

# Hospitalisatie Individueel

## Algemene Voorwaarden

0096-B0581L000005-01062013

**Uw veiligheid, onze zorg.**

[www.baloise.be](http://www.baloise.be)

# Inhoud

Uw polis bestaat uit deze Algemene Voorwaarden en de Bijzondere Voorwaarden.

De voorwaarden die u, de verzekeringnemer, eigen zijn, vermelden wij in de Bijzondere Voorwaarden.

Uw Bijzondere Voorwaarden hebben altijd voorrang op deze Algemene Voorwaarden. Wij raden u aan beide voorwaarden aandachtig te lezen.

<b>Waarborgen</b> .....	<b>3</b>	<b>Begripsomschrijvingen</b> .....	<b>11</b>
1. Hospitalisatie		Ambulante verzorging	
2. Ambulante voor- en naverzorging		Baloise Insurance	
3. Ambulante verzorging in geval van zware ziekten - palliatieve verzorging		Bijstandsverzekeraar	
4. Bijstand		Geneesmiddel	
<b>Waarborgbeperkingen</b> .....	<b>6</b>	Hospitalisatie	
<b>Schaderegeling en vergoeding</b> .....	<b>7</b>	Hotelkosten	
1. Aangifte		One day clinic	
2. Berekening van de vergoeding		Ongeval	
2.1. Opnames in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en buiten de Europese Unie		Orthopedisch toestel	
2.2. Opnames als gevolg van psychische aandoeningen		Palliatieve verzorging	
2.3. Vrijstelling		Prothese	
3. Rechtstreekse betaling - AssurCard		Verpleeginrichting	
4. Medewerking		Verzekerde	
5. Subrogatie		Verzekeringnemer	
6. Medische betwisting		Verzekeringsjaar	
<b>Allerlei</b> .....	<b>9</b>	Wettelijke tegemoetkoming	
1. Aanvang		Ziekte	
2. Vrije keuze		Zware ziekte	
3. Verzekeringsgebied			
4. Verklaringen/andere verzekeringen			
5. Duur van de verzekering en opzegging			
6. Premiebetaling			
7. Aanpassing van premies, vrijstellingen, prestaties en dekkingsvoorwaarden			
8. Aanvaarding van de risico's/nieuwe aansluitingen			
9. Mededelingen			
10. Verplichte mededelingen			

Uitleg bij de *cursief* gedrukte woorden vindt u in de 'Begripsomschrijvingen', achteraan in deze Algemene Voorwaarden. Om de leesbaarheid van de polis te verhogen wordt Baloise Insurance aangeduid met 'wij'.

# Waarborgen

## 1. Hospitalisatie

**Wij verzekeren** de medisch noodzakelijke kosten van de *verzekerde* die als gevolg van *ziekte, ongeval* of bevalling werden gemaakt tijdens:

1. *hospitalisatie* van de *verzekerde*;
2. een behandeling van het type *one day clinic*;
3. thuisbevalling.

**Wij vergoeden** volgende prestaties:

1. het verblijf van de *verzekerde* in een *verpleeginrichting*;
2. medische en paramedische prestaties voor zover verleend of voorgeschreven door een geneesheer;
3. *geneesmiddelen*;
4. *prothesen, orthopedische toestellen*, contactlenzen en brillenglazen voor zover voorgeschreven door een geneesheer;
5. het medisch materiaal, endoscopisch en viscerosynthesemateriaal;
6. het vervoer per ziekenwagen of per helikopter voor zover dit medisch verantwoord is, gezien de vereiste spoed en de gezondheidstoestand van de *verzekerde* en voor zover dit betrekking heeft op de periode van *hospitalisatie*, namelijk van de dag van opname tot en met de dag van ontslag uit de *verpleeginrichting*. Wij begrenzen de terugbetaling van de vervoerskosten op 1.850 EUR per *verzekerde* en per *hospitalisatie*;
7. homeopathische middelen voor zover voorgeschreven door een geneesheer, begrensd op 50 % van de kostprijs met een plafond van 180 EUR per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*;
8. acupunctuur, chiropraxie en osteopathie voor zover voorgeschreven door een geneesheer. Wij begrenzen de terugbetaling op maximaal 20 EUR per behandeling en dit maximaal 10 keer per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*;
9. tandextracties;
10. medisch noodzakelijke tandbehandelingen als gevolg van een *ongeval*. De hierbij gebruikte tand*prothesen* en tandmaterialen worden vergoed op voorwaarde dat zij recht geven op een *wettelijke tegemoetkoming*.

**Wij vergoeden bovendien aanvullend** in de periode van *hospitalisatie*:

1. de kosten voor het verblijf van een van de ouders, grootouders of voogd in de *verpleeginrichting* bij een *hospitalisatie* van een verzekerd kind van 14 jaar of jonger;
2. de verblijfