noodzakelijk zijn voor de verzekerde:

- raadplegingen, onderzoeken en behandelingen op doktersvoorschrift, op voorwaarde dat zij recht geven op een wettelijke tegemoetkoming;
- farmaceutische en homeopathische producten indien zij op doktersvoorschrift zijn gekocht in een apotheek en op voorwaarde dat zij zijn opgenomen in de lijst van de specialiteiten van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- prothesen of orthopedische toestellen op doktersvoorschrift, op voorwaarde dat deze rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de hospitalisatie én recht geven op een wettelijke tegemoetkoming voorzien door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering zoals die van toepassing is voor werknemers. De kosten voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet terugbetaald;
- huur van medisch materiaal op doktersvoorschrift.

Deze waarborg omvat eveneens terugbetaling van de genoemde kosten gemaakt door de donor als zijn tussenkomst voor de behandeling van de verzekerde medisch vereist is. De donor dient ofwel de partner, ofwel een bloed- of aanverwant van de verzekerde te zijn. De verzekeraar betaalt de kosten van de donor terug op voorwaarde dat de donor zich vrijwillig en bewust laat hospitaliseren met het oog op het donorschap.

Binnen de waarborg pre- en posthospitalisatie worden alleen kosten vergoed die rechtstreeks verband houden met de reden van de hospitalisatie.

c waarborg zware ziekten

Deze waarborg is van toepassing als de verzekerde lijdt aan één van de volgende ziekten:

kanker, leukemie, suikerziekte, virale hepatitis, tuberculose, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson, multiple sclerose, amyotrofe lateraal sclerose, progressieve spierdystrofieën, mucoviscidose, ziekte van Alzheimer, cerebrospinale meningitis, vlektyfus, tyfus, paratyfus, encefalitis, tetanos, cholera, nierdialyse, poliomyelitis, difterie, brucellose, pokken, malaria, miltvuur, ziekte van Pompe, ziekte van Crohn, aids.

In dat geval waarborgt de verzekeraar de terugbetaling van de kosten voor de volgende medisch noodzakelijke prestaties op voorwaarde dat zij rechtstreeks verband houden met de zware ziekte:

- raadplegingen, onderzoeken en behandelingen op doktersvoorschrift, op voorwaarde dat zij recht geven op een wettelijke tegemoetkoming;
- farmaceutische en homeopathische producten indien zij op doktersvoorschrift zijn gekocht in een apotheek en op voorwaarde dat zij zijn opgenomen in de lijst van de specialiteiten van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- huur van medisch materiaal op doktersvoorschrift.

d alternatieve geneeswijzen

De verzekeraar vergoedt de kosten voor alternatieve geneeswijzen zoals acupunctuur, chiropraxie, osteopathie en raadplegingen bij een homeopaat overeenkomstig de voorwaarden van één van de hoger genoemde waarborgen en voor-zover deze geneeswijzen worden toegepast door personen die wettelijk gemachtigd zijn de geneeskunde uit te oefenen.

e thuisbevalling

Bij thuisbevalling betaalt de verzekeraar een forfaitaire vergoeding van 625 EUR waarin de vergoeding van de kosten voor ambulante medische zorgen voor en na de bevalling begrepen is.

3 Vrije keuze van de verzekerde

De verzekerde heeft de vrije keuze van ziekenhuis, van kamer en van arts, voorzover deze laatste wettelijk gemachtigd is het beroep uit te oefenen.



4 Wachtijd

De duur van de wachtijd is vastgesteld op 3 maanden behalve voor:

- ongevallen en acute besmettelijke ziekten: voor deze gevallen is er geen wachtijd;
- zwangerschapscomplicaties en bevallingen: voor deze gevallen bedraagt de wachtijd 10 maanden; voor vrouwen die in deze overeenkomst als enige volwassene verzekerd zijn, wordt deze wachtijd verlengd tot 24 maanden.

Pasgeborenen

Voor pasgeborenen gaat de verzekering in bij de geboorte en is er geen wachtijd op voorwaarde dat:

- beide ouders en de andere kinderen van het gezin op de geboortedatum sedert minstens tien maanden verzekerd zijn én
- de verzekering voor de pasgeborene gesloten wordt binnen de 60 dagen na de geboortedatum.

5 Vergoeding door de verzekeraar

De verzekeraar vergoedt de gewaarborgde kosten die gemaakt zijn tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst, maar na de wachtijd.

berekening van de terugbetaling

Enkel de erelonen die gefactureerd zijn door een ziekenhuis of door een centrale inningsdienst komen in aanmerking voor terugbetaling binnen de waarborg hospitalisatie.

vergoeding op basis van het persoonlijk aandeel

De gewaarborgde kosten worden verminderd met de wettelijke tegemoetkoming voorzien voor de betreffende prestatie.

Het saldo is het persoonlijke aandeel in de gewaarborgde kosten.

Indien de verzekerde om welke reden ook deze wettelijke tegemoetkoming niet ontvangt of hij er geen recht op heeft, dan houdt de verzekeraar niettemin rekening met een fictieve tegemoetkoming die gelijk is aan de wettelijke tegemoetkoming (voor werknemers).

beperking van de terugbetaling bij hospitalisatie in een ziekenhuis dat het criterium overschrijdt

Bij hospitalisatie in één van de weinige ziekenhuizen waarvan de toepasselijke supplementen het criterium overschrijden, blijft 50 % van het persoonlijk aandeel ten laste van de verzekerde indien deze gekozen heeft voor een één- of tweepersoonskamer met supplementen voor de patiënt.

Het criterium is een bedrag dat rekening houdt met de maximum ereloon- en kamersupplementen die door de ziekenhuizen in België kunnen worden toegepast in geval van ziekenhuisopname in een éénpersoonskamer en dat neergelegd is bij een officiële instantie. Indien nodig kunt u bij deze officiële instantie de correcte toepassing van het criterium laten nazien.

De lijst van de instellingen die al dan niet aan het criterium voldoen kan op elk ogenblik bij onze diensten worden opgevraagd.

andere beperkingen

De vergoeding voor vervoerskosten is beperkt tot 1 250 EUR per verzekerde en zijn donor en per verzekeringsjaar. De vergoeding voor de kosten van bij-overnachting is beperkt tot 25 EUR per nacht.



franchise

Het bedrag van de franchise is afhankelijk van de keuze van de verzekeringnemer en wordt vermeld in de bijzondere voorwaarden.

Voor een hospitalisatie die zich uitstrekt over twee verzekeringsjaren, wordt de franchise slechts éénmaal toegepast.

6 Uitsluitingen

a De volgende kosten zijn niet verzekerd:

- bezigheidstherapie, kuurbehandelingen, internering, wettelijke inenting;
- alle experimentele of niet-beproefde behandelingen;
- revalidatiebehandelingen die niet rechtstreeks het gevolg zijn van een gewaarborgde ziekte, een gewaarborgd ongeval of een chirurgische ingreep waarvoor dekking verworven is.

b Zijn evenmin verzekerd, de medische kosten die het gevolg zijn van:

- de gevolgen of verwickelingen van een voorafbestaande toestand voor zover de diagnose wordt gesteld voor de aansluitingsdatum of binnen de twee jaar na de aansluitingsdatum van de verzekerde.
Met gevolgen en verwickelingen bedoelt de verzekeraar ook een acute opstoot van een chronische, besmettelijke of inflammatoire ziekte.
- aandoeningen waarbij de verzekerde subjectieve klachten vertoont die niet door objectief waarneembare afwijkingen kunnen worden verklaard;
- contraceptieve behandeling, sterilisatie en vrijwillige zwangerschapsonderbreking; vruchtbaarheidsbehandeling, kunstmatige inseminatie (bevruchting), in vitro fertilisatie en de gevolgen en verwickelingen ontstaan binnen een periode van twee maanden na deze ingrepen of behandelingen;
- poging tot zelfmoord; letsels die door de verzekerde vrijwillig toegebracht of gezocht zijn (wettige zelfverdediging of pogingen tot het redden van mensen, dieren of goederen vallen hier niet onder); geweldpleging op personen door de verzekerde of het kwaadwillig beschadigen of ontvreemden van goederen;
- dronkenschap of toxicomanie;
- een ongeval of ziekte terwijl de verzekerde zich bevindt in staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie of zich onder invloed bevindt van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, tenzij de verzekerde het bewijs levert dat er geen oorzakelijk verband is tussen het ongeval of de ziekte en deze omstandigheden;
- oproer, onlusten, collectieve geweldsdaaden van politieke, ideologische of sociale aard, al dan niet vergezeld van opstand tegen de overheid of tegen welke gevestigde macht ook, voorzover de verzekerde er vrijwillig en actief heeft deelgenomen;
- een oorlogsgebeurtenis (nochtans blijft de waarborg van kracht indien het conflict uitbreekt tijdens het verblijf van de verzekerde in het buitenland en op voorwaarde dat de verzekerde niet actief heeft deelgenomen aan de vijandelijkheden);
- kernreacties, radioactiviteit en ioniserende stralen, met uitzondering van de bestralingen ingevolge een medische behandeling;
- ongevallen die gebeuren tijdens winstgevend sportbeoefening, trainingen inbegrepen.

7 Gemelde voorafbestaande toestand

Indien de bestaande ziekte, het lichaamsgebrek of het ongeval uitdrukkelijk vermeld werd in de correct ingevulde medische vragenlijst, zijn de gevolgen of verwickelingen verzekerd vanaf het derde jaar na de aansluiting van de verzekerde, tenzij het anders bepaald is in de bijzondere voorwaarden of een bijvoegsel.

8 Territoriale geldigheid

Het contract geldt over de hele wereld.

Wanneer de medische zorgen in een andere lidstaat van de Europese Unie worden verleend of in een lidstaat waarmee België een overeenkomst heeft afgesloten die betrekking heeft op gezondheidszorg, wordt de wettelijke tegemoetkoming bepaald en berekend volgens de internationale afspraken tussen de betrokken landen. Voor het overige blijven de bepalingen gelden van het punt 'Berekening van de terugbetaling'.



Wanneer de medische zorgen niet in een lidstaat van de Europese Unie worden verleend of wanneer België met de betreffende lidstaat dienaangaande geen overeenkomst heeft getekend, komt de verzekeraar tussen voor de helft van de persoonlijk te betalen verzekerde kosten, met een maximum van 6 250 EUR per hospitalisatie.

De verzekeraar verleent geen waarborg indien de verzekerde zich in België bevindt en met het oog op de medische verzorging afreist naar het buitenland, tenzij er tussen de verzekerde en het RIZIV een voorafgaandelijk terugbetalingsakkoord is.

9 Schadegevallen

a aangifte

De aangifte van een schadegeval dient schriftelijk te gebeuren binnen vijftien dagen na het begin van het schadegeval. De aangifte bevat alle nuttige inlichtingen.

Alle latere medische bewijsstukken en andere essentiële documenten betreffende het schadegeval moeten zo spoedig mogelijk aan de verzekeraar worden overgemaakt.

Bij overschrijding van de aangiftetermijn komt de verzekeraar enkel tussen voor die gewaarborgde kosten waarvoor u of de verzekerde aantoont dat deze overschrijding zijn controlemogelijkheden niet heeft beperkt.

De verzekeraar verleent niettemin waarborg indien u of de verzekerde aantoont dat de laattijdige aangifte te wijten is aan overmacht of dat de aangifte werd gedaan zo snel als redelijkerwijs mogelijk was.

De terugbetaling voor de waarborg hospitalisatie gebeurt uitsluitend op basis van de gedetailleerde originele factuur.

b terugbetalingstermijn

De verzekeraar betaalt binnen dertig dagen aan u of uw rechthebbenden. Deze termijn begint nadat hij alle bewijsstukken van de verzekerde ontvangen heeft. Bij betwisting begint de termijn van dertig dagen pas op het ogenblik dat de betwisting werd beëindigd.

c medische controle

De verzekeraar mag op ieder ogenblik de juistheid van de aangifte laten onderzoeken door een arts die de verzekeraar aanduidt.

d betwistingen

Bij meningsverschil over de medische aspecten van deze verzekering wordt het geschil beslecht door twee artsen waarvan de ene aangeduid wordt door de verzekerde en de andere door de verzekeraar.

Komen deze artsen niet tot een akkoord dan stellen zij een derde arts aan die als opdracht heeft zich uit te spreken over het geschil. Worden zij het niet eens over de benoeming, dan zal de bevoegde rechtbank een derde arts aanduiden.

Elke partij draagt de kosten en het ereloon van haar arts. De kosten en het ereloon van de derde arts worden door de partijen, elk voor de helft, gedragen.

e subrogatie

Bij een schadegeval waarvoor een andere persoon kan aansprakelijk gesteld worden, treedt de verzekeraar, tot beloop van zijn uitgaven, in de rechten van de verzekeringnemer, de verzekerde of de begunstigde.

Behoudens bij kwaad opzet, wordt dit subrogatierecht niet uitgeoefend tegen de verzekeringnemer, de verzekerde, de echtgenoot (echtgenote) en de bloed- en aanverwanten in de rechte lijn of tot de tweede graad van de verzekerde, noch op zijn gasten, inwonende gezinsleden en huispersoneel.

Verhaal is echter wel mogelijk tegen de genoemde personen in de mate dat hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een verzekering gedekt is.



10 Premie en betaling van de premie

a betaling van de premie

De premie, met inbegrip van de taks en de kosten, is verschuldigd en eisbaar op de vervaldag.

Indien de premie, met inbegrip van de taks en de kosten, niet binnen dertig dagen na de vervaldag betaald is, herinnert de verzekeraar u door middel van een aangetekende brief aan de vervaldag en aan de gevolgen van de niet-betaling.

De brief geldt als ingebrekestelling.

Geeft u hieraan geen gevolg binnen vijftien dagen na het versturen van de aangetekende brief, dan zijn de waarborgen geschorst vanaf de eerste dag na die laatste periode.

De waarborg geldt pas opnieuw vanaf de dag die volgt op de volledige betaling, om nul uur.

Bij niet-betaling is de verzekeringsovereenkomst opgezegd met uitwerking vanaf de zestiende dag na de ingang van de schorsing.

b Premieherziening en aanpassing voorwaarden

De verzekeraar kan op de jaarlijkse premievervaldag de premie, de vrijstelling en de prestatie aanpassen op grond van het indexcijfer der consumptieprijsen.

Wanneer de Commissie voor Bank-, Financie- en Assurantiewezen een verschil vaststelt tussen de evolutie van het indexcijfer der consumptieprijsen en de evolutie van objectieve en representatieve parameters, kan de verzekeraar de premie, de vrijstelling en de prestatie aanpassen op grond van een vaststelling van een duurzame prijschommeling.

De verzekeraar kan de premie en/of de dekkingsvoorwaarden aanpassen bij een duurzame wijziging van de reële kosten die een betekenisvolle invloed heeft op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties. De premie kan ook aangepast worden bij omstandigheden, met inbegrip van de wettelijke of regelgevende wijzigingen, die een betekenisvolle invloed hebben op de kosten of de omvang van de verzekeringsprestaties. De Commissie voor Bank-, Financie- en Assurantiewezen dient de invloed als betekenisvol te erkennen in samenspraak met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

De tarifaire of contractuele aanpassing is rechtstreeks evenredig met de omvang van de verhoging van de reële kosten en heeft enkel betrekking op de elementen van de overeenkomst waar de betekenisvolle invloed wordt op uitgeoefend.

11 Begin, duur en einde van de verzekering

a begin en duur van de verzekering

De verzekering begint op de datum die in de overeenkomst vermeld is op voorwaarde dat de overeenkomst ondertekend en de eerste premie betaald is.

De verzekering is van onbepaalde duur.

b einde van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst kan jaarlijks door u opgezegd worden hetzij op de jaardag van de ingangsdatum van de overeenkomst hetzij op de jaarlijkse vervaldag van de premie. De opzegging dient te gebeuren door middel van een aangetekende brief ten minste één maand voor voormelde jaardag of vervaldag, ter post afgegeven. De postdatum geldt hierbij als bewijs.

Indien een aankondiging van tariefwijziging minder dan vier maanden voor de jaarlijkse vervaldag van de overeenkomst zou gebeuren, hebt u het recht deze overeenkomst binnen de drie maanden na deze aankondiging op te zeggen.

Indien de premie niet betaald wordt kan de polis door de verzekeraar opgezegd worden overeenkomstig de procedure in deze overeenkomst en in de wet voorgeschreven.



De overeenkomst eindigt van rechtswege:

- bij het overlijden van de verzekeringnemer. Als er nog andere verzekerden zijn, kan de verzekering op hun verzoek wel verdergezet worden;
- zodra de verzekerde zijn gewone verblijfplaats niet meer in België heeft.

De verzekering eindigt telkens om nul uur.

c sanctionering van de mededelingsplicht -fraude bij het niet nakomen van verplichtingen door verzekeringnemer of verzekerde

Uzelf en de verzekerden zijn verplicht bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst alle gegevens mee te delen die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de verzekeraar.

Wanneer u of de verzekerde opzettelijk gegevens verzwijgt of opzettelijk gegevens onjuist meedeelt, kan de verzekeraar het contract vernietigen en de premies behouden die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de verzekeraar kennis kreeg van het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van de gegevens.

Bij bedrog of poging tot bedrog van de verzekeringnemer of de verzekerde tijdens de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, kan de verzekeraar dekking weigeren.

d Individuele Verderzetting

Het verzekerde gezinslid dat deze verzekeringsovereenkomst verlaat, heeft het recht deze overeenkomst binnen de wettelijke beperkingen individueel verder te zetten, op voorwaarde dat de verzekeringnemer de verzekeraar onverwijld schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het tijdstip waarop een verzekerd gezinslid de verzekeringsovereenkomst verlaat en van de nieuwe verblijfplaats van het desbetreffende gezinslid.

12 Einde van de verplichtingen van de verzekeraar

De verplichtingen van de verzekeraar, inclusief de uitbetaling van de lopende schadegevallen, vervallen vanaf de eerste premieervaldag waarvoor de premie niet betaald werd.

13 Fiscaliteit

Alle belastingen, taksen en heffingen die, zowel nu als in de toekomst, van toepassing zijn op dit contract en op alle sommen die om een of andere reden verschuldigd zijn omwille van dit contract, zijn te uwen laste.

14 Klachten

Wanneer u vragen hebt met betrekking tot dit contract kunt u steeds terecht bij uw tussenpersoon of bij de verzekeraar. Als u dat wenst, kunt u eventuele klachten ook richten tot:

- de Ombudsdienst van de verzekeraar, Brusselsesteenweg 100, 3000 Leuven.
- de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel.

U behoudt evenwel steeds het recht om een gerechtelijke procedure in te leiden.

15 Woonplaats

Bij verandering van woonplaats of van werkelijke verblijfplaats moet u de verzekeraar schriftelijk verwittigen. Tot deze schriftelijke mededeling beschouwt de verzekeraar de laatst aangewezen woonplaats of verblijfplaats als gekozen woonplaats.

16 Toepasselijk recht en rechtsbevoegdheid

Op deze overeenkomst is het Belgische recht van toepassing. Alle geschillen tussen partijen in verband met de overeenkomst behoren tot de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken.



17 Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Bij het sluiten en het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst komt de verzekeraar in het bezit van gegevens van persoonlijke aard betreffende verzekeringnemer, verzekerde en begunstigde. Naast identiteitsgegevens gaat het hier voornamelijk om een beschrijving van het verzekerde risico of de voorgevallen schade. Deze gegevens worden door onze medewerkers, inclusief onze tussenpersoon, gebruikt voor de evaluatie van risico's, het beheer van polissen en schadegevallen en de optimalisering van de service aan de cliënteel.

In bepaalde gevallen is het nodig bijzondere gegevens te verwerken, zoals persoonsgegevens die de gezondheid betreffen. Dit gebeurt telkens in overeenstemming met de wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

Iedere betrokkene van wie de verzekeraar persoonsgegevens bezit, heeft het recht om deze gegevens op te vragen en/of te verbeteren. Hij kan zich ook wenden tot de Privacy-dienst van de verzekeraar of de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer te Brussel.

In het kader van de samenwerking binnen de KBC-groep kunnen uw identiteitsgegevens ook aan andere ondernemingen van de KBC-groep worden meegedeeld.

Iedere betrokkene van wie de verzekeraar of andere ondernemingen van de KBC-groep de identiteitsgegevens of persoonsgegevens bezit, heeft het recht zich kosteloos te verzetten tegen het gebruik door de betrokken ondernemingen van zijn persoonsgegevens voor direct marketing.

Als de verzekeraar gegronde redenen heeft om te twijfelen aan de correcte uitvoering van de wettelijke en/of contractuele verplichtingen van de verzekeringnemer of de verzekerde, kan hij beslissen hun gegevens te laten opnemen in een databank van E.S.V. Datassur, gevestigd te Brussel.

HOSPITALISATIEVERZEKERING

Tarief in EUR geldig vanaf 1/2/2008. Premie inclusief taks en RIZIV.

Tabel man			Tabel vrouw		
leeftijd	tarief op jaarbasis	tarief op maandbasis	leeftijd	tarief op jaarbasis	tarief op maandbasis
<21	99,59	8,63	<21	99,59	8,63
21	264,48	22,92	21	264,48	22,92
22	269,87	23,39	22	269,87	23,39
23	275,06	23,84	23	275,06	23,84
24	279,79	24,25	24	279,79	24,25
25	283,52	24,57	25	283,52	24,57
26	284,02	24,62	26	284,02	24,62
27	284,53	24,66	27	284,53	24,66
28	285,03	24,70	28	285,03	24,70
29	285,53	24,75	29	285,53	24,75
30	286,04	24,79	30	286,04	24,79
31	286,54	24,83	31	286,54	24,83
32	287,04	24,88	32	287,04	24,88
33	287,55	24,92	33	287,55	24,92
34	290,26	25,16	34	290,26	25,16
35	294,38	25,51	35	294,38	25,51
36	299,14	25,93	36	299,14	25,93
37	305,37	26,47	37	305,37	26,47
38	312,36	27,07	38	312,36	27,07
39	320,21	27,75	39	320,21	27,75
40	328,48	28,47	40	328,48	28,47
41	337,74	29,27	41	337,74	29,27
42	347,67	30,13	42	347,67	30,13
43	357,38	30,97	43	357,38	30,97
44	368,05	31,90	44	368,05	31,90
45	378,79	32,83	45	378,79	32,83
46	390,05	33,80	46	390,05	33,80
47	402,63	34,89	47	402,63	34,89
48	415,90	36,04	48	415,90	36,04
49	429,70	37,24	49	429,70	37,24
50	443,08	38,40	50	443,08	38,40
51	456,72	39,58	51	456,72	39,58
52	472,46	40,95	52	472,46	40,95
53	488,69	42,35	53	488,69	42,35
54	505,71	43,83	54	505,71	43,83
55	522,03	45,24	55	522,03	45,24
56	539,48	46,76	56	539,48	46,76
57	557,96	48,36	57	557,96	48,36
58	577,79	50,07	58	577,79	50,07
59	599,75	51,98	59	599,75	51,98
60	622,83	53,98	60	622,83	53,98
61	647,65	56,13	61	647,65	56,13
62	673,92	58,41	62	673,92	58,41
63	701,81	60,82	63	701,81	60,82
64	733,24	63,55	64	733,24	63,55
65	765,64	66,36	65	765,64	66,36

De premie is taks inbegrepen en steeds onder voorbehoud van medische acceptatie. Op 21-jarige leeftijd van de verzekerde stijgt de premie (van het tarief "< 21" naar het tarief "21").

Gezinsreductie

Voor de verzekering van gezinnen wordt de premie vermindert met:
5 % indien er 2 verzekerden zijn;
10 % indien er 3 of meer verzekerden zijn.

Forfait per dag in een éénpersoonskamer

In deze optie wordt een forfait per dag uitgekeerd indien gekozen wordt voor een opname in een éénpersoonskamer. Hiervoor krijgt men een korting van 28 %.

Franchise

De mogelijkheid bestaat om een franchise in de polis te nemen, met daaraan gekoppeld volgende premiekortingen:

50 EUR	7,5% korting
100 EUR	15% korting
150 EUR	20% korting
200 EUR	25% korting
250 EUR	30% korting
300 EUR	33% korting
400 EUR	37% korting
500 EUR	40% korting

De franchise geldt per verzekerde en per jaar.

Frequentie van premiebetaling

Indien gekozen wordt voor een andere frequentie van betaling dan jaarlijks, dan gelden de volgende toeslagen:

Semestrieel: 2 %
Trimestrieel: 3 %
Maandelijks: 4 %

Index

De premie wordt jaarlijks automatisch geïndexeerd volgens de index "verpleging in het ziekenhuis" (zie taks- en indexcoëfficiënten).


**KBC Bank &
Verzekering
informeert:**
KBC-Hospitalisatieverzekering
Een ruime dekking bij ziekenhuisopname wegens ziekte, ongeval of bevalling
**De dekking
'ziekenhuisopname'**

De kosten voor opname in een ziekenhuis: verblijf, raadplegingen, onderzoeken, honoraria, farmaceutische producten, prothesen, ... Maar ook:

- dagopname;
- rooming-in (tot 25 euro per nacht);
- thuisbevallingen (forfait van 625 euro);
- aangepast medisch vervoer (tot 1250 euro per verzekerde per jaar);
- verblijfskosten van een donor;
- wiegendoodtest;
- alternatieve behandelingen: homeopathie e.a.

**Omvang van de dekking
'ziekenhuisopname'**

Er geldt een onbeperkte dekking.
Bij opname in een duur ziekenhuis blijft 50 % van het persoonlijke aandeel ten laste van de verzekerde als die voor een kamer met supplementen voor de patiënt heeft gekozen.

**Optie: forfaitaire dekking in
een éénpersoonskamer**

Indien de verzekerde voor deze optie kiest, wordt bij een opname in een éénpersoonskamer een forfaitaire vergoeding uitgekeerd, met een maximum van de werkelijke factuur.

De vergoeding van de pre- en postkosten verandert niet.

**De dekking 'pre- en
postopname'**

Tijdens een periode van twee maanden vóór het begin van een verzekerde opname en zes maanden na het beëindigen ervan, worden ook de kosten voor ambulante medische verzorging vergoed.

De dekking 'zware ziekten'

De kosten voor ambulante medische zorg worden vergoed als de verzekerde lijdt aan een zware ziekte uit de 'lijst van 29 ziekten'.

Aanvaardingsvoorwaarden

Iedereen tot 65 jaar kan aansluiten voorzover de verzekerde zijn gewone verblijfplaats in België heeft en niet sinds langer dan 6 maanden in het buitenland verblijft.
Er is een medische acceptatie (vragenlijst).
De verzekering geldt levenslang en wereldwijd.

Franchise

De verzekerde kan kiezen voor een franchise van 0, 50, 100, 150, 200, 250, 300, 400 of 500 euro.
Op basis van de gekozen franchise wordt een korting verleend (geen, 7,5 %, 15 %, 20 %, 25 %, 30 %, 33 %, 37 % of 40 %).

Tarief

Het tarief wordt bepaald op basis van geslacht en leeftijd.
Gezinskorting van 5 % vanaf 2 verzekerden en 10 % vanaf 3 en meer verzekerden.
De optie "forfaitaire dekking in een éénpersoonskamer" geeft recht op een korting van 28%.

KBC Verzekeringen, NV met maatschappelijke zetel in België, Waaistraat 6, 3000 Leuven, RPR 0403.552.563.
<http://www.kbc.be>

Onderneming voor alle takken toegelaten onder code 0014 (K.B. 4 juli 1979, B. S. 14 juli 1979)
730-0042006-01 IBAN : BE43 7300 0420 0601 BIC : KREDBEBB

Wachttijd

- geen wachttijd voor acute besmettelijke ziekten en ongevallen;
- 3 maanden voor andere ziekten;
- 10 maanden voor bevallingen, zwangerschapstoornissen en miskramen;
- geen wachttijd voor pasgeborenen (als aan bepaalde voorwaarden is voldaan);
- 24 maanden voor een vrouw als enige volwassene verzekerd (voor de dekking 'bevallingen').

Gratis Assurcard

Als u de KBC-Hospitalisatiepolis ondertekent, krijgt u een AssurCard. Zo hoeft u in ziekenhuizen die met het systeem werken geen facturen meer te betalen. KBC regelt de betaling rechtstreeks met het ziekenhuis.

De bovenvermelde gegevens worden louter ter informatie verstrekt. Zij kunnen de bepalingen van een verzekeringscontract, zoals die zijn vervat in algemene en bijzondere voorwaarden, niet aanvullen, tegenspreken of wijzigen.

KBC Verzekeringen, NV met maatschappelijke zetel in België, Waaistraat 6, 3000 Leuven, RPR 0403.552.563.
<http://www.kbc.be>

Onderneming voor alle takken toegelaten onder code 0014 (K.B. 4 juli 1979, B. S. 14 juli 1979)
 730-0042006-01 IBAN : BE43 7300 0420 0601 BIC : KREDBEBB

Bijlage V. Christelijke Mutualiteit Limburg**A. Hospitaalplan**



1. Begripsomschrijvingen

Voor deze dienst worden de volgende begrippen als volgt gedefinieerd.

Aangeslotenen:

de gerechtigden en personen ten laste die bij het Plan zijn aangesloten.

Aansluitingsdatum:

de eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst door het ziekenfonds van het volledig ingevulde en door de onderschrijver ondertekende aansluitingsformulier en de volledig ingevulde en ondertekende medische vragenlijst(en).

Bijdrageperiode:

periode van één kwartaal of één kalenderjaar waarvoor periodiek de bijdrage wordt betaald. Bij een nieuwe aansluiting is de eerste bijdrageperiode beperkt tot de resterende maanden vanaf de aansluitingsdatum.

CM-Hospitaalplan:

de dienst die wordt ingericht door de Maatschappij van Onderlinge Bijstand CM-Vlaanderen en wordt gevormd door deze bepalingen, het aansluitingsformulier en de medische vragenlijst. Deze maken één geheel uit. Het CM-Hospitaalplan wordt verkort het Plan genoemd.

Forfaitperiode:

de aaneengesloten periode van 5 jaar vanaf de aansluitingsdatum waarin de kosten die in verband staan met een voorafbestaande aandoening, borstverkleining of ingreep ter behandeling van zwaarlijvigheid, worden vergoed door middel van een forfaitaire (vaste) tegemoetkoming per hospitalisatiedag.

Voor de aangeslotene die tot en met de dag voorafgaand aan de aansluitingsdatum was aangesloten bij een gelijkaardige kosten-dekkende mutualistische dienst, wordt deze periode van 5 jaar verminderd met het aantal volle maanden ononderbroken aansluiting bij die dienst.

Franchise:

deel van de kosten dat steeds ten laste van de aangeslotene blijft.

Geneesmiddel:

ieder product dat uitsluitend in een apotheek wordt afgeleverd, dat is voorgeschreven door een geneesheer en dat als farmaceutische specialiteit of magistrale bereiding is geregistreerd door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn/haar bevoegdheid heeft. Worden onder andere niet als geneesmiddel beschouwd: de verbandmiddelen, de hygiëne- en dieetproducten, de verplegingsartikelen, de reactieven, de homeopathische middelen, de kousen.

Gerechtigde:

natuurlijk persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voortvloeien of kunnen voortvloeien en die in die hoedanigheid bij een CM-ziekenfonds in Vlaanderen is aangesloten.

Honorariumsupplement:

deel van het honorarium dat gevraagd wordt door de zorgverstrekker boven het tarief vastgelegd door het RIZIV.

Hospitalisatie:

- iedere medische opname in een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd;
 - iedere daghospitalisatie = medische opname waarvoor geen verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd, maar een mini-forfait, maxiforfait, chirurgisch dagziekenhuis (= forfait heelkundige dienst), forfait gipskamer, dagziekenhuisforfait groep 1 tot en met groep 7 of een forfait chronische pijn 1, 2 of 3.
- Een hospitalisatie die zowel een verblijf op een gemeenschappelijke kamer als op een éénpersoonkamer omvat, wordt volledig beschouwd als een hospitalisatie op een éénpersoonkamer.
- Een hospitalisatie die zowel een verblijf op een tweepersoonkamer als op een éénpersoonkamer omvat, wordt volledig beschouwd als een hospitalisatie op een éénpersoonkamer.
- Een hospitalisatie met een transfer naar een ander ziekenhuis voor dezelfde aandoening wordt beschouwd als één hospitalisatie.

Implantaat:

elk synthetisch of lichaamsvreemd materiaal, instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk artikel dat door de fabrikant is bestemd om:

- hetzij geheel of gedeeltelijk geïmplantéerd te worden (in een natuurlijke opening of via een medische of chirurgische ingreep);
- hetzij een deel van het epitheelweefsel te vervangen;

hoofdzakelijk voor het verwezenlijken van volgende doelstellingen:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte;
- diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van een verwonding of handicap;
- onderzoek naar, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces.

De belangrijkste beoogde uitwerking wordt niet met farmacologische, chemische of immunologische middelen of door metabolismen bekomen, maar kan wel door dergelijke middelen of processen worden ondersteund.

Een implantaat is bestemd om na de ingreep gedurende tenminste 30 dagen geïmplantéerd te blijven. Het is enkel te verwijderen door een medische handeling of chirurgische ingreep.

Niet-terugbetaalbare verstrekking:

verstrekking waarvoor er geen recht is op wettelijke terugbetaling.

Onderschrijver:

de gerechtigde van het CM-lidboekje die de aansluiting bij het Plan ondertekent.

In geval van feitelijke scheiding kan het Plan onderschreven worden zowel door de gerechtigde als door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij die gerechtigde is ingeschreven en dit schriftelijk verzoekt.

Ongeval:

een plots gebeurtenis die een objectief vast te stellen letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van het slachtoffer ligt.

Orthopedisch toestel:

een toestel, apparaat of hulpmiddel dat een valide persoon niet behoeft en dat nodig is om aangetaste of verzwakte lichaamsdelen te steunen, dan wel het gebruik of de functies ervan te bevorderen.

Overstap (naar het CM-Hospitaalplan):

aansluiting bij deze dienst met beëindiging van een onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij een gelijkaardige commerciële hospitalisatieverzekering of mutualistische hospitalisatiedienst van een ander ziekenfonds.

De beëindiging van de voorafgaande aansluiting moet bewezen worden aan de hand van een attest afgeleverd door de vorige verzekeraar dat uitdrukkelijk de einddatum aangeeft. Deze einddatum moet vallen in de periode van één dag voor, tot drie maanden na de aansluitingsdatum bij het CM-Hospitaalplan.

Persoon ten laste:

natuurlijk persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet als gerechtigde is aangesloten.

Prothesen:

kunstledematen en toestellen bedoeld om aangetaste lichaamsdelen of organen geheel of gedeeltelijk te vervangen (voorbeelden: armprothesen, haarprothesen, gehoorprothesen, oogprothesen). Interne prothesen (voorbeelden: knieprothesen, heupprothesen) maken deel uit van de implantaten (zie hoger).

Remgeld (persoonlijk aandeel):

verschil tussen het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV en de wettelijke terugbetaling.

Synthesemateriaal:

elk synthetisch of lichaamsvreemd materiaal, instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk artikel bestemd voor:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte, verwonding of handicap;
- onderzoek, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces waarbij de belangrijkste beoogde werking op het menselijk lichaam niet met farmacologische, chemische of immunologische middelen of door het metabolisme wordt bereikt.

Het synthesemateriaal dringt gedurende de beoogde tijdsduur gedeeltelijk of volledig in het lichaam binnen door een chirurgische ingreep, via een natuurlijke lichaamsopening of door het lichaamsoppervlak heen.

Terugbetaalbare verstrekking:

verstrekking waarvoor er recht is op wettelijke terugbetaling.

Thuisbevalling:

bevalling zonder hospitalisatie.

Toezicht, raadplegingen, onderzoeken, behandelingen:

medische en paramedische prestaties verstrekt of voorgeschreven door een arts en opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Verblijfskost:

kost samengesteld uit het kamersupplement, het persoonlijk aandeel in de verpleegdag en het forfait voor de geneesmiddelen.

Verpleegdag:

de kost die het ziekenhuis mag aanrekenen voor elke hospitalisatiedag met overnachting en voor één bijkomende hospitalisatiedag indien de ziekenhuisopname begon voor 12 uur en het ontslag gegeven werd na 14 uur.

Vervaldag:

de dag voorafgaand aan de bijdrageperiode. De bijdrage moet betaald zijn op de vervaldag.

Voorafbestaande aandoening:

elke aandoening of ziekte die de aangeslotene heeft op het ogenblik van de aansluitingsdatum, welke hetzij op de medische vragenlijst is vermeld, hetzij - al dan niet opzettelijk - niet op de medische vragenlijst is vermeld maar zich op de datum van aansluiting reeds op de een of andere manier had gemanifesteerd.

Wettelijke terugbetaling:

- voor de kosten gemaakt in België: elke terugbetaling bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- voor de kosten gemaakt buiten Belgisch grondgebied: elke terugbetaling bepaald hetzij door de in het betrokken land geldende wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Wachttijd:

periode die ingaat vanaf de aansluitingsdatum, waarvoor de bijdrage dient te worden betaald, maar waarin het recht op tegemoetkoming nog niet is geopend. De wachttijd eindigt met het ontstaan van het recht op tegemoetkoming.

Ziekte:

aantasting van de gezondheid die te wijten is aan een andere oorzaak dan ongeval en die gepaard gaat met objectieve ziekteverschijnselen die de diagnose ervan onbetwistbaar maken.

Ziekenhuis:

instelling die als dusdanig wettelijk is erkend (artikel 2 van de gecoördineerde wet van 07-08-1987 op de ziekenhuizen) en waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen.

Worden bijgevolg onder meer niet als een ziekenhuis beschouwd: medisch-pedagogische instellingen, rust- en verzorgingshuizen, instellingen voor thermale kuren, revalidatiecentra, sanatoria en preventoria, rusthuizen voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen, ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een bijzondere erkenning als RVT hebben.

2. Aansluitingsvoorwaarden

Het Plan kan enkel worden onderschreven door een gerechtigde. In geval van feitelijke scheiding kan het Plan ook worden onderschreven door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij de gerechtigde is ingeschreven.

Om bij het Plan te kunnen aansluiten en aangesloten te blijven, moet aan volgende voorwaarden zijn voldaan:

1. lid zijn bij één van de CM-ziekenfondsen in Vlaanderen, overeenkomstig de bepalingen opgenomen in de statuten van dat CM-ziekenfonds;
2. de leeftijd van 66 jaar niet hebben bereikt op de aansluitingsdatum.
Uitzondering op de leeftijdsgrens: gerechtigden en/of hun personen ten laste die de leeftijd van 66 jaar wel hebben bereikt kunnen toch aansluiten in geval van overstap naar deze dienst vanuit zulke mutualistische hospitalisatiedienst;
3. als onderschrijver alle personen ten laste aansluiten die op hetzelfde lidboekje staan en aan de aansluitingsvoorwaarden voldoen.
Deze verplichte aansluiting geldt niet:
 - voor personen die reeds bij een gelijkaardige kostendeekkende commerciële verzekering zijn aangesloten, mits voorlegging van een attest;
 - in geval van feitelijke of wettelijke scheiding.
 In dit geval kunnen de kinderen ten laste desgewenst worden aangesloten via de ouder bij wie ze niet ten laste staan.
De onderschrijver verbindt er zich toe iedere wijziging in de gegevens binnen de 30 kalenderdagen ter kennis te brengen aan het ziekenfonds waarbij hij/zij is aangesloten;
4. een medische vragenlijst invullen voor elke aangeslotene.
De medische vragenlijst dient opgemaakt en ondertekend ten vroegste 3 maand voor de aansluitingsdatum.
Deze vragenlijst moet niet worden ingevuld:
 - door de persoon ten laste die gerechtigde wordt - of omgekeerd - indien de aansluiting bij het Plan niet wordt onderbroken;
 - door de persoon die tot en met de dag voorafgaand aan de aansluitingsdatum minstens 5 jaar ononderbroken was aangesloten bij een gelijkaardige kostendeekkende mutualistische dienst en bijgevolg de forfaitperiode heeft volbracht.

3. Aanvang, duur en einde van de aansluiting

3.1. Aanvang en duur van de aansluiting

De aansluiting vangt aan op de aansluitingsdatum en geldt voor onbepaalde duur.

3.2. Einde van de aansluiting

1. Zodra een aangeslotene niet langer voldoet aan één van de aansluitingsvoorwaarden, neemt zijn/haar aansluiting een einde. De aansluiting geldt tot en met de laatste dag waarop aan alle aansluitingsvoorwaarden was voldaan.
2. Zodra een aangesloten persoon ten laste gerechtigde wordt, neemt zijn/haar aansluiting een einde op de laatste dag van de maand waarin de wijziging plaatsvond en bij overgang of mutatie naar een ander ziekenfonds, op de laatste dag van de maand voorafgaand aan deze van de overgang of mutatie.
3. Elke onderschrijver dient de Plan-bijdragen voor zichzelf en zijn/haar eventuele personen ten laste te betalen vóór de vervaldag. Indien hij/zij na een aangetekende brief in gebreke blijft om de achterstallige bijdragen binnen de vijftien dagen te betalen, wordt de aansluiting van de onderschrijver en zijn/haar eventuele personen ten laste van rechtswege beëindigd. De aansluiting neemt een einde op de laatste dag van de laatste periode waarvoor de bijdrage werd betaald. De aangetekende brief geldt als ingebrekestelling. Men kan pas opnieuw aansluiten als aan alle aansluitingsvoorwaarden wordt voldaan. Daarbij moeten een nieuwe wachttijd en forfaitperiode worden volbracht.
4. Bij vaststelling van bedrog met het doel onrechtmatige tegemoetkomingen te bekomen, neemt de aansluiting een einde. CM behoudt zich het recht voor de aansluiting eenzijdig en definitief te verbreken per aangetekende brief en de onrechtmatig verkregen tegemoetkoming met alle rechtsmiddelen te vorderen. De verbreking gaat in vanaf de datum van betekening.
5. Bij overlijden van de gerechtigde bij wie de aangeslotene persoon ten laste staat, neemt de aansluiting van die persoon ten laste een einde op de laatste dag van de maand van overlijden.
6. Bij opzegging per brief door de onderschrijver zelf neemt de aansluiting een einde. Er is een opzegtermijn van één maand die ingaat op de eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst van het verzoek tot ontslag.

4. Wachttijden

4.1. Algemene wachttijd

Het recht op tegemoetkoming gaat in na een algemene wachttijd van 3 maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum.

Deze algemene wachttijd is niet van toepassing:

- voor hospitalisaties die het gevolg zijn van een ongeval;
- voor volgende acute infectieziekten: bof, buiktyfus, cholera, difterie, dysenterie, encefalitis, febris recurrens, hersenvliesontsteking, kinderverlamming, kinkhoest, malaria, mazelen, miltvuur, paratyfus, pokken, rode hond, roodvonk, tetanus, tyfus, vlektyfus en waterpokken.

Bij overstap naar het CM-Hospitaalplan of bij overgang van persoon ten laste naar gerechtigde of omgekeerd, wordt deze wachttijd verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij het Plan, bij de gelijkaardige commerciële verzekering of gelijkaardige mutualistische dienst.

Een hospitalisatie die aanvangt tijdens de wachttijd en die eventueel voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd.

4.2. Bijzondere wachttijden

1. Voor bevallingen, thuisbevallingen en kosten ten gevolge van zwangerschapsverwickelingen gaat het recht op tegemoetkoming in na een wachttijd van 9 maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum.

Bij overstap naar het CM-Hospitaalplan of bij overgang van persoon ten laste naar gerechtigde of omgekeerd, wordt deze wachttijd verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij het Plan, bij de gelijkaardige commerciële verzekering of gelijkaardige mutualistische dienst.

2. Voor vruchtbaarheidsbehandelingen gaat het recht op tegemoetkoming in na een wachttijd van 9 maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum.

Bij overstap naar het CM-Hospitaalplan vanuit een gelijkaardige mutualistische dienst of bij overgang van persoon ten laste naar gerechtigde of omgekeerd, wordt deze wachttijd verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij het Plan of bij de gelijkaardige mutualistische dienst.

Een hospitalisatie die aanvangt tijdens de wachttijd en die eventueel voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd.

5. Bijdragen

De bijdrage wordt vastgesteld door de Algemene Vergadering van de Maatschappij van Onderlinge Bijstand CM-Vlaanderen.

Voor 2008 bedraagt de jaarbijdrage per aangeslotene:

bij aansluiting vóór de 60ste verjaardag (of vóór 1 januari 2005) en met volgende leeftijd:	
tot en met 24 jaar	37,08 euro
25 tot en met 49 jaar	83,88 euro
50 tot en met 59 jaar	92,88 euro
60 tot en met 69 jaar	166,56 euro
vanaf 70 jaar	246,00 euro
bij aansluiting na de 60ste verjaardag (en na 1 januari 2005) en met volgende leeftijd:	
60 tot en met 69 jaar	213,00 euro
vanaf 70 jaar	295,20 euro
vanaf de 4de aangesloten persoon ten laste	18,48 euro

De bijdrage wordt op 1 januari van elk jaar aangepast aan de gezondheidsindex. Deze aanpassing wordt bepaald door de verhouding tussen de index van de maand oktober van de twee voorgaande jaren.

Behoudens de aanpassing aan de gezondheidsindex mag de bijdrage slechts verhoogd worden:

- wanneer de reële en significante stijging van de kostprijs van de gewaarborgde prestaties of de evolutie van de te dekken risico's dit vereist;
- of in geval van significante en uitzonderlijke omstandigheden.

In het kalenderjaar van aansluiting wordt de bijdrage bepaald op basis van de bereikte leeftijd op de aansluitingsdatum. Nadien is de bijdrage afhankelijk van de toetredingsleeftijd en van de bereikte leeftijd op 31 december van het kalenderjaar voorafgaand aan de bijdrageperiode.

De bijdrage is door de onderschrijver verschuldigd vanaf de aansluitingsdatum en voor elke begonnen maand.

Onverschuldigde bijdragen worden teruggestort.

Indien het aantal personen ten laste meer bedraagt dan drie, bedraagt de bijdrage vanaf de vierde aangesloten persoon ten laste de helft van de bijdrage van de bijdragecategorie tot en met 24 jaar.

De rangorde wordt bepaald volgens de leeftijd, waarbij de oudste persoon ten laste als eerste persoon ten laste wordt gerangschikt.

6. Pasgeborenen

Voor een pasgeborene die ten laste komt te staan van een gerechtigde die op de geboortedatum ten minste 9 maanden bij het Plan is aangesloten, gelden volgende bijzondere bepalingen:

- de geboortedatum geldt als aansluitingsdatum;
- er dient geen wachttijd te worden doorlopen, er is onmiddellijk recht op tegemoetkoming;
- er geldt geen forfaitperiode, er dient bijgevolg ook geen medische vragenlijst te worden ingevuld;
- de bijdrage is pas verschuldigd vanaf de eerste januari volgend op de geboortedatum.

Bij overstap naar het CM-Hospitaalplan, wordt de hoger vermelde periode van 9 maanden verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij de gelijkaardige commerciële verzekering of gelijkaardige mutualistische dienst.

De meldingsplicht ligt bij de onderschrijver. Om in aanmerking te komen voor deze bijzondere bepalingen dient het aansluitingsformulier van de pasgeborene binnen de twee maanden na de geboorte in het bezit te zijn van het ziekenfonds.

Voor een pasgeborene die niet aan de vermelde voorwaarden voldoet, gelden de bepalingen van een gewone aansluiting.

7. Aanvang en einde van de waarborgen

1. Kosten gemaakt vóór de aansluitingsdatum worden niet door het Plan vergoed.

2. Een hospitalisatie die aanvangt vóór de aansluitingsdatum is niet gewaarborgd.

Uitzondering: voor de aangeslotene die tot en met de dag voorafgaand aan de aansluitingsdatum was aangesloten bij een gelijkaardige kostendekkende mutualistische dienst of commerciële verzekering en de betreffende wachttijd aldaar heeft volbracht, kan een hospitalisatie die begon voor de aansluitingsdatum toch worden vergoed overeenkomstig de betreffende waarborgen en rekening houdend met de beperking van punt 1.

Tijdens de forfaitperiode wordt deze hospitalisatie evenwel vergoed overeenkomstig de bijzondere waarborg voor voorafbestaande aandoeningen.

3. Kosten gemaakt na beëindiging van de aansluiting worden niet door het Plan vergoed.

4. De tegemoetkoming wordt niet uitbetaald voor kosten met een prestatiedatum tijdens of na een periode waarvoor de verschuldigde Plan-bijdrage of CM-bijdrage niet werd betaald.

8. Waarborgen

8.1. Algemene bepalingen

Tenzij uitdrukkelijk anders vermeld, vergoedt het Plan enkel kosten waarvoor recht is op wettelijke terugbetaling. De tegemoetkoming wordt enkel betaald na aftrek van die terugbetaling.

Voor de kosten gemaakt buiten Belgisch grondgebied, wordt de tegemoetkoming berekend naar analogie met de berekening voor kosten gemaakt in België. De tegemoetkoming wordt betaald na aftrek van de wettelijke terugbetaling en de tegemoetkoming die voorzien is vanwege de CM-dienst "Dringende medische hulp, bijstand en ziektekostendeckking in het buitenland".

Aan aangesloten en die tijdelijk geen recht hebben op wettelijke terugbetaling omdat ze niet in regel zijn of de wachttijd voor deze terugbetaling nog niet hebben volbracht, wordt dezelfde tegemoetkoming toegekend als deze die ze zouden krijgen indien ze wel recht zouden hebben.

Aangesloten en die een tegemoetkoming genieten in uitvoering van een andere commerciële individuele of collectieve verzekering of recht hebben op een vergoeding van een ander welke aard, dienen hun factuur eerst aan te bieden aan de betreffende verzekeringsmaatschappij of instantie. Vervolgens kunnen zij een kopie van de factuur en de onkostennota's en van de afrekening vanwege de andere verzekeringsmaatschappij of instantie aan CM overmaken.

De tegemoetkoming van het Plan wordt beperkt tot de resterende opleg en tot de tegemoetkoming die de aangeslotene zou krijgen indien hij/zij geen commerciële individuele of collectieve verzekering had.

Ook de tegemoetkomingen betaald of nog te betalen door andere instanties in het kader van wettelijke of reglementaire bepalingen (arbeidsongevallen, beroepsziekten, ...) of in het kader van een overeenkomst die soortgelijke kosten dekt (persoonlijke ongevallen, sportongevallen, ...) worden in mindering gebracht.

In geval een hospitalisatie betrekking heeft op feiten waarvoor schadeloosstelling is voorzien krachtens een andere Belgische wetgeving, een vreemde wetgeving of het gemeen recht, kan de dienst door de gerechtigde worden gesubrogeerd voor de tegemoetkomingen door de dienst betaald. De dienst kan overgaan tot terugvordering van uitbetaalde tegemoetkomingen bij degene die schadeloosstelling is verschuldigd krachtens de andere Belgische wetgeving, vreemde wetgeving of het gemeen recht.

De verzekeringsmaatschappijen burgerlijke aansprakelijkheid worden gelijkgesteld met degenen die schadeloosstelling zijn verschuldigd.

De waarborgen worden vastgelegd door de Algemene Vergadering en kunnen enkel worden gewijzigd op grond van duurzame objectieve elementen en op een wijze die evenredig is met deze elementen.

8.2. Basiswaarborg

De basiswaarborg omvat de waarborg hospitalisatie, de waarborg pré- en posthospitalisatie en de waarborg ambulante kosten ernstige ziekten.

A. Waarborg hospitalisatie

Bij een hospitalisatie ten gevolge van ziekte, ongeval, bevalling of zwangerschapsverwikkeling in een algemeen ziekenhuis vergoedt het Plan de hierna vermelde kosten voor medisch noodzakelijke en verantwoorde prestaties die tijdens de duur van de hospitalisatie werden gemaakt.

1. Wettelijke forfaits en remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer worden volledig vergoed.

2. Verblijfskosten

- Het persoonlijk aandeel in de verpleegdag en het forfait voor de geneesmiddelen worden volledig vergoed, ongeacht de kamerkeuze.
- Het kamersupplement op een tweepersoonskamer wordt volledig vergoed tot maximaal het wettelijk toegelaten bedrag.
- Het kamersupplement op een éénpersoonskamer wordt vergoed tot maximaal 40 euro per dag.

3. Honorariumsupplementen

In zoverre deze supplementen wettelijk mogen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV, ongeacht de kamerkeuze.

4. De eerste terugbetaalbare prothese of het eerste terugbetaalbare orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed. Kosten voor aanpassingen zonder wettelijke terugbetaling en voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen of orthopedische toestellen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar.

5. Implantaten

- Terugbetaalbare implantaten worden volledig vergoed.
- Niet-terugbetaalbare implantaten worden vergoed voor 50 % van de gefactureerde kosten in zoverre deze wettelijk mogen worden aangerekend.

De som van de tegemoetkoming voor de niet-terugbetaalbare implantaten en de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen is beperkt tot 1.500 euro per hospitalisatie.

6. Geneesmiddelen

- Terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.
- Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen worden vergoed voor 75 % van de gefactureerde kosten met een maximum van 1.250 euro per aangeslotene en per hospitalisatie.

De som van de tegemoetkoming voor de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen en de niet-terugbetaalbare implantaten is beperkt tot 1.500 euro per hospitalisatie.

7. Terugbetaalbaar synthesemateriaal wordt vergoed tot maximum 250 euro per hospitalisatie.

8. Terugbetaalbaar gipsmateriaal wordt volledig vergoed.

Voor een voorafbestaande aandoening, borstverkleining of ingreep ter behandeling van zwaarlijvigheid is deze waarborg hospitalisatie niet van toepassing, maar gelden punt 6 en 7 van betreffende bijzondere waarborg (zie verder).

B. Waarborg pré- en posthospitalisatie

Het Plan vergoedt bij een door het Plan gewaarborgde hospitalisatie de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten die worden gemaakt in de periode van één maand vóór het begin en drie maanden na het einde van de gewaarborgde hospitalisatie.

1. Remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer worden volledig vergoed.

2. Honorariumsupplementen

In zoverre deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV.

3. De eerste terugbetaalbare prothese of het eerste terugbetaalbare orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed, op voorwaarde dat de plaatsing niet is gebeurd tijdens een gewaarborgde hospitalisatie. Kosten voor aanpassingen zonder wettelijke terugbetaling en voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen of orthopedische toestellen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar.

4. Terugbetaalbare implantaten worden volledig vergoed.

5. Terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.

6. Terugbetaalbaar synthesemateriaal wordt volledig vergoed.

7. Terugbetaalbaar gipsmateriaal wordt volledig vergoed.

8. Terugbetaalbaar stoma- en incontinentiemateriaal wordt volledig vergoed.

De waarborg pré- en posthospitalisatiekosten geldt enkel voor de kosten die rechtstreeks in verband staan met de gewaarborgde hospitalisatie.

Deze waarborg geldt niet in geval van:

- hospitalisatie voor een voorafbestaande aandoening gedurende de forfaitperiode;
- borstverkleiningen en ingrepen ter behandeling van zwaarlijvigheid gedurende de forfaitperiode;
- daghospitalisatie waarbij enkel een dagziekenhuisforfait groep 1 of 5 of 6, een forfait chronische pijn 1 of 2 of 3, een miniforfait of een forfait gipskamer werd aangerekend.

C. Waarborg ambulante kosten ernstige ziekten

Deze waarborg geldt voor ambulante kosten die rechtstreeks in verband staan met de volgende ernstige ziekten waarvan de diagnose wordt bevestigd:

- kwaadaardige tumoren (bijvoorbeeld kanker), kwaadaardige bloedziekten (bijvoorbeeld leukemie, ziekte van Hodgkin): door anatoom-pathologisch onderzoek;
- multiple sclerose (MS), amyotrofe lateraalsclerose, ziekte van Parkinson, meningitis, encefalitis, poliomyelitis: door een specialist in de zenuwziekten;
- tuberculose, aids, brucellose, cholera, levercirrose ten gevolge van hepatitis, pokken, tetanus, tyfus, buiktyfus, difterie, miltvuur: door een biologisch onderzoek en een biologische of bacteriologische test;
- sarcoidose, diabetes type I (ook insuline-afhankelijke of juveniele diabetes genoemd), nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse, mucoviscidose en systeemsclerodermie met orgaanaantasting: door een specialist in de inwendige ziekten.

Het Plan vergoedt de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten.

1. Remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer worden volledig vergoed.
2. Honorariumsupplementen
In zoverre deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV.
3. De eerste terugbetaalbare prothese of het eerste terugbetaalbare orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed, op voorwaarde dat de plaatsing niet is gebeurd tijdens een gewaarborgde hospitalisatie. Kosten voor aanpassingen zonder wettelijke terugbetaling en voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen of orthopedische toestellen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar.
4. Terugbetaalbare implantaten worden volledig vergoed.
5. Terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.
6. Terugbetaalbaar synthesemateriaal wordt volledig vergoed.
7. Terugbetaalbaar gipsmateriaal wordt volledig vergoed.
8. Terugbetaalbaar stoma- en incontinentiemateriaal wordt volledig vergoed.
9. Huur van medisch noodzakelijke hulpmiddelen wordt volledig vergoed.

Deze waarborg geldt enkel op voorwaarde dat de diagnose van de ernstige ziekte de eerste keer werd gesteld na de aansluitingsdatum. Als diagnosedatum geldt de datum die vermeld staat in het medisch verslag.

De kosten vanaf de diagnosedatum en in de maand voor de diagnosedatum kunnen voor vergoeding in aanmerking worden genomen.

Ingeval de diagnose vóór de aansluitingsdatum werd gesteld, gaat het recht op tegemoetkoming in na een wachttijd van 5 jaar te rekenen vanaf de aansluitingsdatum.

Voor de aangeslotene die tot en met de dag voorafgaand aan de aansluitingsdatum was aangesloten bij een gelijkaardige kostendekkende mutualistische dienst, wordt de hierboven vermelde wachttijd van 5 jaar verminderd met het aantal volle maanden ononderbroken aansluiting bij die dienst.

8.3. Bijzondere waarborg

De bijzondere waarborg omvat de tegemoetkoming voor de hierna vermelde specifieke kosten.

1. Bij-overnachting (rooming-in)
De oplegkosten voor één inslapende in de ziekenhuiskamer van een gehospitaliseerde aangeslotene worden vergoed met een maximum van 18,6 euro per dag.
Als oplegkosten worden aangenomen de kosten voor verblijf op de kamer van de gehospitaliseerde, exclusief de maaltijden en eventuele afzonderlijk aangerekende diverse kosten.
2. Donoren
De verblijfskosten verbonden aan het donorschap dat voor de behandeling van de aangeslotene (= de receptor) medisch is vereist, worden volledig vergoed op voorwaarde dat de donor zich bewust laat hospitaliseren met het oog op het donorschap en er geen andere financiële tegemoetkoming is voorzien.

3. Vruchtbaarheidsbehandelingen

Voor medisch geassisteerde vruchtbaarheidsbehandelingen (bijvoorbeeld kunstmatige inseminatie of in vitro fertilisatie) kent het Plan de vergoedingen toe voorzien onder de waarborg hospitalisatie en de waarborg pré- en posthospitalisatie.

In zijn totaliteit en ongeacht het aantal vruchtbaarheidsbehandelingen is deze tegemoetkoming evenwel beperkt tot maximum 500 euro per aangeslotene.

Bij een vruchtbaarheidsbehandeling zijn de bepalingen inzake voorafbestaande aandoeningen niet van toepassing.

4. Thuisbevalling

Het Plan vergoedt bij een thuisbevalling de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten die worden gemaakt in de periode van één maand voor en drie maanden na de bevalling.

- Remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer worden volledig vergoed.

- Honorariumsupplementen.

In zoverre deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV.

- Terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.

De waarborg geldt enkel voor kosten die rechtstreeks in verband staan met de gewaarborgde thuisbevalling.

Voor de kosten van medisch-technische hulpmiddelen of materiaal wordt een forfaitaire tegemoetkoming van 100 euro toegekend.

5. Opname in een psychiatrisch ziekenhuis

Voor hospitalisaties in een dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst) of een dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst) kent het Plan de vergoedingen toe voorzien onder de waarborg hospitalisatie en de waarborg pré- en posthospitalisatie.

Deze tegemoetkoming is evenwel beperkt tot maximum 740 euro per aangeslotene en per kalenderjaar.

6. Voorafbestaande aandoeningen

Een hospitalisatie voor een voorafbestaande aandoening tijdens de forfaitperiode geeft geen recht op vergoeding volgens de basiswaarborg.

De CM kan het onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens bij het invullen van de medische vragenlijst niet invoeren om een aandoening te vergoeden overeenkomstig de bijzondere waarborg voorafbestaande aandoeningen, wanneer de symptomen van de voorafbestaande aandoening niet werden gediagnosticeerd binnen de vierentwintig maanden na de aansluitingsdatum.

Voor deze hospitalisatie wordt een forfaitaire tegemoetkoming toegekend van 20 euro per hospitalisatiedag.

Deze tegemoetkoming is beperkt tot 600 euro per aandoening en per kalenderjaar.

Na voornoemde forfaitperiode geven opnames voor voorafbestaande aandoeningen recht op tegemoetkoming volgens de basiswaarborg.

De forfaitaire tegemoetkoming kan nooit meer bedragen dan het totaalbedrag van de factuur.

Een opname die begint tijdens de forfaitperiode en die doorloopt na de forfaitperiode, wordt forfaitair vergoed. Indien deze opname na 1 maand nog doorloopt, krijgt de aangeslotene vanaf dat moment (1 maand na de forfaitperiode) recht op vergoeding volgens de basiswaarborg. Dergelijke opnames kunnen enkel aanleiding geven tot het vergoeden van posthospitalisatiekosten (niet van préhospitalisatiekosten).

7. Borstverkleiningen en ingrepen ter behandeling van zwaarlijvigheid

Tijdens de forfaitperiode is er geen recht op vergoeding volgens de basiswaarborg voor opnames die betrekking hebben op:

- borstverkleiningen;
- ingrepen ter behandeling van zwaarlijvigheid (bijvoorbeeld liposucties, gastroplasties, gastric banding, ...);
- de uit deze ingrepen voortvloeiende gevolgen en complicaties.

Voor deze kosten wordt een forfaitaire tegemoetkoming toegekend van 20 euro per hospitalisatiedag.

Deze tegemoetkoming is tijdens de forfaitperiode in haar totaliteit beperkt tot 600 euro.

Na de forfaitperiode worden deze kosten vergoed volgens de basiswaarborg. De tegemoetkoming is evenwel in haar totaliteit en ongeacht het aantal behandelingen beperkt tot 500 euro per aangeslotene.

De forfaitaire tegemoetkoming kan nooit meer bedragen dan het totaalbedrag van de factuur.

8. Tandheelkunde

Het Plan kent de vergoedingen voorzien onder de basiswaarborg toe voor de tandheelkundige verzorging en behandeling voorzien onder de artikelen 4, 5 en 6 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen die het gevolg is van:

- een door het Plan gewaarborgde hospitalisatie ten gevolge van een ongeval of van een ziekte die op zichzelf geen tandheelkundige verzorging of behandeling vereist;
- een door het Plan gewaarborgde ernstige ziekte.

9. Franchise en grensbedragen

9.1. Franchise

Het Plan past geen algemene franchise toe. Er wordt enkel een franchise van 124 euro toegepast op de tegemoetkoming voor honorariumsupplementen bij verblijf op een éénpersoonskamer.

Deze franchise is toepasbaar per hospitalisatie met een maximum van 248 euro per kalenderjaar.

De franchise is slechts éénmalig van toepassing voor een hospitalisatie die ononderbroken is en twee kalenderjaren bestrijkt.

9.2. Algemene grensbedragen

De totale tegemoetkoming in het kader van:

- de waarborg hospitalisatie;
 - de waarborg pré- en posthospitalisatie;
 - de bijzondere waarborgen;
- is beperkt tot 13.000 euro per kalenderjaar en per aangeslotene.

De tegemoetkoming in het kader van de waarborg ambulante kosten ernstige ziekten is beperkt tot 7.000 euro per kalenderjaar en per aangeslotene.

9.3. Bijzondere grensbedragen

Alle buiten Belgisch grondgebied gemaakte kosten worden door het Plan vergoed tot maximum 500 euro per kalenderjaar en per aangeslotene.

De prestaties gefactureerd in vreemde valuta worden in aanmerking genomen op basis van de gemiddelde officiële koers van deze valuta op de dag van facturering.

10. Uitsluitingen

De hierna vermelde kosten worden niet door het Plan vergoed.

1. Kosten die betrekking hebben op volgende prestaties en hun gevolgen en verwikkelingen:

- (louter) esthetische zorgen of behandeling, verjongingskuren of zorgen met esthetisch oogmerk;
- preventieve opsporingsonderzoeken;
- kuurbehandelingen (bijvoorbeeld thermalisme, thalassotherapie en hygiënodieetkuur);
- vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen;
- borstvergrotingen;
- geslachtsveranderingen;
- behandelingen en geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk is bewezen;
- tandheelkundige verzorging en behandeling voorzien onder artikelen 4, 5 en 6 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen, andere dan deze vermeld onder punt 8 van hoofdstuk 8.3. 'Bijzondere waarborg'.

2. Kosten tengevolge van een (burger)oorlog of een ramp.

3. Kosten tengevolge van onlusten, oproer en politiek, ideologisch of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de aangeslotene aantoont:

- dat hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen;
- dat hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- dat hij/zij is opgetreden met het oog op redding van personen, dieren of goederen, indien deze niet het voorwerp uitmaken van voornoemde feiten.

4. Kosten tengevolge van een opzettelijke daad, roekeloze daden, weddenschappen, uitdagingen of vrijwillige deelname aan een misdad of wanbedrijf.

5. Kosten die het gevolg zijn van een staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie van de aangeslotene of het zonder medisch voorschrift onder invloed staan van verdovende middelen, narcotica, hallucinogenen, andere drugs of geneesmiddelen, tenzij wordt bewezen dat:

- er tussen die omstandigheden en de ziekte of het ongeval geen enkel oorzakelijk verband bestaat;
- de aangeslotene door onwetendheid drank of verdovende middelen gebruikte of er door een derde toe werd gedwongen.

6. Kosten tengevolge van de beoefening van eender welke sport als beroepsactiviteit, trainingen inbegrepen.
7. Kosten tengevolge van een feit of een opeenvolging van feiten waar radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van brandstoffen of producten of radioactieve afvalstoffen de oorzaak van zijn, evenals de kosten die rechtstreeks voortvloeien uit ioniserende stralingen en ontstaan zijn door een ramp. Bestralingen en behandelingen met dergelijke producten ingevolge een medische behandeling zijn wel gewaarborgd.
8. Prestaties die niet noodzakelijk zijn voor het herstel van de gezondheid.
9. Kosten voor doelbewuste medische behandelingen in het buitenland waarvoor geen toestemming werd gegeven door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds.
10. Kosten voor medische behandelingen in België van leden die:
 - op Belgisch grondgebied geen recht hebben op wettelijke terugbetaling ten laste van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
 - zich naar België hebben begeven ten einde op Belgisch grondgebied een behandeling te ondergaan en
 - hiervoor geen toestemming hebben ontvangen overeenkomstig artikel 22, eerste lid, C) van de Europese Verordening 1408/71.
11. Kosten die overeenkomstig de Belgische wet- en regelgeving niet mogen worden aangerekend.

12. Aangifte

1. De aangeslotene of zijn/haar aangestelde moet CM, indien mogelijk binnen de 15 dagen na het begin van de opname, op de hoogte brengen van iedere opname. Hiervoor moet hij/zij het aangifteformulier invullen dat CM ter beschikking stelt. Indien nodig kan CM bijkomende informatie vragen via een daartoe bestemd formulier, dat de huisarts of de behandelende geneesheer moet invullen of kan CM vragen nog andere documenten te overhandigen.
2. CM heeft het recht op ieder ogenblik de juistheid van de aangiften te laten onderzoeken door een door CM aangeduide geneesheer. In geval van betwisting over de medische aspecten van dit Plan, kunnen de partijen in gemeenschappelijk overleg elk een geneesheer aanstellen om het geschil te beslechten. Indien de geneesheer van de aangeslotene en die van CM het onderling niet eens worden, zullen zij een derde geneesheer aanduiden om als scheidsrechter op te treden. Wordt men het niet eens over deze benoeming, dan wordt deze derde geneesheer op verzoek van de meest gerede partij door de voorzitter van de bevoegde rechtbank van eerste aanleg aangeduid. De woonplaats van de aangeslotene is bepalend voor de bevoegdheid van de rechtbank. De beslissing van deze scheidsrechter is bindend. Elke partij draagt de kosten en het honorarium van haar raadslieden. De verliezende partij draagt de kosten en het honorarium van de derde geneesheer en de kosten van zijn/haar aanstelling.
3. De gewaarborgde kosten worden vergoed na voorlegging van de originele onkostennota's, van de afrekening der wettelijke tegemoetkomingen en van ieder bewijs van tegemoetkoming in uitvoering van een andere verzekering. De toegezonden stukken blijven in het bezit van de dienst. De verjaringstermijn bedraagt 2 jaar vanaf het einde van de maand waarin de aangeslotene de hospitalisatiefactuur ontvangt. Betalingen op de rekening opgegeven op het aangifteformulier, of op de wijze en aan de persoon opgegeven op het aangifteformulier, ontslaan CM volledig van enige vervolging wegens verkeerde uitbetaling.
4. CM heeft het recht de gedane verklaringen en de antwoorden op haar vragen om inlichtingen te onderzoeken. De aangeslotene of zijn/haar aangestelde moet de nodige maatregelen treffen om de afwerking van de aangifte door CM te vergemakkelijken.
5. Indien de aangeslotene één van de verplichtingen opgelegd door punten 1, 3 en 4 van dit artikel niet nakomt, of bij bedrieglijk opzet, kan CM de tegemoetkoming weigeren.

13. Diverse bepalingen

1. Voor alle geschillen, behalve deze vermeld onder punt 2 van hoofdstuk 12 'Aangifte', zijn de rechtbanken van het arrondissement van de aangeslotene bevoegd.
2. Wijzigingen aan de inhoud van deze dienst of van de bijdragen worden aan de aangeslotenen kenbaar gemaakt door publicatie in de ledenbladen Visie en Straal.
3. Alle kosten, belastingen en rechten geheven of te heffen uit hoofde van deze aansluiting zijn ten laste van de onderschrijver.



Dit reglement beschrijft de statutaire bepalingen van de dienst CM-Hospitaalplan van de MOB CM-Vlaanderen zoals deze gelden vanaf 1 januari 2008. Bij twijfel of betwisting gelden enkel de statuten.

Dit is een uitgave van CM - dienst communicatie.

V.U.: Bert Peirsegele - PB40 - 1031 Brussel
© oktober 2007

Bent u al CM-lid, dan weet u dat u op CM kan rekenen. Bent u nog geen lid, dan nodigen wij u uit om onze troeven te leren kennen.
Ga langs in het CM-kantoor in uw buurt of surf naar www.cm.be.



CM. Op uw gezondheid.

B. Medische vragenlijst

CM-HOSPITAALPLAN		CHRISTELIJKE MUTUALITEIT
Medische vragenlijst - Vertrouwelijk		
Aangeslotene	(gele klevet of invullen)	Vak in te vullen door de administratie
Naam en voornaam		Dossiernummer
CM-lichaam		Mutualistisch verzekerd sinds
		Forfaitperiode tot
Werd u vroeger reeds gehospitaliseerd? NEEN / JA Indien ja, waarvoor:		
01		
Neemt u momenteel medicatie? NEEN / JA Indien ja, welke:		
02		
Had u in het verleden of heeft u momenteel (indien ja, gelieve de specifieke aandoening aan te kruisen of zelf in te vullen):		
A. een bloedziekte? NEEN / JA 03 ☐ bloedstollingsstoornissen (hemofilie, ...) 04 ☐ bloedarmoede 05 ☐ afwijking van het beenmerg 06 ☐ leukemie 07 ☐ andere: B. een ziekte van het zenuwstelsel of de spieren? NEEN / JA 08 ☐ epilepsie of vallende ziekte 09 ☐ multiple sclerose (MS) 10 ☐ hersenbloeding of beroerte 11 ☐ zenuwpijn (ischias, ...) 12 ☐ migraine 13 ☐ aangeboren aandoening 14 ☐ andere: C. een oog-, oor-, neus-, mond-, of keelziekte? NEEN / JA 15/16 ☐ gezichtsstoornissen links / rechts 17/18 ☐ gehoorstoornissen links / rechts 19 ☐ andere: D. een ziekte van het hart of de bloedsomloop? NEEN / JA 20 ☐ ritmestoornissen 21 ☐ hartgeruis – klepaandoening 22 ☐ hartinfarct 23 ☐ hartinsufficiëntie 24 ☐ aangeboren hartaandoening 25 ☐ atherosclerose – aderverkalking 26 ☐ spataders 27 ☐ flebitis – trombose 28 ☐ hoge bloeddruk 29 ☐ hemorrhoiden (speen) 30 ☐ andere: E. een ziekte van het ademhalingsstelsel (strottenhoofd, luchtpijptakken, longen)? NEEN / JA 31 ☐ astma 32 ☐ chronische longaandoening 33 ☐ emfyseem (longaandoening) 34 ☐ TBC 35 ☐ andere: F. een ziekte van het spijsverteringsstelsel of een buikaandoening? NEEN / JA 36 ☐ slokdarm 37 ☐ maag 38 ☐ dunne darm 39 ☐ dikke darm 40 ☐ rectum of aars 41 ☐ lever 42 ☐ galblaas – galstenen 43 ☐ pancreas of alvleesklier 44 ☐ buikwand – liesbreuk – navelbreuk 45 ☐ fistel 46 ☐ andere:	G. een ziekte van de nieren, urinewegen of geslachtsorganen? NEEN / JA 47 ☐ nierziekte (niergruis, -stenen, ...) 48 ☐ nierinsufficiëntie 49 ☐ gestoorde urinewegen (eiwitten, bloed, ...) 50 ☐ urinewegen (kolieken, blaasontsteking, ...) 51 ☐ geslachtsorganen (baarmoeder, prostaat, ...) 52 ☐ andere: H. een huidziekte? NEEN / JA 53 ☐ psoriasis (chronische huidaandoening) 54 ☐ cyste of gezwellen 55 ☐ eczeem 56 ☐ andere: I. een ziekte van de beenderen of de gewrichten? NEEN / JA 57 ☐ discus-hernia 58 ☐ nekpijnen 59 ☐ rugpijnen – lumbago 60/61 ☐ artrose knie links / rechts 62/63 ☐ artrose heup links / rechts 64 ☐ reumatische aandoeningen 65 ☐ osteoporose (botontkalking) 66 ☐ amputatie 67 ☐ aangeboren afwijkingen 68 ☐ andere: J. een psychische aandoening? NEEN / JA 69 ☐ overspannen 70 ☐ angst 71 ☐ depressie 72 ☐ neurose (angstsyndromen, dwanggevoelens, ...) 73 ☐ psychose (geestesziekten) 74 ☐ productafhankelijkheid (drug, medicatie, alcohol, ...) 75 ☐ andere: K. een aandoening van de endocriene organen (klierstelsel) of stofwisseling? NEEN / JA 76 ☐ suikerziekte 77 ☐ verhoogde cholesterol 78 ☐ jicht 79 ☐ schildklier 80 ☐ andere: L. een infectie-, parasitaire of geslachtsziekte? NEEN / JA 81 ☐ AIDS – HIV positief 82 ☐ tropische ziekte (malaria, cholera, ...) 83 ☐ andere: M. een kwaadaardige aandoening? Welke? NEEN / JA 84 N. een andere ziekte of gebrek? Welke? NEEN / JA 85 Heeft u nog bijkomende informatie in verband met uw gezondheidstoestand: 86	

Ondergetekende verklaart dat alle antwoorden volledig, oprecht en naar waarheid werden geformuleerd, zelfs indien een ander persoon ze zou hebben geschreven.

Ik ben er mij van bewust dat elke verkeerde opgave of verzwijging met bedrieglijk opzet de nietigheid van mijn aansluiting bij het CM-Hospitaalplan tot gevolg kan hebben.

Opgemaakt te op

Handtekening voorafgegaan door 'gelezen en goedgekeurd'

Voor de minderjarige aangeslotene dient de onderschrijver van het CM-Hospitaalplan te tekenen.

De wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer (wet van 8 december 1992) geeft u het recht te weten welke informatie ons gegevensbestand over uw persoon bevat. U mag ook vragen foutieve gegevens te verbeteren of weg te laten. U kan tevens voor informatie over de verwerking van deze gegevens terecht bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

C. Aansluitingsaanvraag

CM-HOSPITAALPLAN – CM-HOSPITAALPLUS

Aanvraag tot aansluiting



Onderschrijver (gele klevet aanbrengen of gegevens invullen)

Naam en voornaam

Straat en nummer

Postcode en gemeente

CM-lidnummer

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Wenst aan te sluiten bij:**CM-Hospitaalplan**

- ☐ nieuwe aansluiting
☐ aansluiting persoon ten laste
☐ wijziging

CM-Hospitaalplus

- ☐ nieuwe aansluiting
☐ aansluiting persoon ten laste
☐ wijziging

CM-Hospitaalplan & - plus

- ☐ nieuwe aansluiting
☐ aansluiting persoon ten laste
☐ wijziging

Aangesloten:

Sluit aan

Naam + Voornaam onderschrijver en alle personen ten laste

CM-lidnummer

Ja

Nee

Code ¹⁾

.....		☐	☐	
.....		☐	☐	
.....		☐	☐	
.....		☐	☐	
.....		☐	☐	
.....		☐	☐	

1) Voor de personen die NIET aansluiten, dient u één van onderstaande codes in te vullen:

Code	Verklaring
A	Is 66 jaar of ouder op de aansluitingsdatum.
B	Heeft reeds een gelijkaardige verzekering. U dient een bewijs van aansluiting van de andere verzekeringsinstelling toe te voegen.
D	Is gescheiden / Is persoon ten laste van gescheiden onderschrijver.
E	Heeft domicilie in het buitenland.

Bij overstap van een gelijkaardige verzekering

Indien u onmiddellijk voorafgaand aan deze aansluiting een gelijkaardige verzekering had, dan kan u vrijstelling van wachttijd bekomen. Hiertoe dient u ons een bewijs van aansluiting te bezorgen, afgeleverd door de vorige verzekeraar dat volgende gegevens vermeldt: begin- en einddatum van aansluiting en aard van de verzekering (kostendekkend of forfaitair).

Betalen:Mijn bijdragen betaal ik via: ☐ storting of overschrijving ☐ domiciliëring**Opmerkingen:**

Ik verklaar mij akkoord met het ontvangen reglement en verbind er mij toe elke wijziging mee te delen.

Ik geef CM-Hospitaalplan / CM-Hospitaalplus mijn uitdrukkelijke toestemming om mijn gegevens betreffende de verplichte ziekteverzekering en de vrije en aanvullende verzekering op te vragen en te benutten met het oog op het beheer van mijn dossier.

Ik voeg voor elke aangeslotene bij het CM-Hospitaalplan een volledig ingevulde medische vragenlijst aan de aanvraag toe.

Opgemaakt te op

Handtekening onderschrijver (voorafgegaan door 'gelezen en goedgekeurd')

Naam en handtekening CM-afgevaardigde

Datum ontvangst:

De aansluiting geldt vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de datum van ontvangst van de volledig ingevulde aanvraag tot aansluiting.

De wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer (wet van 8 december 1992) geeft u het recht te weten welke informatie ons gegevensbestand over uw persoon bevat. U mag ook vragen foutieve gegevens te verbeteren of weg te laten. U kan tevens voor informatie over de verwerking van deze gegevens terecht bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

BEWIJS VAN AANSLUITING BIJ EEN HOSPITALISATIEVERZEKERING



Onderschrijver

(gele klever aanbrengen of gegevens invullen)

Naam en voornaam

Straat en nummer

Postcode en gemeente

CM-lidnummer

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Indien u onmiddellijk voorafgaand aan de aansluiting bij CM-Hospitaalplan / CM-Hospitaalplus een gelijkaardige verzekering had (respectievelijk een kostendekkende verzekering en een forfaitaire verzekering), dan kan u vrijstelling van wachttijd bekomen.

Hiertoe kan u dit formulier laten invullen door uw verzekeraar

Verklaring verzekeraar:

Ondergetekende vertegenwoordiger van

(maatschappij of ziekenfonds) verklaart hierbij dat

onderstaande personen als volgt aangesloten waren en recht op vergoeding hadden:

Naam verzekerde	Aansluitingsnummer	Begindatum*	Einddatum*

* Gelieve enkel het meest recente ononderbroken tijdvak in te vullen.

De hierboven vermelde verzekering betreft een:

☐ kostendekkende verzekering – naam :

☐ forfaitaire verzekering – naam:

Stempel van de verzekeraar

Datum en handtekening van de vertegenwoordiger:

.....

Bijlage VI. Liberale Mutualiteit Limburg

A. Hospitaal Plus

HOSPITAAL – PLUS (H+)
Maatschappij van onderlinge bijstand (MOB)
Livornostraat 25 – 1050 Brussel

**STATUTAIRE
VOORWAARDEN
VANAF 01/01/2007**

Vooraf

1. Sedert 1 juli 2006 mogen 'hospitalisatieverzekeringen' van mutualiteiten in hun statuten niet langer gebruik maken van woorden die ook toegepast worden in de privé verzekeringssector. Daarom moet bijv. het woord 'hospitalisatieverzekering' vervangen door 'hospitalisatiedienst', 'verzekerde' door 'aangeslotene', 'premie' door 'bijdrage', enzo... Deze verandering van woorden verandert helemaal niets aan de inhoud en de dienstverlening van de hospitalisatiedienst Hospitaal-Plus.

2. De inhoudelijke wijzigingen van de voorwaarden 2007 zijn schuin weergegeven.

Artikel 1 - Definities

Voor de interpretatie van de statutaire voorwaarden van de hospitalisatiedienst Hospitaal-Plus van de Liberale Mutualiteiten, worden de volgende begrippen als volgt omschreven:

a) de aangeslotene :

1. De aangeslotene is de persoon die
 - én als titularis of als persoon ten laste ingeschreven is bij één van de bij Hospitaal-Plus aangesloten mutualiteiten,
 - én betaalt voor de aanvullende verzekering,
 - én toegetreden is tot de overeenkomst van de facultatieve hospitalisatiedienst Hospitaal-Plus en de wachttijd heeft volbracht.

Voor aansluitingen die ingaan op of na 1 januari 2007 geldt de aansluiting zowel voor de aangeslotene zelf als voor al zijn of haar personen ten laste die aan de aansluitingsvoorwaarden voldoen. De aansluiter of onderschrijver verbindt er zich m.a.w. toe ook al zijn of haar personen ten laste mee aan te sluiten. Deze verplichting geldt niet voor die personen voor wie met een attest van de betreffende hospitalisatiedienst of privé verzekeringsmaatschappij wordt aangetoond dat zij al over een mutualistische hospitalisatiedienst type "werkelijke kosten" of over een individuele of groepshospitalisatieverzekering type "werkelijke kosten" beschikken. De aangeslotene verbindt er zich toe alle relevante wijzigingen aan Hospitaal-Plus te melden.

2. De aansluiting is slechts mogelijk tot de laatste dag van de maand die volgt op de 65ste verjaardag. Er is geen leeftijdsgrens bij aansluiting voor wie, door mutatie of gewone aansluiting, lid wordt van een liberale mutualiteit en tegelijkertijd ook toetreedt tot Hospitaal-Plus; voorwaarde hierbij is dat de betrokkene bij de voorgaande mutualiteit, en tot aan de aansluiting bij Hospitaal-Plus, eveneens aangesloten was bij een kostendekkende hospitalisatiedienst en er de vereiste bijdragen voor betaald had.

De statutaire voorwaarden van de hospitalisatiedienst van het vorige ziekenfonds en het bewijs van de recentste bijdragebetaling aan die voorgaande dienst moeten ter staving bij het toetredingsformulier gevoegd worden.

3. Leden die aangesloten zijn bij een door Hospitaal-Plus aanvaarde collectieve polis, afgesloten via een mutualiteit of aanleunende V.Z.W., kunnen zonder verdere formaliteiten toetreden mits aanvaarding van de polisvoorwaarden en betaling van de bijdrage.

b) Een ziekte is elke aantasting van de gezondheidstoestand die een andere oorzaak heeft dan een ongeval en die erkend is door een geneesheer die gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de aangeslotene zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte wordt vastgesteld.

c) Een ongeval is elke plotselinge gebeurtenis die een lichamelijk letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken vreemd is aan het organisme van het slachtoffer. De letsels moeten worden vastgesteld door een geneesheer die gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de aangeslotene zich bevindt op het ogenblik dat het ongeval zich voordoet.

d) De vrijstelling of franchise is dat gedeelte van de gewaarborgde kosten dat in elk geval ten laste van de aangeslotene blijft en waarvan het bedrag vastgesteld is in de statutaire voorwaarden.

e) Een ziekenhuisopname is elk medisch noodzakelijk geacht verblijf in een openbaar of privé ziekenhuis, dat over wetenschappelijk beproefde diagnose- en therapeutische middelen beschikt,

waarvoor in het raam van de verplichte ziekteverzekering tenminste één ligdagprijs wordt aangerekend. Een **daghospitalisatie voor een heelkundige ingreep** wordt als ziekenhuisopname beschouwd, beperkt evenwel tot die heelkundige ingrepen die als maxiforfeit of als forfait A, B, C of D zijn opgenomen in de limitatieve lijst zoals die opgenomen is in het huishoudelijk reglement.

Een opname in o.m. een van de volgende instellingen wordt echter niet als een ziekenhuisopname beschouwd : een open of gesloten psychiatrische instelling, een medisch-pedagogische instelling, een rust- en verzorgingstehuis (RVT), een instelling voor thermale kuren, een revalidatiecentrum, een sanatorium, een medisch-psychiatrisch centrum, een rusthuis voor bejaarden, een ziekenhuis of gedeelte van ziekenhuis dat een bijzondere erkenning als RVT heeft, een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT).

- f) **wettelijke tegemoetkoming :**
- in België gedane kosten : de wettelijke tegemoetkoming (of riziv-tussenkost) is elke uitkering voorzien in het kader van de Belgische wetgeving inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (algemene regeling), arbeidsongevallen en beroepsziekten.
 - in het buitenland gedane kosten : de wettelijke tegemoetkoming is elke terugbetaling waarin een met het desbetreffende land afgesloten overeenkomst inzake de sociale zekerheid van de loontrekkenden voorziet of bij gebreke hieraan een fictief bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgeving van toepassing op de loontrekkenden.
- g) **een kalenderjaar** begint op 1 januari en eindigt op 31 december.

Artikel 2 - Omschrijving van de waarborg

A. DE BASISWAARBORG - Ziekenhuisopname

Bij ziekenhuisopname, zoals omschreven onder letter e) van artikel 1, wegens een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, dekt de hospitalisatiedienst Hospitaal-Plus de kosten voor geneeskundige verzorging waarvoor in een wettelijke tegemoetkoming wordt voorzien.

De volgende kosten zijn gedekt :

- a) de **verblijfskosten** met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer;
- b) de **erelonen en de ereloonsupplementen** (vb. bij opname in een éénpersoonskamer), beperkt tot 100% van de wettelijke riziv-terugbetaling van het gewone ereloon.
- c) de medische kosten, beperkt tot 510 euro per kalenderjaar, die gedurende **één maand voor en drie maanden na de opname** rechtstreeks met die opname verband houden, op voorwaarde dat ook de opname zelf door Hospitaal-Plus ten laste werd genomen.
- d) de kosten van **aangepast vervoer** verantwoord door dringende medische redenen, beperkt tot 255 euro per kalenderjaar.
- e) de kosten voor **tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen, alsmede orthopedische apparaten**, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname, in rechtstreeks verband staan met de chirurgische ingreep en bovendien het voorwerp uitmaken van een wettelijke tegemoetkoming. Voor prothesen met een zuiver esthetisch karakter is er geen terugbetaling.
- f) de kosten voor **heelkundige handelingen tijdens een ééndagshospitalisatie** (one day clinic), op voorwaarde dat het een ingreep betreft die enkel in een ziekenhuis kan uitgevoerd worden en onder deze codificering voorkomt in de officiële nomenclatuur van de tegemoetkomingen inzake geneeskundige verstrekkingen, met uitsluiting evenwel van technische prestaties en/of raadplegingen.
- g) de farmaceutische producten waarvoor een wettelijke riziv-tussenkost voorzien is.

De volgende kosten zijn niet gedekt :

- alle prestaties en uitgaven waarvoor **geen wettelijke riziv-tussenkost** voorzien is.
- de orthopedische zolen, orthopedische schoenen en voetheffers, rolwagens en toebehoren, breukbanden, buikgordels of lumbostaten;
- de niet-geregistreerde verbandmiddelen, de hygiëne- en dieetproducten, de verplegingsartikelen, de reactieven, de homeopathische geneesmiddelen.

B. DE EXTRA WAARBORG – AMBULANTE VERZORGING VAN EEN ERNSTIGE ZIEKTE

De "Basiswaarborg Ziekenhuisopname" wordt automatisch en zonder bijkomende kosten uitgebreid met de "Extra dekking – Ambulante verzorging van een ernstige ziekte". Voorwaarde is dat er voor de medische zorgen een wettelijke riziv-tussenkost voorzien is en dat de verzorgingskosten rechtstreeks verband houden met een van de hier opgesomde ziektes: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, ziekte van Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn en mucoviscidose.

Worden bovenop artikel 2A, gewaarborgd ingeval van ernstige ziekte :

- a) de kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte en waarvoor een wettelijke riziv-tussenkost voorzien is.
- b) de kosten voor het huren van allerlei materiaal;
- c) de kosten van de farmaceutische producten waarvoor een wettelijke riziv-tussenkost voorzien is.
- d) de ziekenvervoerkosten tot maximum 127,50 euro per kalenderjaar op voorlegging van vervoerbewijzen (taxi, trein 2de klasse); ziekenvervoer met de wagen wordt tot maximum 127,50 euro terugbetaald aan 0,15 euro per kilometer.
- e) alle andere kosten waarmee vooraf schriftelijk door Hospitaal-Plus werd ingestemd.

C. BIJKOMENDE WAARBORGEN

De "Basiswaarborg - Ziekenhuisopname" en de "Extra dekking – Ambulante verzorging van een ernstige ziekte" worden automatisch en zonder bijkomende kosten uitgebreid met de ondervermelde Bijkomende dekkingen.

1. De implantaten en geneesmiddelen waarvoor er geen terugbetaling voorzien is door het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), op voorwaarde dat die implantaten en geneesmiddelen tijdens de opname worden verstrekt. Deze RIZIV-niet vergoedbare implantaten en geneesmiddelen worden vergoed aan 50% van de factuurprijs, met een gezamenlijk plafond van 750 euro per kalenderjaar.
2. Een thuisbevalling wordt vergoed onder dezelfde voorwaarden als deze die gelden voor een bevalling in het ziekenhuis.
3. De verblijfskosten van één ouder in de kamer van een kind jonger dan 12 jaar (rooming in), worden vergoed met een maximum per kalenderjaar van 14 dagen aan 19,50 euro per dag.

Artikel 3 - Omvang van de waarborg - vrijstelling

A. De in artikel 2.A en B omschreven tussenkost in de opleg (= persoonlijk aandeel van de patiënt) is **per prestatie beperkt tot maximum 100% van de wettelijke RIZIV-tussenkost** zoals opgenomen in het nomenclatuurboek van de verplichte ziekteverzekering.

B. Per kalenderjaar is er per aangeslotene :

- a) een vrijstelling ('franchise') van, naargelang de situatie 55 euro, 150 euro of 300 euro. De vrijstelling is het bedrag dat van de tussenkost van Hospitaal-Plus afgetrokken wordt en zo ten laste van de aangeslotene blijft. **De vrijstelling wordt als volgt:**
 1. *Bij opname in een meerpersoonskamer is er geen vrijstelling of franchise.*
 2. *Bij opname in een tweepersoonskamer is er een vrijstelling of franchise van maximum 55 euro per kalenderjaar.*
 - De vrijstelling wordt slechts éénmaal toegepast wanneer de opname van een ononderbroken hospitalisatie valt in de laatste vijftien dagen van het ene, en het ontslag in de eerste dertig dagen van het volgende kalenderjaar.
 - Een opname deels in een tweepersoons-, deels in een meerpersoonskamer wordt geacht integraal een opname in een tweepersoonskamer te zijn.
 3. *Bij opname in een éénpersoonskamer is er een vrijstelling of franchise 150 euro. Zij wordt per kalenderjaar maximum tweemaal per jaar toegepast wanneer er zich in de loop van dat kalenderjaar twee of meer hospitalisaties in een éénpersoonskamer voordoen. Bij meerdere opnames in een éénpersoonskamer kan de vrijstelling of franchise niet méér bedragen dan 300 euro per kalenderjaar.*

- De vrijstelling wordt slechts éénmaal toegepast wanneer de opname van een ononderbroken hospitalisatie valt in de laatste vijftien dagen van het ene, en het ontslag in de eerste dertig dagen van het volgende kalenderjaar.
- *Een opname deels in een éénpersoons-, deels in een twee- of meerpersoonskamer wordt geacht integraal een opname in een éénpersoonskamer te zijn.*

4. bij de ambulante (= buiten opname) behandeling van een ernstige ziekte zoals omschreven in artikel 2.B bedraagt de vrijstelling maximum 55 euro per kalenderjaar.

De toepassing van de vrijstelling doet geen afbreuk aan de hiernavermelde maximum tegemoetkomingen.

- b) een **maximumtussenkost van 12.650 euro** per kalenderjaar voor het totaal van de kosten voorzien onder artikel 2.A (opname). Maar een tussenkomst m.b.t. zwangerschap, zwangerschapscomplicatie en bevalling wordt vergoed tot **1.000 euro per zwangerschap**;
- c) een **bijkomende maximumtussenkost van 3.794 euro** per kalenderjaar voor het totaal van de kosten voorzien onder artikel 2.B. (ambulante verzorging ernstige ziekte);
- d) een **maximumtussenkost van 1.265 euro** per kalenderjaar voor het endoscopisch en/of viscerosynthesemateriaal met beperkte terugbetaling door de ziekteverzekering. De tussenkomst van Hospitaal-Plus is per prestatie beperkt tot het bedrag van het persoonlijk aandeel zoals het is vastgelegd bij het koninklijk besluit (het betreft het materiaal dat opgenomen is in artikel 35bis, §1, categorie 1b, en categorie 2b. van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen);
- e) een **tussenkomst van 19,50 euro per dag** met een maximum van 14 dagen per kalenderjaar voor het totaal van de kosten voorzien onder artikel 2.C.3 (rooming in).

C. De tussenkomst is enkel verschuldigd ingeval van opname in een van de volgende diensten in een algemeen ziekenhuis:

190N(n)	niet-intensieve neonatale verzorging	250L	besmettelijke ziektes
200B	behandeling van TBC	260M	kraamdienst
210C	diagnose en heelkundige behandeling	270NIC(N)	vroeg- en zwakke pasgeborenen
220D	diagnose en medische behandeling	280	behandeling zware brandwonden
230E	kindergeneeskunde	490I	intensieve verzorgingseenheid
240H	gewone ziekenhuisverpleging		

D. Niettemin is er een tussenkomst tot maximum 380 euro (waarborg voor- en nahospitalisatie inbegrepen) per persoon per kalenderjaar bij een verblijf in een van de volgende diensten in een algemeen ziekenhuis:

300 G	dienst geriatrie en revalidatie
340 K	dienst neuropsychiatrie voor kinderen
370 A	dienst neuropsychiatrie (dag en nacht)
610 S1	dienst cardio-pulmonaire aandoeningen
620 S2	dienst locomotorische aandoeningen
630 S3	dienst neurologische aandoeningen
640 S4	dienst chronische aandoeningen met palliatieve zorgen
650 S5	dienst chronische polypathologie met verlengde medische zorg
660 S6	dienst psycho-geriatrie aandoening
690 S9	dienst chronische aandoening

E. Er is geen tussenkomst voor kuren behalve indien de behandeling van therapeutische aard is én verstrekt wordt in een instelling die beantwoordt aan de hiervoor bepaalde voorwaarden én er bovendien vooraf door Hospitaal-Plus schriftelijk mee werd ingestemd. Er is geen tussenkomst voor tuberculose, tenzij voor een behandeling in een sanatorium.

Artikel 4 - Vergoedingsaanvraag - Verplichtingen van de aangeslotene

- a) **Aangifte** : De aangeslotene moet een schriftelijke aangifte doen aan de hand van het daartoe bestemde formulieren "vergoedingsaanvraag" en "medisch attest", a) van zodra hij de ziekenhuisfactuur ontvangen heeft (ingeval van opname) of b) van zodra de ernstige ziekte vastgesteld werd (ingeval van ambulante behandeling van een ernstige ziekte).

Elke vrijwillige vertraging in de vergoedingsaanvraag, waardoor het onmogelijk wordt uit te maken of het ongeval of de ziekte al dan niet voortvloeit uit niet-gewaarborgde risico's, zal de aangeslotene het

voordeel van de vergoedingen van Hospitaal-Plus. Hospitaal-Plus zal echter geen laattijdige aangifte inroepen indien de aangifte gedaan werd binnen het jaar na de dag van de gebeurtenis en wanneer bovendien bewezen is dat het onmogelijk was de aangifte eerder te doen.

- b) **Bewijsstukken** : De aangeslotene stuurt alle **originele** bewijsstukken (ziekenhuisfactuur, terugbetalingsattesten van de mutualiteit, ontvangstbewijzen van de apotheker,...) aan Hospitaal-Plus. Een copie is niet voldoende.
- c) **De tussenkomst** wordt aan de aangeslotene betaald (of aan de persoon die door hem/haar uitdrukkelijk werd aangewezen) na ontvangst van de kostennota's en van de afrekening van de wettelijke RIZIV-tussenkomst. Van de tussenkomst wordt de eventuele vrijstelling afgetrokken.
- d) De tussenkomst wordt onmiddellijk beëindigd zodra de aangeslotene de hoedanigheid van aangeslotene bij Hospitaal-Plus, vermeld in artikel 1 letter a), verliest. Bij beëindiging van de aansluiting bij de mutualiteit worden de aansluiting bij Hospitaal-Plus en de waarborg op dezelfde datum beëindigd als de aansluiting bij de mutualiteit.
- e) **Verplichtingen van de aangeslotene bij ziekenhuisopname of bij ambulante behandeling van een ernstige ziekte**: De aangeslotene moet alle redelijke maatregelen nemen om de gevolgen van de ziekenhuisopname of de ambulante behandeling te voorkomen en te beperken.
- f) **Sancties** : Indien de aangeslotene één van de verplichtingen hem opgelegd in dit artikel niet nakomt en er daardoor nadeel ontstaat voor de M.O.B. Hospitaal-Plus, dan kan Hospitaal-Plus aanspraak maken op een vermindering van haar prestatie tot beloop van het door haar geleden nadeel. De waarborg kan geweigerd worden indien de aangeslotene de in dit artikel bedoelde verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen.

Artikel 5 - Bepaling van de tussenkomst

Op voorlegging van de documenten bedoeld onder artikel 4 b) betaalt de M.O.B. Hospitaal-Plus het bedrag van de kosten vermeld onder art. 2, terug. Van die terugbetaling wordt het volgende afgetrokken :

- a) het bedrag van de wettelijke RIZIV-tegemoetkoming of van een fictief gelijkwaardig bedrag wanneer de aangeslotene, om welke reden dan ook, geen aanspraak kan maken op een dergelijke tegemoetkoming. In geen geval vergoedt Hospitaal-Plus prestaties die vallen onder de vrije verzekering die zelfstandigen voor de kleine risico's kunnen afsluiten, zelfs wanneer de zelfstandige tot die vrije verzekering niet toegetreden is of er om een andere reden geen rechten heeft;
- b) het bedrag van alle andere reeds ontvangen terugbetalingen, welke dan ook;
- c) het bedrag van de contractuele vrijstelling of franchise;
- d) de eventuele wettelijke tegemoetkoming voor de kosten vermeld onder art. 2.C.

Artikel 6 - Wachttermijn

De wachttermijn is de periode die ingaat op de dag van de aansluiting en gedurende dewelke Hospitaal-Plus geen enkele vergoeding verschuldigd is. De wachttermijn wordt steeds verlengd met de periodes van hospitalisatie die zich voordoen tijdens deze wachttermijn.

1. De algemene wachttermijn is drie maanden.

Deze wachttermijn vervalt evenwel :

- a) bij ongevallen.
- b) bij de volgende acute besmettelijke ziekten : rode hond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difteritis, kinkhoest, bof, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, dysenterie, buik- en paratyfus, vlektyfus, cholera, pokken, malaria, terugkomende koorts, encefalitis, miltvuur en tetanus.
- c) voor de personen die via de liberale mutualiteit reeds aangesloten waren bij de collectieve privéverzekering 'Verzekering der Gezondheidszorgen' van de Onderlinge Maatschappij der Openbare Besturen OMOB en voor de personen die reeds een soortgelijke kostendekkende privé hospitalisatieverzekering hadden of, in geval van mutatie, bij hun vorige mutualiteit aangesloten waren bij een soortgelijke kostendekkende hospitalisatiedienst, telkens op voorwaarde evenwel dat er geen onderbreking is in de gedekte periode en voor zover er drie maanden verstreken zijn sedert de aanvangsdatum van de privéverzekering of van de hospitalisatiedienst van de vorige mutualiteit. Ingeval van zwangerschap, zwangerschapscomplicatie en bevalling moeten twaalf gewaarborgde maanden verstreken zijn.

- d) voor de pasgeborene, op voorwaarde dat a) een van de ouders al 12 maanden bij Hospitaal-Plus aangesloten is én b) de aansluiting plaatsheeft binnen de maand volgend op de geboorte.
- 2. Bij zwangerschap, zwangerschapcomplicatie en bevalling is de wachttermijn twaalf maanden, met uitzondering evenwel voor de hierboven vermelde pasgeborenen.

Artikel 7 – Aandoeningen die bestaan van voor de aansluiting

De in artikel 2 bedoelde tegemoetkomingen die het gevolg zijn van een ziekte of aandoening (of invaliditeit ingevolge een ongeval) die reeds bestond vóór de aansluiting bij Hospitaal-Plus, geeft geen recht op een vergoeding volgens de algemene terugbetalingsregels van deze statutaire voorwaarden, zelfs indien bij de eerste symptomen van de aandoening geen duidelijke diagnose kon worden gesteld.

Maar gedurende een aaneengesloten periode van 5 jaar geven zij wel recht op een forfaitaire vergoeding van 30 euro per opnamedag met een maximum 20 dagen per kalenderjaar.

Deze periode van 5 jaar begint ten vroegste te lopen op 1 januari 2007, namelijk bij het van kracht worden van deze bepaling. Voor wie ná 1 januari 2007 bij Hospitaal-Plus aansluit, begint deze periode te lopen op de eerste dag van de aansluiting.

Na deze periode van 5 jaar vervalt de forfaitaire vergoeding en worden de medische kosten die het gevolg zijn van een bestaande aandoening vergoed volgens de algemene, gewone terugbetalingsregels van de statutaire voorwaarden.

Vallen niet onder de regeling van 5 jaar met forfaitaire vergoeding, de bestaande aandoeningen die ontstaan zijn:

- a) tijdens de periode van aansluiting bij de hospitalisatiedienst type 'werkelijke kosten' van de mutualiteit waarbij de aangeslotene tot zijn/haar mutatie naar de liberale mutualiteit was aangesloten; voorwaarde is dat die ziekte of aandoening niet als bestaande aandoening werd beschouwd door de hospitalisatiedienst van het voorgaande ziekenfonds;
- b) tijdens een aansluiting via de mutualiteit bij de voormalige collectieve verzekering OMOB die bij de liberale mutualiteit werd afgesloten;
- c) tijdens een aansluiting bij de specifieke statutaire hospitalisatiedienst type 'werkelijke kosten' van een liberale mutualiteit, lid van de MOB Hospitaal-Plus;
- d) tijdens de aansluiting bij een door Hospitaal-Plus aanvaarde collectieve polis van een toetredende mutualiteit, lid van Hospitaal-Plus.

De onder a) tot d) bedoelde bestaande aandoeningen worden dus vergoed volgens de algemene terugbetalingsregels van deze statutaire voorwaarden.

De bepalingen van dit artikel zijn ook van toepassing wanneer bij de eerste symptomen van de ziekte of aandoening geen duidelijke diagnose gesteld kon worden. Bij de aansluiting moet geen medische vragenlijst worden ingevuld. De geneesheer van Hospitaal-Plus beoordeelt of een ziekte of aandoening al vóór de aansluiting bij Hospitaal-Plus bestond op basis van de medische gegevens die hij bekomt van de behandelende arts.

Artikel 8 - Uitsluitingen

In de onderstaande gevallen is er geen terugbetaling door Hospitaal-Plus:

- a) een ongeval dat, of een ziekte die niet door een medisch onderzoek kan worden vastgesteld.
- b) een ongeval of ziekte zonder medisch voorschrift;
- c) esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheekunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval worden wel ten laste genomen;
- d) ziektes of ongevallen die de aangeslotene overkomen (op voorwaarde dat het oorzakelijk verband is vastgesteld):
 - 1. in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van doping, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij de aangeslotene het bewijs kan leveren dat hij/zij uit onwetendheid alcoholische dranken of verdovende middelen heeft gebruikt of hiertoe door een derde werd gedwongen;
 - 2. in verband met alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen;
- e) sterilisatie, anticonceptieve behandeling, kunstmatige inseminatie, in vitro fertilisatie en thermale kuren;
- f) oorlogsfeiten ongeacht of de aangeslotene hierbij betrokken wordt als burger of als militair; burgeroorlog of oproer tenzij de aangeslotene er niet actief aan heeft deelgenomen of zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;

- g) beoefening van betaalde sportactiviteit met inbegrip van de trainingen, sportbeoefening in de lucht of met gebruik van motorrijtuigen en de beoefening van gevaarlijke sporten (zoals alpinisme, kanovaren op wild water, onderwatersport met autonoom ademhalingsapparaat, speleologie, onderwaterarcheologie enz.)
- h) een opzettelijke daad van de aangeslotene, tenzij die het bewijs kan leveren dat het een geval van redding van personen of van goederen betreft;
- i) een door de aangeslotene gepleegde misdaad of misdrijf, roekeloze daad, weddenschap of uitdaging;
- j) rechtstreekse of onrechtstreekse uitwerking van radioactieve stoffen of kunstmatige versnelling van atoomdeeltjes, met uitzondering van het gebruik om medische redenen van radioactieve stoffen;
- k) vrijwillige verminking of zelfmoordpoging;
- l) een ongeval, waarbij de aangeslotene deel uitmaakt van de bemanning van een luchtvaartuig of tijdens de vlucht beroeps- of andere activiteiten verricht in verband met het toestel of de vlucht.

Artikel 9 - Vervoermiddelen

De ongevallen die voortvloeien uit het gebruik door de aangeslotene van alle vervoermiddelen te land, te water, op zee en in de lucht zijn in het raam de statutaire voorwaarden gewaarborgd. Wat het luchtvervoer betreft, wordt er nader bepaald dat uitsluitend de ongevallen gewaarborgd zijn die voortvloeien uit het gebruik door de aangeslotene als passagier van alle vliegtuigen, watervliegtuigen of helikopters die een vergunning hebben voor personenvervoer, voor zover hij geen deel uitmaakt van de bemanning of tijdens de vlucht geen enkele beroeps- of andere activiteit verricht in verband met het toestel of de vlucht.

Artikel 10 - Medische expertise

De uitkeringen bepaald in artikel 2 worden slechts verleend voor zover de maatschappij Hospitaal-Plus het recht heeft op ieder ogenblik de gezondheidstoestand van de aangeslotene door een door haar erkende arts te laten controleren. De door de aangeslotene gekozen arts geeft de aangeslotene die erom verzoekt de geneeskundige verklaringen af die voor het uitvoeren van deze overeenkomst nodig zijn.

Bij onenigheid tussen de geneesheer van de aangeslotene en deze van Hospitaal-Plus, zullen de betrokken partijen een derde dokter aanwijzen teneinde tot een beslissing te komen. Indien over deze aanwijzing geen akkoord bereikt wordt, zal de keuze gedaan worden door de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de aangeslotene. De derde geneesheer zal onherroepelijk beslissen. De kosten voor de aanstelling van de derde dokter en de betaling van zijn honorarium zullen voor de helft door beide partijen gedragen worden.

Artikel 11 - Territoriale grenzen

Deze statutaire voorwaarden zijn van toepassing in de hele wereld. De tussenkomst van Hospitaal-Plus wordt verkregen na uitputting van de tussenkomst verkregen van EuroCross of een andere medische reisbijstandsverzekering of beroepsverzekering.

Artikel 12 – Inwerkingtreding, aansluitingsbijdrage en duur

De aansluiting treedt in werking op de eerste dag van de maand die volgt op **a)** de ondertekening van het aansluitingsformulier **en b)** de betaling van de volledige verschuldigde bijdrage (aansluitingsbijdrage).

Als aansluitingsbijdrage geldt de bijdrage die overeenstemt met de leeftijd op het ogenblik van de inwerkingtreding van de aansluiting. Is er een wachttijd, dan valt de dag van inwerkingtreding samen met de eerste dag van de wachttijd. *De aansluiting bij Hospitaal-Plus is van onbepaalde duur. De aangeslotene kan de aansluiting te allen tijde beëindigen met een aangetekende brief, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand.*

Artikel 13 – De bijdragen

De waarborgen van de hospitalisatiedienst Hospitaal-Plus worden verleend tegen betaling van de onderstaande kalenderjaarbijdrage per persoon. De bijdrage is per maand verschuldigd maar wordt in periodes van twaalf maanden opgevraagd:

De aansluiting bij Hospitaal-Plus is ingegaan vóór 1 januari 2007

25,68 euro	:	van 0 jaar tot 31 december volgend op de 20 ^{ste} verjaardag.
45,00 euro	:	van 1 januari volgende op de 20 ^{ste} tot 31 december volgend op de 25 ^{ste} verjaardag.
67,56 euro	:	van 1 januari volgende op de 25 ^{ste} tot 31 december volgend op de 30 ^{ste} verjaardag.
101,04 euro	:	van 1 januari volgende op de 30 ^{ste} tot 31 december volgend op de 50 ^{ste} verjaardag.
121,92 euro	:	van 1 januari volgende op de 50 ^{ste} tot 31 december volgend op de 65 ^{ste} verjaardag.
215,16 euro	:	van 1 januari volgende op de 65 ^{ste} tot 31 december volgend op de 70 ^{ste} verjaardag.
313,80 euro	:	vanaf 1 januari volgende op de 70 ^{ste} verjaardag.

De aansluiting bij Hospitaal-Plus is ingegaan op of na 1 januari 2007

25,68 euro	:	van 0 jaar tot 31 december volgend op de 20 ^{ste} verjaardag.
45,00 euro	:	van 1 januari volgende op de 20 ^{ste} tot 31 december volgend op de 25 ^{ste} verjaardag.
67,56 euro	:	van 1 januari volgende op de 25 ^{ste} tot 31 december volgend op de 30 ^{ste} verjaardag.
101,04 euro	:	van 1 januari volgende op de 30 ^{ste} tot 31 december volgend op de 50 ^{ste} verjaardag.
121,92 euro	:	van 1 januari volgende op de 50 ^{ste} tot 31 december volgend op de 60 ^{ste} verjaardag.
186,24 euro	:	van 1 januari volgende op de 60 ^{ste} tot 31 december volgend op de 65 ^{ste} verjaardag.
279,48 euro	:	van 1 januari volgende op de 65 ^{ste} tot 31 december volgend op de 70 ^{ste} verjaardag.
378,12 euro	:	vanaf 1 januari volgende op de 70 ^{ste} verjaardag.

Voor aansluitingen die ingaan op of na 1 januari 2007 geldt de aansluiting zowel voor de aangeslotene zelf als voor al zijn of haar personen ten laste die aan de aansluitingsvoorwaarden voldoen. De aansluiting of onderschrijver verbindt er zich toe ook al zijn of haar personen ten laste mee aan te sluiten. Deze verplichting geldt niet voor die personen die al bij een privé hospitalisatieverzekering type "werkelijke kosten" aangesloten zijn. Dit moet in dat geval worden aangetoond met een attest van deze verzekeringsmaatschappij. De aangeslotene verbindt er zich toe alle relevante wijzigingen aan Hospitaal-Plus te melden.

De bijdrage is de prijs van de hospitalisatiedienst Hospitaal-Plus. Zij is draagbaar en vooruitbetaalbaar bij aanbieding van het betalingsformulier of van de domiciliëring zo de aangeslotene voor deze betaalwijze gekozen heeft. *Ingeval van opzegging door de aangeslotene, uitgaande mutatie of overlijden wordt de ontvangen bijdrage ten belope van het resterend aantal maanden van het kalenderjaar terugbetaald.*

Indien de aangeslotene geen lid meer is bij een van de liberale mutualiteiten die deelnemen aan Hospitaal-Plus, dan nemen de aansluiting en de waarborg van Hospitaal-Plus een einde op de laatste dag van het lidmaatschap bij de mutualiteit. De betaalde bijdrage met betrekking tot de resterende maanden van het kalenderjaar worden terugbetaald.

Alle eventuele belastingen, taksen en bijdragen die Hospitaal-Plus moet of zal moeten afhouden uit hoofde van geïnde bijdragen zijn en blijven uitsluitend ten laste van de aangeslotene. Ze worden tegelijk met de bijdragen geïnd.

In geval van laattijdige of niet-betaling van de bijdrage voor Hospitaal-Plus en/of van de bijdrage voor de aanvullende diensten, wordt de waarborg per brief opgeschort. Deze brief maant de aangeslotene aan tot betaling binnen een termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de dag die volgt op de datum van de poststempel van de brief. Is de bijdrage voor Hospitaal-Plus tegen de 15de dag van die termijn niet betaald, dan treedt er een schorsing van de waarborg op vanaf de dag die volgt op de vermelde termijn van 15 dagen.

Is de waarborg geschorst :

- dan wordt een einde aan de schorsing gemaakt bij de betaling van de achterstallige bijdragen;
- dan kan de Hospitaal-Plus, in geval van niet-betaling, de aansluiting beëindigen per aangetekend schrijven. In dat geval heeft de opzegging uitwerking na het verstrijken van een termijn van vijftien dagen, te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing. De onbetaalde bijdragen tot de ontslagdatum blijven aan Hospitaal-Plus verschuldigd, beperkt evenwel tot maximum twee opeenvolgende jaren.

Artikel 14 - Gevolgen van de niet-betaling van de bijdrage

De aangeslotene kan op geen enkele tussenkomst van Hospitaal-Plus aanspraak maken bij ziekenhuisopname, ernstige ziekte of de bijkomende waarborg voorzien in artikel 2 die zich voordoet vooraleer de eerste bijdrage werd betaald of na de datum van schorsing aangehaald in het artikel 13.

De bijdrage die betaald wordt na de aanvang van een ziekenhuisopname of van de behandeling van een ernstige ziekte geeft evenmin recht op tussenkomst in de hierbij gemaakte kosten. Bovendien brengt elke onderbreking van de dekking de toepassing van nieuwe wachttijden met zich, gelijk aan deze vermeld in artikel 6.

Artikel 15 - Aanpassing van de bijdragen of van de statutaire voorwaarden

Indien de bijdragen worden verhoogd of de statutaire voorwaarden worden gewijzigd, dan zullen deze van toepassing zijn vanaf de eerste dag van het nieuwe kwartaal volgend op de algemene vergadering van de MOB Hospitaal-Plus en de kennisgeving aan de aangeslotenen. De aangeslotene kan zijn lidmaatschap bij de hospitalisatiedienst Hospitaal-Plus binnen de dertig dagen na kennisgeving van de bijdragenverhoging evenwel opzeggen. Wanneer de bijdragen worden verlaagd, zullen de aangeslotenen van deze bijdragen kunnen genieten vanaf de eerste dag van het kwartaal dat volgt op de beslissing van Hospitaal-Plus.

Artikel 16 - Verjaring

De vordering tot het betalen van de tussenkomsten verjaart na verloop van twee jaar te rekenen vanaf het einde van de maand volgend op het beëindigen van de prestaties waarvoor tussenkomst wordt gevraagd in toepassing van de statutaire voorwaarden.

Artikel 17 - Algemene bepalingen

- a) De aangeslotene aanvaardt dat de aangetekende brief m.b.t. de opzegging door Hospitaal-Plus van de waarborg in toepassing van artikel 13 van deze voorwaarden in afwijking van artikel 1139 van het burgerlijk wetboek, een voldoende aanmaning vormt en dat de verzending ervan definitief bewezen is door het afgiftebewijs van de post en de inhoud ervan door de briefafschriften of de dossiers.
- b) De aangeslotene verplicht zich tot het aanvaarden van alle aangetekende of andere brieven en correspondentie, die hem door Hospitaal-Plus worden toegezonden; hij is verantwoordelijk voor elke inbreuk op deze verplichting. In geval van weigering van deze brieven en correspondentie, zullen zij worden beschouwd als zijnde ontvangen door de aangeslotene.
- c) De aangeslotene erkent een exemplaar ontvangen te hebben van de statutaire voorwaarden met betrekking tot de rechten en plichten van de aangeslotenen en van Hospitaal-Plus, en er kennis van te hebben genomen. Hij verklaart ze onvoorwaardelijk goed te keuren.

Bijlage VII. Voorzorg Limburg

A. KliniPlan

Statutaire voorwaarden KliniPlan

Geldig vanaf 01 juli 2007



Inhoud

A. Begripsomschrijving	1
B. Aansluitingsvoorwaarden	3
C. Voorwerp van de dienst	4
C1. Dekking "hospitalisatie"	4
C2. Bijkomende dekking daghospitalisatie	5
C3. Franchise	6
C4. Gemeenschappelijke bepalingen betreffende de dekkingen "hospitalisatie" en "ernstige ziekten"	6
C5. Bijkomende dekking "forfaitaire tegemoetkoming bij gekende aandoeningen"	7
C6. Aanvullende dekking ambulante verzorging "ernstige ziekten"	7
D. Bijdragen	8
E. Wachttijden	9
F. Berekening van de terugbetaling	9
G. Aanvraag tot tegemoetkoming	9
G1. Aangifte	9
G2. Uitkering van de prestaties	10
G3. Bijzondere bepalingen	10
G4. Expertise en medische controle	10
H. Territoriale geldigheid	11
I. Uitsluitingen	11
J. Aanvang, einde en duur van de aansluiting	12
K. Betaling van de bijdrage	14
L. Verhaal van de dienst	14
M. Rechterlijke macht	14

A. Begripsomschrijving

A1. De dienst KliniPlan:

De MOB organiseert een dienst KliniPlan, die onderworpen is aan de wet van 6 augustus 1990 op de ziekenfondsen, en die voorziet in een aanvullende kostendekking bij hospitalisatie en ernstige ziekte.

A2. De aangeslotene:

De gerechtigde (titularis) van het lidboekje die aansluit tot de dienst. In het geval van feitelijke scheiding kan dit zowel de gerechtigde van het lidboekje zelf zijn als zijn/haar echtgeno(o)t(e) die zijn/haar rechten in de verzekering geneeskundige verzorging haalt bij zijn/haar gerechtigde echtgeno(o)t(e) en die schriftelijk verzoekt om in eigen naam aan te sluiten tot de dienst KliniPlan.

A3. De rechthebbenden:

De personen die van de voordelen van de dienst KliniPlan kunnen genieten.

A4. Hospitalisatie:

Onder hospitalisatie wordt verstaan:

- a) Ieder medisch noodzakelijk verblijf in een verplegingsinstelling waar minstens één nacht gefactureerd werd door de verplegingsinstelling.
- b) De daghospitalisatie waarbij een mini-, een maxiforfait, een forfait gipskamer of een A, B, C, D forfait werd aangerekend (zoals gedefinieerd in de nationale overeenkomst verzekeringsinstellingen-ziekenhuizen).
- c) Het forfait "heelkundige dienst" (dienst 320) in een verplegingsinstelling.
- d) Voor de bijkomende dekking "forfaitaire tegemoetkoming bij gekende aandoeningen" wordt als hospitalisatiedag beschouwd: een opname waarvoor de patiënt minimaal één nacht dient te verblijven in een erkende verplegingsinstelling.

A5. Verplegingsinstelling:

Een instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis en waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische (voor een onderzoek) en therapeutische (voor een behandeling) middelen.

Worden niet beschouwd als een verpleeginstelling: revalidatiecentra, psychiatrische instellingen, medico-pedagogische instellingen (MPI's), instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen en gedeelten van ziekenhuizen die erkend zijn voor toepassing van palliatieve zorgen en van rust- en kuuroorden, ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" verkregen hebben (KB nr. 59 tot wijziging van Art. 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen). Het brandwondencentrum van Neder-over-Heembeek valt wel onder de term "verplegingsinstelling".

A6. Ambulante zorgen:

Medische zorgen verleend buiten een ziekenhuisopname.

A7. Ongeval:

Een plotse gebeurtenis waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van de getroffen ligt en die de fysieke integriteit van de rechthebbende aantast.

A8. Ziekte:

Een aantasting van de gezondheid van de rechthebbende die objectieve en fysiologische symptomen vertoont welke een onbetwistbare diagnose mogelijk maken en te wijten is aan een andere oorzaak dan een ongeval.

A9. Prothese:

Externe prothesen zijn kunstledematen en toestellen, bedoeld om aangetaste lichaamsdelen of organen geheel of gedeeltelijk te vervangen.

Medisch-technische hulpmiddelen (onder andere brilglazen, contactlenzen, gehoorapparaten,) worden niet als een prothese beschouwd.

A10. Orthopedisch toestel:

Een apparaat bestemd om lichamelijke afwijkingen te corrigeren.

A11. Implantaten en synthesemateriaal:

Elk, kunstmatig samengesteld of lichaamsvreemd, materiaal dat op operatieve of medische wijze in het lichaam wordt ingeplant en voor volgende doeleinden wordt aangewend:

- Diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte, verwonding of handicap.
- Onderzoek, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces.

A12. Toezicht, raadplegingen, onderzoeken, behandelingen:

De medische en paramedische prestaties verstrekt of voorgeschreven door een arts en opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, die als tarifieringsbasis dient binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

A13. Geneesmiddel:

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

A14. Franchise:

Deel van de kosten gedekt door de dienst KliniPlan dat ten laste blijft van de rechthebbende.

A15. Wettelijke tegemoetkoming:

- a) Onder Belgische wetgevingen van toepassing bij ziekte of ongeval wordt verstaan:
 - De wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-wet), gecoördineerd op 14 juli 1994.
 - De wetgeving betreffende de arbeidsongevallen.
 - De wetgeving betreffende de beroepsziekten.
- b) Onder wettelijke tegemoetkoming wordt verstaan:
 - Voor de kosten gemaakt in België:
Elke terugbetaling bepaald door de Belgische wetgevingen die van toepassing zijn voor de loontrekkenden.
 - Voor de kosten gemaakt in het buitenland:
Elke terugbetaling voorzien krachtens een overeenkomst gesloten in het kader van de Sociale Zekerheid tussen België en het betrokken land.

A16. Wachtijd:

Periode die ingaat op de datum van aansluiting van de rechthebbende en gedurende dewelke rechthebbenden nog geen recht hebben op een tegemoetkoming van de dienst KliniPlan.

A17. Aansluitingsjaar:

Het aansluitingsjaar neemt aanvang op de datum van aansluiting bij de dienst KliniPlan en vernieuwt zich ieder jaar.

A18. Aansluitingsdatum:

De aansluiting van een persoon wordt aanvaard op de eerste van de maand volgend op de ontvangst van het behoorlijk ingevulde en ondertekende bewijs van aansluiting tot de dienst KliniPlan.

Uitzondering:

De aansluiting voor personen die de hoedanigheid verkrijgen van persoon ten laste - behalve pasgeborenen - zoals bepaald binnen de GVU-wet, wordt aanvaard op het ogenblik dat hij/zij in het ziekenfonds zijn/haar mutualistische rechten verwerft, op voorwaarde dat het bewijs van aansluiting tot de dienst KliniPlan met medische vragenlijst binnen de 3 maanden na het verwerven van de mutualistische rechten in het bezit is van het ziekenfonds.

A19. Bijdrageperiode:

Periode van maandelijks verschuldigde bijdragen voor 12 maanden voldaan.

A20. Kind:

Iemand die als kind ten laste staat op een lidboekje en die jonger is dan 25 jaar. Bovendien worden de kinderen van feitelijk gescheiden echtgenoten geacht lid te zijn bij de aangeslotene waar het domicilie van het kind is gevestigd. Indien dit vermoeden weerlegt wordt door andersluidende wettelijke of gerechtelijke beschikkingen, dan is de dienst KliniPlan slechts verplicht hiermee rekening te houden vanaf de ontvangstdatum van de kennisgeving door de aangeslotene waarbij een afschrift van de gerechtelijke beschikking is gevoegd.

A21. Ernstige ziekten:

Kanker - leukemie - ziekte van Hodgkin - ziekte van Parkinson - multiple-sclerose - difterie - poliomyelitis - cerebrospinale meningitis - pokken - tyfus - tyfus- en paratyfuskoorts - encefalitis - miltvuur - tetanus - buiktyfus - cholera - tuberculose - aids - brucellose - mazelen - rodehond - roodvonk - sarcoïdose - hepatitis - diabetes - nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse - ziekte van Kahler.

A22. Opzettelijke daad:

Is de vrijwillig en bewust gestelde handeling die schade teweegbrengt die redelijkerwijs te voorzien is.

A23. Vooraf bestaande aandoening:

Elke aandoening of ziekte die de rechthebbende heeft op het ogenblik van de aansluitingsdatum, welke hetzij op de medische vragenlijst vermeld is, hetzij onopzettelijk niet op de medische vragenlijst vermeld is, maar waarvan op de datum van aansluiting de symptomen zich reeds gemanifesteerd hadden en die gediagnosticeerd werden binnen een termijn van 24 maanden na de aansluiting.

B. Aansluitingsvoorwaarden

B1. Aangesloten zijn bij één van de ziekenfondsen van de MOB en binnen dit ziekenfonds in regel zijn met de betaling van de aanvullende ziekenfondsbijslag.
Zelfstandigen dienen niet aangesloten te zijn bij de kleine risico's.

B2. Jonger zijn dan 66 jaar op de aansluitingsdatum.

Personen ouder dan 65 jaar die muteren naar één van de aangesloten ziekenfondsen voorzien in de preambule en in artikel 5 van de statuten van de MOB, kunnen aansluiten bij de dienst KliniPlan, op voorwaarde dat:

- Zij het bewijs leveren van aansluiting en betaling van een kostendekkende hospitalisatiedienst bij het vorige ziekenfonds, waar zij tot en met de dag voor de aansluitingsdatum aangesloten waren.
- Zij kopie afleveren van de medische vragenlijst ingediend bij het vorige ziekenfonds.

B3. Iedereen die van het systeem van de Belgische verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering geniet, kan aansluiten bij KliniPlan.

B4. Een medische vragenlijst invullen.

Elke gebeurtenis, die aanleiding geeft tot tegemoetkoming van de dienst KliniPlan, ten gevolge van ziekten, stoornissen, lichamelijke afwijkingen of gebreken, letsels of ziekteverschijnselen die de rechthebbende vermeldt, wordt in de eerste vijf jaar van de looptijd van de aansluiting vergoed op forfaitaire basis, zoals beschreven in punt C5. Diezelfde regeling (vergoeding op forfaitaire basis) geldt eveneens voor ziekten, stoornissen, lichamelijke afwijkingen of gebreken, letsels of ziekteverschijnselen die door rechthebbende gekend zijn op het ogenblik dat hij/zij de medische vragenlijst invult en die hij/zij onopzettelijk niet op de medische vragenlijst heeft ingevuld.

B5. Vrijstelling van het invullen van een medische vragenlijst:

De medische vragenlijst van toepassing in de vorige aansluitingsperiode blijft gelden bij ononderbroken aansluitingen, al dan niet gerealiseerd bij verschillende aangeslotenen van deze dienst. Daartoe dient het nieuwe bewijs van aansluiting tot de dienst KliniPlan bij het ziekenfonds ingediend te zijn binnen de maand volgend op het einde van de vorige aansluitingsperiode.

B6. De aansluiting geldt voor de aangeslotene en zijn personen ten laste.

De aangeslotene tot de dienst KliniPlan verbindt zich ertoe om zijn/haar echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner ten laste en de kinderen mee aan te sluiten.

De meldingsplicht bij eventuele wijzigingen ligt hiervoor bij de aangeslotene.

Uitzonderingen:

- Diegenen die reeds een kostendekkende verzekering (privé of collectief) onderschreven hebben; zij dienen dit te bewijzen door middel van een attest van de betrokken verzekeringsmaatschappij.
- Personen vanaf 66 jaar.
- Personen tot wiens niet-aansluiting, op aanvraag van de aangeslotene en na akkoord van de dienst KliniPlan, wordt beslist indien op basis van de evaluatie van de ziekten, stoornissen, afwijkingen, lichamelijke afwijkingen of gebreken, letsels of ziekteverschijnselen vermeld op de medische vragenlijst wordt vastgesteld dat de dienst KliniPlan onvoldoende voorwerp heeft.
- Personen die na een feitelijke scheiding nog op hetzelfde lidboekje staan, en waarvan de aangeslotene geen aansluiting meer wenst.

C. Voorwerp van de dienst

C1. Dekking "Hospitalisatie"

De dekking "Hospitalisatie" voorziet in de terugbetaling van bepaalde kosten tijdens een hospitalisatie. Die hospitalisatie kan het gevolg zijn van ziekte, ongeval, bevalling en bevallingscomplicaties, zwangerschap en zwangerschapsverwikkelingen. De dekking "Hospitalisatie" komt tussen in de volgende eventuele bijkomende kosten, voor zover de verzekering geneeskundige verzorging minstens een tegemoetkoming voorziet tijdens dit verblijf voor:

- Kosten voor geneeskundige verzorging en behandeling:
 - o Forfaitaire bijdragen (inclusief wettelijk forfait terugbetaalbare geneesmiddelen) en remgelden.
 - o Ereloonsupplementen (max. 100% van de door het RIZIV vastgestelde tarieven).
 - o Voor de prestaties voorzien in Artikels 35, 35bis en 28 § 1 van de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging wordt een volledige terugbetaling gewaarborgd bovenop het terugbetalingstarief van de verzekering geneeskundige verzorging (dit betekent onder andere inclusief afleverings- en veiligheidsmarge).
- Verblijfskosten:
 - o Volledige terugbetaling wordt gewaarborgd ongeacht de kamerkeuze voor het persoonlijk aandeel in de ligdag.
 - o Kamersupplement:
 - Tweepersoonskamer: max. wettelijk toegelaten bedrag.
 - Eénpersoonskamer: max. 50,00 EUR per gefactureerde dag.
- De dienst KliniPlan voorziet een tegemoetkoming tijdens het verblijf in één van de volgende erkende ziekenhuisdiensten van een algemeen ziekenhuis:

190	N*	Afdeling niet-intensieve neonatale verzorging
200	B	Dienst voor behandeling TBC
210	C	Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
220	D	Dienst voor diagnose en medische behandeling
230	E	Dienst voor kindergeneeskunde
240	H	Dienst voor gewone ziekenhuisverpleging
250	L	Dienst voor besmettelijke ziekten
260	M	Kraamdienst
270	NIC	Dienst voor intensieve neonatale verzorging
290	-	Eenheid voor behandeling van zware brandwonden
490	(i)	Functie intensieve verzorging

De tegemoetkoming van de dienst KliniPlan wordt echter beperkt tot 30 dagen per rechthebbende voor het verblijf in één van de volgende erkende ziekenhuisdiensten:

300	G	Dienst voor geriatrie en revalidatie
610	S1	Cardiopulmonaire aandoeningen
620	S2	Locomotorische aandoeningen
630	S3	Neurologische aandoeningen
650	S5	Chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn

- Het ziekenvervoer naar en van het ziekenhuis voor zover een medisch getuigschrift aantoont dat de gezondheidstoestand van de rechthebbende liggend vervoer vereist. De tegemoetkoming bedraagt maximaal 250,00 EUR per rechthebbende en per aansluitingsjaar.
- Voor de geestes- en zenuwziekten worden de kosten terugbetaald gedurende een, al dan niet aaneengesloten, periode van hospitalisatie van twee jaar in één van de volgende erkende ziekenhuisdiensten van een algemeen ziekenhuis:

340	K	Dienst voor neuro-psiatrie voor kinderen (dag en nacht)
350	K1	Dagverpleging in een K-dienst
360	K2	Nachtverpleging in een K-dienst
370	A	Dienst voor neuro-psiatrie (dag en nacht)
380	A1	Dagverpleging in een A-dienst
390	A2	Nachtverpleging in een A-dienst
410	T	Psychiatrische dienst (dag en nacht)
420	T1	Dagverpleging in een T-dienst
430	T2	Nachtverpleging in een T-dienst
440	Tf	Gezinsverpleging in ziekenhuis
450	Tp	Gezinsverpleging in gezin
660	S6	Psychogeriatrische aandoeningen
- De kosten van de huur en aankoop van medisch-technische hulpmiddelen (onder andere brilglazen, contactlenzen, gehoorapparaten, breukbanden, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaten, spalken,) worden niet terugbetaald.
- Indien de verzekering geneeskundige verzorging tijdens de hospitalisatie geen tegemoetkoming voorziet voor:
 - a) Geneesmiddelen, dan komt de dienst KliniPlan tussen voor 100% van de kost van die geneesmiddelen.
 - b) Implantaten, endoscopisch of viscerosynthesemateriaal en de eventuele afleveringsmarges hieraan verbonden, dan komt de dienst KliniPlan tussen voor 50% van de totale kostprijs van deze producten.
 Voor het geheel van deze kosten a) en b) is de totale tegemoetkoming per hospitalisatie beperkt tot 1.250,00 EUR.

C2. Bijkomende dekking daghospitalisatie

Tijdens een daghospitalisatie wordt het remgeld, voor de geneesmiddelen waarvoor er een tegemoetkoming bestaat in het kader van de verzekering geneeskundige verzorging, volledig terugbetaald. In afwijking van punt F, a), 1^{ste} gedachtestreep zullen de zelfstandigen die niet verzekerd zijn voor de kleine risico's, de integrale publieksprijs van het vergoedbaar geneesmiddel terugbetaald krijgen.

C3. Franchise

Op het geheel van de dekking bedoeld in punt C1 wordt er een franchise toegepast op voorwaarde dat er kamersupplementen worden aangerekend. De franchise wordt tevens per aansluitingsjaar en per rechthebbende beperkt tot een maximum van 372 EUR.

De franchise bedraagt 186,00 EUR per rechthebbende bij een verblijf op een éénpersoonskamer. Per aansluitingsjaar kan deze franchise slechts voor maximaal 2 opnames aangerekend worden.

De franchise bedraagt 62,00 EUR per rechthebbende bij een verblijf op een tweepersoonskamer. Per aansluitingsjaar kan deze franchise maximaal voor één opname aangerekend worden.

Er hoeft geen franchise betaald te worden bij een hospitalisatie in een gemeenschappelijke kamer.

Bij een hospitalisatie zoals omschreven in punt A4 b) of c) dient er enkel een franchise betaald te worden indien men opgenomen is in een éénpersoonskamer. De franchise bedraagt 62,00 EUR per aansluitingsjaar en kan maximaal voor één opname aangerekend worden. Bij een soortgelijke opname, zoals omschreven in punt A4 b) of c), in een tweepersoonskamer of een gemeenschappelijke kamer is er geen franchise van toepassing.

De franchise wordt slechts éénmaal toegepast op de hospitalisatie die zich op ononderbroken wijze over twee opeenvolgende aansluitingsjaren uitstrekt.

Indien de patiënt kiest om tijdens de hospitalisatie zowel op een tweepersoonskamer als een gemeenschappelijke kamer te verblijven, zal de volledige hospitalisatie beschouwd worden als een hospitalisatie op een tweepersoonskamer.

Indien de patiënt kiest om tijdens de hospitalisatie zowel op een tweepersoonskamer als een éénpersoonskamer te verblijven, zal de volledige hospitalisatie beschouwd worden als een hospitalisatie op een éénpersoonskamer.

Indien de patiënt kiest om tijdens de hospitalisatie zowel op een gemeenschappelijke kamer als een éénpersoonskamer te verblijven, zal de volledige hospitalisatie beschouwd worden als een hospitalisatie op een éénpersoonskamer.

Een transfer van één ziekenhuis naar een ander ziekenhuis voor dezelfde aandoening wordt beschouwd als één hospitalisatie.

C4. Gemeenschappelijke bepalingen betreffende de dekkingen "Hospitalisatie" en "Ernstige ziekten"

a) Dekkingen:

De dekkingen gelden uitsluitend indien de zorgen en geneesmiddelen:

- Rechtstreeks verband houden met de reden van een gedekte hospitalisatie of met een gedekte ernstige ziekte.
- Toegediend of voorgeschreven zijn door een geneesheer.
- Opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en het onderwerp uitmaken van een tegemoetkoming binnen de verzekering geneeskundige verzorging, met uitzondering van de kosten hernomen in punt C1, laatste paragraaf.

b) Bij-overnachting:

De dienst KliniPlan komt tussen in de kosten voor "bij-overnachting" van één der ouders in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind jonger dan 18 jaar, voor een onbeperkt aantal dagen, ten belope van maximaal 18,60 EUR per dag.

c) Donorschap:

De dienst KliniPlan komt tussen in de verblijfskosten verbonden aan het donorschap dat voor de behandeling van de rechthebbende (= receptor) vereist is.

d) Protheses/ortheses:

De dienst KliniPlan komt eveneens tussen in de terugbetaling van de kosten voor de eerste prothese of het eerste orthopedische toestel op doktersvoorschrift, op voorwaarde dat deze prothese of dit orthopedisch toestel recht geeft op een wettelijke tegemoetkoming. De kosten voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet terugbetaald.

Voor kinderen worden de latere protheses of orthopedische toestellen terugbetaald in de mate dat de plaatsing vereist is door het groeiproces, en dit tot de leeftijd van 21 jaar en op voorwaarde dat deze prothese of dit orthopedisch toestel recht geeft op een wettelijke tegemoetkoming.

C5. Bijkomende dekking “forfaitaire tegemoetkoming bij gekende aandoeningen”

a) Algemene bepalingen

Een hospitalisatie/opname in het ziekenhuis voor een vooraf bestaande aandoening binnen een aaneengesloten periode van 5 jaar vanaf de aansluitingsdatum geeft geen recht op een terugbetaling volgens de regels van deze dienst KliniPlan, maar wel op een forfaitaire vergoeding van 20,00 EUR per hospitalisatiedag en dit gedurende maximaal 30 dagen per aansluitingsjaar. Na voornoemde 5 jaar geven opnames voor vooraf bestaande aandoeningen recht op terugbetaling volgens de algemene regels van de dienst KliniPlan.

Voor een opname die begint voor het aflopen van 5 jaar aansluiting en die doorloopt na 5 jaar aansluiting, wordt het forfait uitbetaald.

Indien de vergoeding, voortvloeiend uit deze waarborg, meer bedraagt dan het werkelijke factuurbedrag, wordt de vergoeding beperkt tot het werkelijke factuurbedrag.

Een transfer van één ziekenhuis naar een ander ziekenhuis voor dezelfde aandoening wordt beschouwd als één hospitalisatie.

b) Bepalingen bij overstap vanuit een soortgelijke kostendekkende hospitalisatiedienst (die ook voorziet in een tegemoetkoming bij gekende aandoeningen) georganiseerd door een ander ziekenfonds.

Voor personen die tot en met de dag voorafgaand aan de aansluitingsdatum bij KliniPlan bij een soortgelijke kostendekkende hospitalisatiedienst (die ook voorziet in een tegemoetkoming bij gekende aandoeningen) van hun vorig ziekenfonds aangesloten waren en bij wie een vooraf bestaande aandoening vastgesteld werd, wordt de voornoemde periode van 5 jaar verminderd met het aantal maanden aansluiting bij de kostendekkende hospitalisatiedienst van hun vorig ziekenfonds op voorwaarde dat zij kopie afleveren van de aldaar ingediende medische vragenlijst en een attest die de aangesloten periode herneemt.

c) Specifieke bepalingen bij de overgang vanuit de statutaire diensten “Klinimut” (afdeling 6, Art. 78 van de statuten van Bond Moyson West-Vlaanderen en afdeling 1, Art. 43 van de statuten van het ziekenfonds De VoorZorg Antwerpen), “Klinipolis” (afdeling 5, Art. 50 tot en met 62 van de statuten van Bond Moyson Oost-Vlaanderen), “Sterpolis” (afdeling 8 ter van de statuten van het ziekenfonds De Voorzorg Limburg) en “H+Plan” (afdeling 8 bis van de statuten van het ziekenfonds De Voorzorg Limburg).

Voor de rechthebbenden van de statutaire diensten “Klinimut”, “Klinipolis”, “Sterpolis” en “H+Plan” van de ziekenfondsen Bond Moyson Oost-Vlaanderen, Bond Moyson West-Vlaanderen, De VoorZorg Antwerpen en De VoorZorg Limburg die aansluiten bij KliniPlan en bij wie een vooraf bestaande aandoening werd vastgesteld, wordt de voornoemde periode van 5 jaar vanaf de aansluitingsdatum verminderd met het aantal maanden aansluiting bij één van deze statutaire diensten.

Rechthebbenden die minstens 5 jaar aangesloten zijn bij één van voornoemde statutaire diensten, genieten onmiddellijk van de algemene, kostendekkende terugbetalingsmodaliteiten van de dienst KliniPlan zoals voorzien in de punten C1, 2, 3, 4 en 6.

De overgangsbepalingen voorzien in punt C5 b) en c) kunnen gecumuleerd worden bij ononderbroken aansluitingen.

C6. Aanvullende dekking ambulante verzorging “Ernstige ziekten”

In deze aanvullende dekking is bedongen dat wanneer een rechthebbende het slachtoffer wordt van een ernstige ziekte, KliniPlan de terugbetaling waarborgt van de door een geneesheer verstrekte of bevolen medisch vereiste ambulante zorgen, die zijn opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, alsook van de geneesmiddelen en de huur van medisch materiaal op doktersvoorschrift.

Deze dekking voorziet in de terugbetaling van de kosten gemaakt tijdens de duur van de dienst op voorwaarde dat de diagnose van de ziekte de eerste keer gesteld werd na de aansluitingsdatum en na de algemene wachttijd.

De tegemoetkoming geldt alleen voor de kosten die rechtstreeks verband houden met de gediagnosticeerde ziekte.

De diagnose van de ziekte zal moeten bevestigd worden:

- Bij kanker, leukemie, tuberculose, ziekte van Kahler of ziekte van Hodgkin, door een anatomo-pathologisch onderzoek.
- Bij multiple-sclerose, ziekte van Parkinson, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis of encefalitis door een specialist in zenuwziekten.
- Bij tetanus, pokken, tyfus- of paratyfuskoorts, tyfus, buiktyfus, cholera, aids, difterie, miltvuur, brucellose, mazelen, rodehond, roodvonk of hepatitis door een biologisch onderzoek.
- Bij sarcoïdose, diabetes, nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse, door een specialist in de inwendige ziekten.

Deze tegemoetkoming is beperkt tot 6.250,00 EUR per aansluitingsjaar en per rechthebbende en tot éénmaal de tegemoetkoming van de verzekering geneeskundige verzorging per verstrekking. De kosten van vervoer worden niet terugbetaald.

D. Bijdragen

- a) Bijdragen: maandelijks inclusief de RIZIV-bijdrage
- Voor de personen aangesloten vóór 1 juli 2006 of jonger dan 60 jaar:

	Maand	Jaar
van 0 tot en met 25 jaar:	2,67 EUR	32,04 EUR
van 26 tot en met 59 jaar:	6,64 EUR	79,68 EUR
van 60 tot en met 70 jaar:	12,62 EUR	151,44 EUR
ouder dan 70 jaar:	18,62 EUR	223,44 EUR

- Voor de personen aangesloten vanaf 1 juli 2006 én ouder dan 60 jaar:

	Maand	Jaar
van 60 tot en met 70 jaar:	15,14 EUR	181,68 EUR
ouder dan 70 jaar:	22,34 EUR	268,08 EUR

De bijdrage wordt op 1 januari van elk jaar aangepast aan de gezondheidsindex. De verhoging wordt bepaald door de verhouding tussen de index van de maand september van het jaar voor de indexatie en deze van de maand september van het jaar voorafgaand aan het jaar van de vorige indexatie. De Algemene Vergadering van de MOB behoudt echter het recht om de bijdrage, naast de indexatie, te kunnen aanpassen.

Indien er bij een aangeslotene meer dan twee kinderen ten laste ingeschreven staan, dan is er geen bijdrage meer verschuldigd voor het 3^e, 4^e, 5^e, ... kind ten laste.

- b) Wijze van betaling: de bijdrage is jaarlijks voor het volledige jaar vooraf betaalbaar.
- c) Voor personen die de hoedanigheid verkrijgen van persoon ten laste zoals bepaald binnen de GVV-wet is de bijdrage voor deze dienst slechts verschuldigd vanaf het einde van de bijdrageperiode van de gerechtigde waarbij zij persoon ten laste worden.
- d) De bijdragen betaald voor een periode waarvoor het lid niet meer aangesloten is bij de dienst dienen volgens de wettelijke bepalingen terugbetaald te worden overeenkomstig artikel 3bis van de wet van 6 augustus 1990.

E. Wachttijden

De verplichtingen van de dienst KliniPlan nemen een aanvang bij het einde van de wachttijden die vastgesteld werden bij de aansluitingsdatum.

- De algemene wachttijd is drie maanden.
De algemene wachttijd van drie maanden wordt afgeschaft:
 - a) Voor de ongevallen.
 - b) Voor volgende besmettelijke ziekten: bof, waterpokken, cerebrospinale hersenvliesontsteking, cholera, dysenterie, encefalitis, difterie, febris recurrens, kinkhoest, mazelen, miltvuur, moeraskoorts, pokken, poliomyelitis, rodehond, roodvonk, tyfus, buiktyfus, tetanus, paratyfus, en vlektyfus.
 - c) Voor de pasgeborenen en de adoptiekinderen van een persoon die sedert ten minste drie maanden is aangesloten en op voorwaarde dat de aanvraag tot aansluiting binnen de drie maanden na de geboorte of de adoptie geschiedt.
 - d) Voor de personen die tot en met de dag voorafgaand aan de aansluitingsdatum bij een gelijkaardige hospitalisatieverzekering waren aangesloten en er een wachttijd van drie maanden volbracht hebben op voorwaarde dat zij het bewijs leveren van aansluiting en betaling van een kostendekkende hospitalisatieverzekering bij hun ziekenfonds of bij een privé-maatschappij.
- Voor de hospitalisaties ten gevolge van bevalling, zwangerschap en hun complicaties en verwikkelingen bedraagt de wachttijd negen maanden.

De wachttijd van 9 maanden wordt afgeschaft voor de personen die tot de aansluitingsdatum bij een gelijkaardige kostendekkende hospitalisatieverzekering aangesloten waren dewelke bevalling, zwangerschapsverwikkelingen en bevallingscomplicaties dekt en zonder onderbreking tot de dienst KliniPlan toetreden, op voorwaarde dat zij het bewijs leveren van aansluiting en betaling van een kostendekkende hospitalisatieverzekering bij hun ziekenfonds of bij een privé-maatschappij en dat ze er een wachttijd van negen maanden volbracht hebben. Als de wachttijd echter niet volbracht werd, dan zal de kandidaat-rechthebbende de resterende wachttijd volbrengen vanaf de aansluiting bij de dienst KliniPlan.

F. Berekening van de terugbetaling

De tegemoetkoming van de dienst KliniPlan wordt als volgt berekend:

- a) Van de gemaakte kosten die door de dekkingen van de dienst KliniPlan worden gedekt, worden afgetrokken:
 - De wettelijke tegemoetkoming. Indien de rechthebbende deze wettelijke tegemoetkoming om welke reden ook, niet ontvangt of er geen recht op heeft, (bijvoorbeeld, zelfstandigen die niet verzekerd zijn voor de kleine risico's) zal de dienst KliniPlan tussenkomen mits rekening te houden met een fictieve wettelijke tegemoetkoming.
 - De niet-forfaitaire tegemoetkomingen die gebeurlijk betaald worden door de andere aanvullende diensten van het ziekenfonds van de rechthebbende en het NVSM.
 - Iedere vergoeding uitgekeerd in uitvoering van een privé-verzekering, of elke andere vergoeding of tegemoetkoming van welke aard.
- b) Het saldo wordt terugbetaald ten belope van de grensbedragen van de dekkingen voorzien in punt C en na eventuele aftrek van de franchise.
- c) De prestaties gefactureerd in een andere valuta worden in aanmerking genomen op basis van de gemiddelde officiële koers van deze valuta op de dag van de facturering.
- d) De tegemoetkoming van de dienst KliniPlan kan nooit meer bedragen dan de werkelijk gemaakte kosten.

G. Aanvraag tot tegemoetkoming

G1. Aangifte

De dienst KliniPlan moet van iedere hospitalisatie en iedere gebeurtenis waarvoor de tegemoetkoming kan worden ingeroepen in kennis gesteld worden, door middel van het aangifteformulier door de dienst KliniPlan ter beschikking gesteld.

Het formulier "Aanvraag om tegemoetkoming" dient door de rechthebbende ingevuld te worden en het formulier "Geneeskundig verslag" door de geneesheer.
De rechthebbende moet de aangifte zo spoedig mogelijk en uiterlijk twee jaar na het einde van de maand waarin de prestaties werden verstrekt, indienen.

Behalve in geval van overmacht, geeft iedere laattijdige aangifte, waardoor een nadeel ontstaat voor de dienst KliniPlan, het ziekenfonds het recht de tegemoetkoming te verminderen tot het beloop van het geleden nadeel.

In geval van bedrog of poging tot bedrog met het oog op het bekomen van een ongegronde (= niet verschuldigde) tegemoetkoming heeft de dienst het recht de tegemoetkoming te weigeren en de aansluiting op te zeggen.

G2. Uitkering van de prestaties

De gedekte kosten worden maandelijks terugbetaald, na voorlegging van de onkostennota's, van de afrekening van de terugbetalingen van het ziekenfonds van de rechthebbende en van ieder bewijs van tegemoetkoming in uitvoering van een privé-verzekering.
Deze bewijsstukken moeten in het bezit zijn van de dienst KliniPlan, ten laatste twee jaar na de datum van de prestatie.

Onder bewijsstukken verstaat men:

- De gedetailleerde originele factuur van het ziekenhuis.
- De afrekening van de wettelijke Belgische verzekering geneeskundige verzorging vergezeld van een kopie van het doktersattest met de vermelding van de identiteit van de rechthebbende, de betaalde som, het codenummer van het RIZIV van de prestatie en de datum van de prestatie.
- Een kopie van het voorschrift van de geneesmiddelen vergezeld van de onkostennota van de apotheek met de vermelding van de naam van de geneesheer die de geneesmiddelen voorgeschreven heeft, de datum van voorschrift, de identiteit van de rechthebbende en de naam van elk geneesmiddel en zijn kostprijs.

Behalve in geval van overmacht, geeft het niet naleven van deze verplichtingen de dienst KliniPlan het recht haar tegemoetkoming te weigeren.

De dienst KliniPlan kan, indien zij dit nodig acht, bijkomende bewijsstukken eisen.

De dienst KliniPlan heeft het recht vertaalde bewijsstukken te eisen, indien deze werden opgemaakt in een andere dan één van de drie landstalen of in het Engels.

In geval van overlijden van een rechthebbende:

- indien de hospitalisatiekosten reeds betaald werden, dan zal de tegemoetkoming van de dienst KliniPlan uitgekeerd worden aan de natuurlijke personen die kunnen bewijzen dat zij de wettelijke erfgenamen zijn. De vergoeding zal dan gestort worden ofwel aan de notaris aangeduid voor de vereffening van de erfenis, hetzij aan één van de erfgenamen op basis van een gelegaliseerde volmacht van de andere erfgenamen, hetzij op de akte van bekendheid of op de akte van nalatenschap.
- in de andere gevallen zal de tegemoetkoming van de dienst KliniPlan gestort worden op rekening van de notaris die aangeduid is voor de vereffening van de erfenis.

G3. Bijzondere bepalingen

Bij toepassing van de wet op de ziekenhuizen, zijn enkel de bijkomende erelonen gefactureerd door een ziekenhuis of door een centrale inningsdienst terugbetaalbaar.

De origineel gedetailleerde factuur is het exemplaar waar voor de erelonen de codes van het RIZIV voorkomen en voor de farmaceutische producten de naam van elk aangerekend geneesmiddel.

G4. Expertise en medische controle

Elke medische betwisting mag worden voorgelegd aan twee medische deskundigen, de ene aangesteld door de rechthebbende, de andere door de dienst KliniPlan.

Worden die het niet eens, dan kiezen zij samen een derde deskundige, die soeverein en onherroepbaar beslist.

Duidt één van de partijen zijn deskundige niet aan of worden de partijen het niet eens over de keuze van de derde, dan wordt deze aangewezen door de Rechtbank van Eerste Aanleg van de woonplaats van de rechthebbende, op verzoek van de meest gerede partij.

Elke partij draagt de honoraria en kosten van zijn deskundige. De honoraria en kosten van de derde deskundige alsook de kosten van diens aanwijzing en de bijkomende onderzoekskosten worden gelijk verdeeld.

De deskundigen worden vrijgesteld van elke gerechtelijke formaliteit.

H. Territoriale geldigheid

KliniPlan is geldig in de hele wereld voor zover de rechthebbende gedekt is door de Belgische verplichte verzekering geneeskundige verzorging.

Niettemin, in geval van een hospitalisatie in het buitenland worden de tegemoetkomingen enkel toegestaan indien de hospitalisatie een dringend en onvoorzien karakter vertoont of indien de rechthebbende een voorafgaandelijk akkoord verkregen heeft van de adviserend geneesheer van de MOB.

I. Uitsluitingen

Zijn van deze dienst KliniPlan uitgesloten, de kosten gemaakt bij een ziekte of een ongeval die het gevolg zijn van:

1. Oorlogsfeiten.
2. Een opzettelijke daad van de rechthebbende, of de vrijwillige verminking van de rechthebbende, of de vrijwillige verzwarende van het risico door de rechthebbende, behalve ingeval van redding van personen of wettelijke zelfverdediging.
3. Burgerlijke onrusten of oproer, tenzij de rechthebbende bewijst dat hij, buiten het geval van wettelijke zelfverdediging, er niet actief heeft aan deelgenomen of dat hij is opgetreden met het oog op de redding van personen.
4. Ieder feit of opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong die voortspruiten uit of het resultaat zijn van radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen, van nucleaire brandstoffen, producten of radioactieve afvalstoffen, evenals de schade die rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeit uit ioniserende stralen. Voor kosten gemaakt bij bestralingen en behandelingen met dergelijke producten in het kader van een medische behandeling, komt de dienst wel tussen.
5. Dronkenschap, alcoholisme, alcoholintoxicatie, het gebruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs.
De kosten kunnen wel vergoed worden door de dienst KliniPlan indien de aandoening of het ongeval een gevolg is van een medisch voorschrift én de voorwaarden van het medisch voorschrift gerespecteerd werden.
Bovenstaande paragraaf kan niet ingeroepen worden indien de rechthebbende bij meerdere artsen voorschriften heeft laten voorschrijven, die deze artsen niet hadden voorgeschreven indien zij op de hoogte waren van het voorschrift voorgeschreven door een andere arts.

De uitsluitingen, vermeld onder punt 1 tot en met 5, gelden niet wanneer bewezen wordt dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen die omstandigheden en de kosten waarvoor terugbetaling wordt gevraagd.

6. De dienst KliniPlan geldt evenmin:
 - a) Voor hoofdzakelijk esthetische verzorging of behandelingen, behalve wanneer zij noodzakelijk zijn ingevolge een gewaarborgd ongeval of ziekte en mits voorafgaandelijk akkoord in de verplichte verzekering van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds.
 - b) Voor een verblijf in een kuur- bad- of herstellings- en gezondheidsoord; revalidatiecentrum, psychiatrische instelling, medisch pedagogische instelling, rustoord voor bejaarden (ROB), rust- en verzorgingstehuis (RVT).
 - c) Voor de kosten voor onderhoud, bijstand, internering en oppassing van de rechthebbende, met uitzondering van "bij-overnachting" (punt C4 b).

- d) Voor borstreducties en liposucties voor zover er voor deze ingrepen geen voorafgaandelijk akkoord is in de verplichte verzekering van de adviserende geneesheer van het ziekenfonds. Bij voorafgaandelijk akkoord in de verplichte verzekering van de adviserende geneesheer van het ziekenfonds, blijft de tegemoetkoming van de dienst KliniPlan voor het geheel van deze ingrepen en de kosten verbonden aan deze ingrepen, evenwel beperkt tot 750,00 EUR per aangeslotene na de eerste vijf jaren van aansluiting. De eerste vijf jaren van aansluiting zijn de voorwaarden opgenomen in art. C5 van toepassing.
- e) Voor gastroplasties, gastrectomies, biliopancreatische derivaties en vetschorten ten gevolge van zwaarlijvigheid en de materialen die hiervoor gebruikt worden waarvoor er binnen een aaneengesloten periode van vijf jaar na de aansluiting een opname is. De eerste vijf jaren van aansluiting zijn de voorwaarden opgenomen in art. C5 van toepassing. Na vijf jaar aansluiting is de tegemoetkoming van de dienst KliniPlan voor het geheel van deze ingrepen en de kosten verbonden aan deze ingrepen, beperkt tot 750,00 EUR per aangeslotene.
- f) Voor check-ups, louter preventieve opsporingsonderzoeken of raadplegingen voor zuigelingen.
- g) Voor behandelingen en geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk bewezen is.
- h) Voor behandelingen van factoren die niet na te gaan zijn door een geneeskundig onderzoek of die verband houden met een zenuw- of geestesaandoening, die niet onbetwistbaar vaststaat op basis van objectieve en fysiologische ziekteverschijnselen.
- i) Gedwongen opnames in het kader van de wet ter bescherming van de persoon van de geestesziekten.
- j) Voor elke vraag tot tegemoetkoming ten gevolge van aandoeningen vermeld op de medische vragenlijst, evenals voor elke vraag tot tegemoetkoming ten gevolge van aandoeningen die door de rechthebbende op het ogenblik van de aansluiting minstens in symptomen gekend zijn maar, onopzettelijk, niet op de medische vragenlijst zijn ingevuld en waarvoor er binnen een aaneengesloten periode van 5 jaar na aansluiting een opname is. Hier geldt echter wel de bijkomende dekking "forfaitaire tegemoetkoming bij gekende aandoeningen".
- k) Voor een hospitalisatie die een aanvang neemt vóór de aansluitingsdatum of tijdens de wachttijd geldt de dekking "Hospitalisatie" niet.
- l) Voor een inenting en de gevolgen en verwikkelingen ervan.
- m) Voor de behandelingen noch de behandelingsproducten dewelke niet voldoende klinisch beproefd en officieel en wetenschappelijk niet erkend zijn.
- n) Voor de hospitalisaties die niet tijdens de duur van de aansluitingsperiode worden gemaakt.
- o) Voor de behandelingen van impotentie, transseksualiteit, kunstmatige inseminatie of een fertilisatie (de in vitro bevruchting inbegrepen) evenals de gevolgen en verwikkelingen ervan.
- p) Voor de kosten die voortvloeien uit de beoefening als beroepsactiviteit van eender welke sport, trainingen inbegrepen.
- q) Voor de ernstige ziekten waarbij de diagnose vóór de aansluitingsdatum of tijdens de wachttijd werd gesteld geldt de dekking van punt C6 niet.
- r) Voor verzorgingen en behandelingen van kaakbeen- en tandaandoeningen, met uitzondering van:
 - De aandoeningen die het gevolg zijn van een gewaarborgd ongeval of ziekte.
 - De extractie van wijsheidstanden.

J. Aanvang, einde en duur van de aansluiting

a) Algemene bepalingen

De dienst KliniPlan gaat in op de aansluitingsdatum.

Indien een rechthebbende binnen de voorwaarden van de dienst KliniPlan niet langer voldoet aan de aansluitingsvoorwaarden dan neemt zijn dekking onmiddellijk een einde.

Uitzondering:

Indien iemand zijn hoedanigheid van gerechtigde verliest en binnen een ziekenfonds aangesloten bij de MOB de mutualistische hoedanigheid van persoon ten laste krijgt bij een gerechtigde, aangesloten bij

de dienst KliniPlan dan blijft het bestaande recht behouden.

Op het ogenblik dat de gerechtigde bij wie men persoon ten laste wordt zijn/haar aansluiting dient te vernieuwen dient er voor voornoemde persoon ten laste een nieuwe bijdrage te worden betaald overeenkomstig zijn/haar leeftijd.

Indien een persoon ten laste binnen een ziekenfonds aangesloten bij de MOB de hoedanigheid van gerechtigde verkrijgt dan blijven de rechten behouden tot op het einde van de maand waarin de inschrijving in een aangesloten ziekenfonds als gerechtigde plaatsvindt.

Einde van de aansluiting:

- Onmiddellijk, indien de aangeslotene niet meer voldoet aan de aansluitingsvoorwaarden.
- Bij niet-betaling van de premie, volgens de modaliteiten omschreven in punt K.
- Bij schriftelijke opzeg door de aangeslotene: de opzeg treedt ten vroegste in werking op de eerste dag van de maand die volgt op de betekening van het verzoek tot ontslag. Per niet begonnen maand wordt de bijdrage teruggestort, en dit volgens de wettelijke bepalingen van art. 3bis van de wet van 06/08/1990.
- Bij opzeg door de dienst KliniPlan. Dit kan enkel:
 - In geval van morele of financiële schade vrijwillig veroorzaakt in het nadeel van de dienst KliniPlan. Deze opzeg gaat in vanaf de dag die volgt op de afgifte per post.
 - In geval van bedrog of poging tot bedrog met het oog op het bekomen van een ongegronde (= niet verschuldigde) tegemoetkoming. Deze opzeg gaat in vanaf de datum van betekening.
 - Na een beslissing door de Algemene Vergadering van de MOB. Deze opzeg gaat in vanaf de 1ste januari volgend op de Algemene Vergadering en wordt aan de aangeslotene bekendgemaakt 1 maand voorafgaand aan de datum van stopzetting.
- Bij wijziging van de dienst KliniPlan:
De MOB heeft het recht de bestaande tegemoetkomingen van de dienst KliniPlan te wijzigen. Deze wijzigingen moeten beslist worden door de Algemene Vergadering van de MOB. Zij gaan ten vroegste in vanaf de 1ste dag van het nieuwe kwartaal volgend op de Algemene Vergadering en worden aan de aangeslotene bekendgemaakt 1 maand voorafgaand aan het aansluitingsjaar waarin de gewijzigde tegemoetkomingen voor het eerst van toepassing zijn. De aangeslotene heeft in dat geval de mogelijkheid de aansluiting bij de dienst KliniPlan op te zeggen door middel van een gewone brief verstuurd binnen de 30 dagen na de bekendmaking van de gewijzigde tegemoetkomingen. De opzegging treedt in op de eerste dag van de maand die volgt op de betekening van het verzoek tot ontslag en zal schriftelijk door de dienst KliniPlan bevestigd worden.

b) Aansluiting pasgeborenen

Een pasgeborene geniet automatisch dekking zonder wachttijd op voorwaarde dat hij/zij ten laste komt te staan van een gerechtigde:

- die tenminste 9 maanden aangesloten is bij de dienst KliniPlan of
- nog geen 9 maanden is aangesloten bij de dienst KliniPlan, maar ononderbroken overkomt van een soortgelijke hospitalisatiedienst van het vorig ziekenfonds, waar hij minstens 9 maanden was aangesloten.

Er moet geen medische vragenlijst worden ingevuld, alleen een aansluitingsformulier. De aansluitingsdatum is dan gelijk aan de geboortedatum.

De meldingsplicht ligt bij de aangeslotene. Om in aanmerking te komen voor deze onmiddellijke dekking, zonder wachttijd en medische vragenlijst, dient het aansluitingsformulier van het kindje binnen de drie maanden na de geboorte in het bezit te zijn van de dienst KliniPlan.

Indien aan de voorwaarden, vermeld in de voorgaande paragraaf, niet is voldaan, wordt de aansluiting van de pasgeborene als een gewone aansluiting behandeld en moet er bijgevolg een medische vragenlijst ingevuld worden. Ook de bepalingen inzake de wachttijd zijn dan van toepassing.

K. Betaling van de bijdrage

Het bedrag, met inbegrip van de RIZIV-bijdrage wordt betaald door de aangeslotene. De bijdrage is voor iedere rechthebbende verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand van zijn aansluiting, met uitzondering van de personen die ten laste komen zoals omschreven in punt D c).

De bijdrage verschuldigd voor het eerste aansluitingsjaar dient uiterlijk binnen de 30 dagen na de opvraging betaald te zijn. Indien er geen betaling is binnen deze termijn, wordt de aansluiting stopgezet. De einddatum is dan gelijk aan de aansluitingsdatum.

Vanaf het tweede aansluitingsjaar, wordt de aansluiting met zijn tegemoetkomingen stilzwijgend opgeschort, indien er geen betaling is uiterlijk op het einde van de bijdrageperiode.

Gebeurt de betaling binnen de drie maanden na het einde van de bijdrageperiode, dan wordt de aansluiting opnieuw van kracht vanaf de eerste van de maand waarin de integrale betaling van de verschuldigde bijdrage gebeurde.

Is de betaling drie maanden na het einde van de bijdrageperiode nog altijd niet uitgevoerd, dan wordt de aansluiting ambtshalve stopgezet.

Een nieuwe aansluiting is dan nog mogelijk overeenkomstig de normale voorwaarden inzake aansluiting en wachttijd zoals bepaald in punt B en E van deze overeenkomst.

L. Verhaal van de dienst

Wanneer de dienst KliniPlan tussenkomst verleent of moet verlenen, treedt zij in alle rechten en vorderingen van de rechthebbende tegen derden die aansprakelijk zijn voor de gemaakte kosten. Bijgevolg mag de rechthebbende geen afstand van verhaal doen zonder voorafgaandelijk schriftelijk akkoord van de MOB.

M. Rechterlijke macht

Alle gerechtelijke betwistingen worden door de Belgische rechtbanken beslecht.

KliniPlan, het kostendekkende hospitalisatieplan van de
socialistische ziekenfondsen Bond Moyson en De Voorzorg.

www.socmut.be

Versie: 1/7/2007
PKLINI001N0006

B. Aansluitingsformulier



DE VOORZORG LIMBURG
DIENST KLINIPLAN
CAPUCIENENSTRAAT 10 - 3500 HASSELT
TEL: 011/ 24 99 11

Nieuwe aansluiting ☐
Wijziging aan de aansluiting ☐
Bediende / werver:.....
Kantoor:

Aansluitingsformulier KliniPlan**1 Gegevens betreffende de toetreders**

Roze klever of vul in:

Naam:
Voornaam :
Lidnummer:

Vul in :

Rijksregisternummer:
Telefoon:
Nationaliteit:

2 Gegevens van alle personen die op het lidboekje staan

Naam	Voornaam	Beroep	Sluit aan	Sluit niet aan	Reden (1)
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

(1) De personen die niet kunnen of wensen aan te sluiten, dienen 1 van de volgende redenen op te geven :

- A) Persoon is ouder dan 66 jaar;
B) Persoon is gedekt door een andere kostendekkende verzekering. Gelieve een bewijs mee te geven van de aansluiting bij deze verzekering;
C) Persoon staat nog steeds als persoon ten laste op het lidboekje, maar is ondertussen feitelijk gescheiden van de titularis.

3 Vroegere aansluitingen

Waren of zijn de aan te sluiten personen reeds gedekt door een (individuele of collectieve) kostendekkende verzekering die gelijkaardige waarborgen biedt als die welke onderhavige aanvraag beoogt?

☐ Ja ☐ Neen

Zo ja : 1) Bij welke instelling ?

2) Nummer van de aansluitingspolis :

3) Op welke datum loopt deze polis ten einde ?/...../.....

Opmerking:

Gelieve een bewijs van voorgaande verzekering toe te voegen! Dit bewijs dient de begin- en einddatum van de vorige verzekering te vermelden.

4 Datum van inwerkingtreding KliniPlan

De aansluiting kan ten vroegste in werking treden de 1ste van de maand volgend op de datum van ondertekening van het voorstel. Indien aanvullende inlichtingen noodzakelijk zijn, neemt de aansluiting pas aanvang na de ontvangst van al de vereiste bijzonderheden.

Datum van inwerkingtreding KliniPlan :/...../.....

Opgemaakt te: op

Handtekening van de toetreders
(+ gelezen en goedgekeurd schrijven)

De ondertekenaar verzekert dat de antwoorden nauwkeurig, volledig en waarheidsgetrouw zijn en staat in voor de juistheid ervan, zelfs al heeft hij die niet eigenhandig geschreven. Dit document maakt, samen met de statutaire voorwaarden en de aanvaardingsbrief, integraal deel uit van de aansluitingsovereenkomst.

In geval van wijziging aan de bestaande aansluiting dient de vragenlijst slechts ingevuld te worden voor de bijkomende aangeslotenen of voor deze waarvoor een wijziging van de waarborgen wordt aangevraagd.

Maak een kopie van dit formulier en hou deze bij.

PKLINI.002N20201/2

Belangrijke informatie

- De aansluiting bij de dienst KliniPlan wordt aanvaard na ontvangst van het volledig ingevuld aansluitingsformulier, samen met de bijbehorende medische vragenlijst(en).
- Op het einde van de bijdrageperiode wordt de bijdrage voor het volgende aansluitingsjaar betaald volgens de bereikte leeftijd.
- De toetreders verklaart de aan te sluiten personen te vertegenwoordigen en staat voor hen in.
- De toetreders alsmede de aan te sluiten personen geven hun ziekenfonds de toestemming alle gegevens betreffende de verplichte en aanvullende ziekteverzekering op te vragen.
- De hierbij gevraagde persoonlijke informatie zal gebruikt worden door uw ziekenfonds en door het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (Sint-Jansstraat 32-38 te 1000 Brussel) alsook door de organisaties waarmee uw ziekenfonds een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten voor het beheer van KliniPlan in het kader van de aanvullende verzekering (wet van 6 augustus 1990 op de ziekenfondsen). De wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (wet van 8 december 1992) geeft u het recht om de informatie over uw persoon, die opgenomen is in onze bestanden te bekomen. U kan ook onjuiste gegevens laten verbeteren of schrappen.

C. Medische vragenlijst**DE VOORZORG LIMBURG**

DIENT KLINIPLAN
CAPUCIENENSTRAAT 10 – 3500 HASSELT
TEL: 011/24.99.11

Medische vragenlijst KliniPlan - Vertrouwelijk

(Verplicht volledig in te vullen – Gelieve dit formulier bij uw aansluitingsformulier te voegen, eventueel onder gesloten omslag)

Breng roze klever aan of vul in:

Naam : _____
 Voornaam : _____
 Geboortedatum : ____ / ____ / ____
 Geslacht : ☐ Man ☐ Vrouw
 Lidnummer : 322/ _____

A. ALGEMENE GEZONDHEIDSTOESTAND

Indien u niet voldoende plaats heeft om de gegevens in te vullen, gelieve deze op een afzonderlijk blad te willen vermelden.

- Wat is uw gewicht? _____
 Uw grootte? _____
 Uw bloeddruk? _____
- Verbruikt u gemiddeld meer dan twee alcoholische dranken per dag? Neen Ja
 Gebruikt u tabak of andere middelen? Neen Ja
- Neemt u regelmatig geneesmiddelen? Neen Ja
 Zo ja, welke? _____
 Zo ja, hoeveel? _____
 Zo ja, reden van inname? _____
- Bent u als invalide of mindervalide erkend? Neen Ja
 Zo ja, voor welk percentage? _____ %
 Zo ja, voor welke aandoening? _____
- Is er een hospitalisatie te verwachten? Neen Ja
 Werd u vroeger reeds gehospitaliseerd? Neen Ja
 Zo ja, wanneer en voor welke aandoening? _____

B. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

Gelieve hieronder aan te duiden of één of meerdere van de volgende ziekten, kwalen en lichamelijke of psychische gebreken, stoomissen, letsels of ziekteverschijnselen bestaan of bestaan hebben.

Gelieve bij NEEN/JA aan te kruisen wat van toepassing is en indien nodig zelf aan te vullen.

A. Lichamelijke aandoening**1. Inwendige organen**

- | ■ Hart en bloedvaten | NEEN | / | JA |
|-------------------------------|-----------------------|---|-----------------------|
| ■ Hartinfarct | ☐ | | ☐ |
| ■ Ritmestoornissen | ☐ | | ☐ |
| ■ Hartgeruis – klepaandoening | ☐ | | ☐ |
| ■ Letsels van de slagaders | ☐ | | ☐ |
| ■ Letsels van de aders | ☐ | | ☐ |
| (spataders, flebitis, speen) | | | |
| ■ Hoge bloeddruk | ☐ | | ☐ |
| ■ Andere: _____ | | | |

- | ■ Longen en luchtwegen | NEEN | / | JA |
|-------------------------|-----------------------|---|-----------------------|
| ■ Kortademigheid | ☐ | | ☐ |
| ■ Astma | ☐ | | ☐ |
| ■ Emfyseem | ☐ | | ☐ |
| ■ Chronische bronchitis | ☐ | | ☐ |
| ■ Longinfectie | ☐ | | ☐ |
| ■ Tuberculose | ☐ | | ☐ |
| ■ Andere: _____ | | | |

- | ■ Spijsverteringsorganen | NEEN | / | JA |
|-----------------------------------|-----------------------|---|-----------------------|
| ■ Aandoening slokdarm, maag, darm | ☐ | | ☐ |
| ■ Aandoening lever | ☐ | | ☐ |
| ■ Aandoening galblaas of stenen | ☐ | | ☐ |
| ■ Aandoening pancreas | ☐ | | ☐ |
| ■ Breuk | ☐ | | ☐ |
| ■ Fistel | ☐ | | ☐ |
| ■ Andere: _____ | | | |

- | ■ Geslachtsorganen, nieren en urinewegen | NEEN | / | JA |
|--|-----------------------|---|-----------------------|
| ■ Aandoening baarmoeder, baarmoederhals, eierstokken | ☐ | | ☐ |
| ■ Aandoening prostaat | ☐ | | ☐ |
| ■ Nierinsufficiëntie – dialyse – transplantatie | ☐ | | ☐ |
| ■ Nierstenen | ☐ | | ☐ |
| ■ Andere: _____ | | | |

2. Spieren – beenderen – gewrichten ☐ Nekpijn ☐ Rugpijn ☐ Verlamming ☐ Ischialgie ☐ Acute rugblokkage ☐ Hernia ☐ Reumatische aandoening ☐ Artrose ☐ Ontkalking ☐ Amputatie ☐ Misvorming ☐ Andere: _____	NEEN / JA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	5. Infectieziekten ☐ Sexueel overdraagbare aandoening (HIV-positief, AIDS, syfilis, ...) ☐ Tropische ziekte (Malaria, cholera, bilharsiosis, ...) ☐ Andere: _____	NEEN / JA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. Zenuwstelsel ☐ Epilepsie of vallende ziekte ☐ Multiple Sclerose ☐ Hersenbloeding – trombose ☐ Hersenverlamming – beroerte ☐ Andere: _____	NEEN / JA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	6. Huidaandoening ☐ Eczeem ☐ Psoriasis ☐ Gezwel ☐ Andere: _____	NEEN / JA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
4. Afwijkingen van het bloed of stofwisselingsorganen ☐ Beenmergaandoening ☐ Stollingsproblemen ☐ Jicht – Verhoogd urinezuur ☐ Cholesterol – Verhoogde vetten ☐ Diabetes (suikerziekte) ☐ Schildklier-aandoening ☐ Andere: _____	NEEN / JA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	7. Afwijkingen van het gezicht/gehoor ☐ Gehoorsvermindering links of rechts ☐ Gezichtsafwijking links of rechts ☐ Andere: _____	NEEN / JA ☐ ☐ ☐ ☐
		8. Een kwaadaardige aandoening Zo ja, verduidelijk _____ _____ _____	NEEN / JA ☐ ☐
		B. Psychische aandoening Zo ja, verduidelijk _____ _____ _____	NEEN / JA ☐ ☐

- Ik verklaar dat alle antwoorden op de vragen gesteld op deze vragenlijst volledig, oprecht en naar waarheid werden geformuleerd, zelfs indien een andere persoon ze zou hebben geschreven.
- Ik verklaar op de hoogte te zijn dat bij een hospitalisatie op een éénpersoonskamer voor een vooraf bestaande aandoening, bin nen een ononderbroken periode van 5 jaar, te rekenen vanaf de aansluitingsdatum bij KliniPlan, er een beperktere tegemoetkoming (la gere tegemoetkoming kamersupplementen en geen tegemoetkoming in de ereloon-supplementen) is.
- Ik weet dat de kosten die het gevolg zijn van ziekten, kwalen, lichamelijke of psychische gebreken, stoornissen, letsels of ziekte-verschijnselen, die bestaan of bestaan hebben in de periode tussen het invullen van deze medische vragenlijst en de aansluitingsdatum bij KliniPlan, beperkt zullen vergoed worden bij keuze voor een éénpersoonskamer binnen een ononderbroken periode van 5 jaar, te rekenen vanaf de aansluitingsdatum bij KliniPlan.
- Met het oog op een vlot beheer van mijn dossier en/of schadegeval, en enkel daartoe, geef ik hierbij toestemming om medische gegevens die op mij betrekking hebben, te verwerken met inachtneming van de wetgeving tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer en alle andere wettelijke bepalingen terzake.
- Ik ben er mij van bewust dat elke verkeerde opgave of wijziging met bedrieglijk opzet de nietigheid van onderhavige KliniPlan-aansluiting tot gevolg kan hebben.
- Ik verklaar dat ik kennis heb genomen van het reglement KliniPlan dat samen met het aansluitingsformulier en deze medische vragenlijst het KliniPlan vormt.

Opgemaakt te: _____ op _____ / _____ / _____

Handtekening van het lid of van de verantwoordelijke:

(de handtekening wordt voorafgegaan door de woorden "gelezen en goedgekeurd")

MAAK EEN KOPIE VAN DEZE MEDISCHE VRAGENLIJST EN HOU DEZE BIJ!

Wet van 6 augustus 1990 op de ziekenfondsen – wet van 8 december 1992 op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer

De hierbij gevraagde persoonlijke informatie zal gebruikt worden door uw ziekenfonds en door het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (Sint Jansstraat 32-38 te 1000 Brussel) alsook door de organisatie waarmee uw ziekenfonds een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten voor het beheer van KliniPlan in het kader van de aanvullende verzekering (wet van 6 augustus op de ziekenfondsen). De wet op de bescherming van de persoonlijk levenssfeer (wet van 8 december 1992) geeft u het recht om de informatie over uw persoon, die opgenomen is in onze bestanden te bekomen. U kan ook onjuiste gegevens laten verbeteren of schrappen.

Bijlage VIII. Vergelijking van het totale premie- of bijdragebedrag van een alleenstaande

	DKV Plan IS2000	Ethias Medi-Comfort	KBC Hospitalisatie- verzekering	Christelijke Mutualiteit Limburg Hospitaalplan	Liberaal Mutualiteit Limburg Hospitaal Plus	Voorzorg Limburg KliniPlan
<i>Leeftijd</i>	<i>Premie</i>	<i>Premie</i>	<i>Premie</i>	<i>Bijdrage</i>	<i>Bijdrage</i>	<i>Bijdrage</i>
25	246,19	264,00	283,52	83,88	68,4	37,2
26	246,19	264,00	283,52	83,88	68,4	92,52
27	246,19	264,00	283,52	83,88	68,4	92,52
28	246,19	264,00	283,52	83,88	68,4	92,52
29	246,19	264,00	283,52	83,88	68,4	92,52
30	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
31	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
32	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
33	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
34	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
35	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
36	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
37	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
38	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
39	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
40	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
41	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
42	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
43	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
44	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
45	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
46	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
47	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
48	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
49	246,19	264,00	283,52	83,88	102,36	92,52
50	246,19	316,80	283,52	92,88	123,48	92,52
51	246,19	316,80	283,52	92,88	123,48	92,52
52	246,19	316,80	283,52	92,88	123,48	92,52
53	246,19	316,80	283,52	92,88	123,48	92,52
54	246,19	316,80	283,52	92,88	123,48	92,52
55	246,19	316,80	283,52	92,88	123,48	92,52
56	246,19	316,80	283,52	92,88	123,48	92,52
57	246,19	316,80	283,52	92,88	123,48	92,52
58	246,19	316,80	283,52	92,88	123,48	92,52
59	246,19	316,80	283,52	92,88	123,48	92,52
60	246,19	316,80	283,52	166,56	123,48	175,8
61	246,19	316,80	283,52	166,56	123,48	175,8
62	246,19	316,80	283,52	166,56	123,48	175,8
63	246,19	316,80	283,52	166,56	123,48	175,8
64	246,19	316,80	283,52	166,56	123,48	175,8
65	246,19	658,90	283,52	166,56	217,92	175,8
66	246,19	658,90	283,52	166,56	217,92	175,8
67	246,19	658,90	283,52	166,56	217,92	175,8
68	246,19	658,90	283,52	166,56	217,92	175,8
69	246,19	658,90	283,52	166,56	217,92	175,8

70	246,19	658,90	283,52	246,00	317,76	175,8
71	246,19	658,90	283,52	246,00	317,76	259,44
72	246,19	658,90	283,52	246,00	317,76	259,44
73	246,19	658,90	283,52	246,00	317,76	259,44
74	246,19	658,90	283,52	246,00	317,76	259,44
75	246,19	658,90	283,52	246,00	317,76	259,44
76	246,19	658,90	283,52	246,00	317,76	259,44
77	246,19	658,90	283,52	246,00	317,76	259,44
78	246,19	658,90	283,52	246,00	317,76	259,44
	13294,26	20576,60	15310,08	6905,40	8190,84	7192,20

Bijlage IX. Vergelijking van het totale premie- of bijdragebedrag van een koppel

	DKV <i>Plan IS2000</i>	Ethias <i>Medi-Comfort</i>	KBC <i>Hospitalisatie-verzekering</i>	Christelijke Mutualiteit Limburg <i>Hospitaalplan</i>	Liberal Mutualiteit Limburg <i>Hospitaal Plus</i>	Voorzorg Limburg <i>KliniPlan</i>
<i>Leeftijd</i>	<i>Premie</i>	<i>Premie</i>	<i>Premie</i>	<i>Bijdrage</i>	<i>Bijdrage</i>	<i>Bijdrage</i>
29 en 31	555,81	498	543,47	167,76	170,76	185,04
30 en 32	555,81	498	543,47	167,76	204,72	185,04
31 en 33	555,81	498	543,47	167,76	204,72	185,04
32 en 34	555,81	498	543,47	167,76	204,72	185,04
33 en 35	555,81	498	543,47	167,76	204,72	185,04
34 en 36	555,81	498	543,47	167,76	204,72	185,04
35 en 37	555,81	498	543,47	167,76	204,72	185,04
36 en 38	555,81	498	543,47	167,76	204,72	185,04
37 en 39	555,81	498	543,47	167,76	204,72	185,04
38 en 40	555,81	528	543,47	167,76	204,72	185,04
39 en 41	555,81	528	543,47	167,76	204,72	185,04
40 en 42	555,81	528	543,47	167,76	204,72	185,04
41 en 43	555,81	528	543,47	167,76	204,72	185,04
42 en 44	555,81	528	543,47	167,76	204,72	185,04
43 en 45	555,81	528	543,47	167,76	204,72	185,04
44 en 46	555,81	528	543,47	167,76	204,72	185,04
45 en 47	555,81	528	543,47	167,76	204,72	185,04
46 en 48	555,81	528	543,47	167,76	204,72	185,04
47 en 49	555,81	528	543,47	167,76	204,72	185,04
48 en 50	555,81	580,8	543,47	176,76	225,84	185,04
49 en 51	555,81	580,8	543,47	176,76	225,84	185,04
50 en 52	555,81	633,6	543,47	185,76	246,96	185,04
51 en 53	555,81	633,6	543,47	185,76	246,96	185,04
52 en 54	555,81	633,6	543,47	185,76	246,96	185,04
53 en 55	555,81	633,6	543,47	185,76	246,96	185,04
54 en 56	555,81	633,6	543,47	185,76	246,96	185,04
55 en 57	555,81	633,6	543,47	185,76	246,96	185,04
56 en 58	555,81	633,6	543,47	185,76	246,96	185,04
57 en 59	555,81	633,6	543,47	185,76	246,96	185,04
58 en 60	555,81	633,6	543,47	259,44	246,96	268,32
59 en 61	555,81	633,6	543,47	259,44	246,96	268,32
60 en 62	555,81	633,6	543,47	333,12	246,96	351,6
61 en 63	555,81	633,6	543,47	333,12	246,96	351,6
62 en 64	555,81	633,6	543,47	333,12	246,96	351,6
63 en 65	555,81	975,7	543,47	333,12	341,40	351,6
64 en 66	555,81	975,7	543,47	333,12	341,40	351,6
65 en 67	555,81	1317,8	543,47	333,12	435,84	351,6
66 en 68	555,81	1317,8	543,47	333,12	435,84	351,6
67 en 69	555,81	1317,8	543,47	333,12	435,84	351,6
68 en 70	555,81	1317,8	543,47	412,56	535,68	351,6
69 en 71	555,81	1317,8	543,47	412,56	535,68	435,24
70 en 72	555,81	1317,8	543,47	492,00	635,52	435,24
71 en 73	555,81	1317,8	543,47	492,00	635,52	518,88
72 en 74	555,81	1317,8	543,47	492,00	635,52	518,88
73 en 75	555,81	1317,8	543,47	492,00	635,52	518,88

74 en 76	555,81	1317,8	543,47	492,00	635,52	518,88
75 en 77	555,81	1317,8	543,47	492,00	635,52	518,88
76 en 78	555,81	1317,8	543,47	492,00	635,52	518,88
77 en 79	555,81	1317,8	543,47	492,00	635,52	518,88
78 en 80	555,81	1317,8	543,47	492,00	635,52	518,88
	27790,50	39561,00	27173,33	13464,00	16299,24	14088,72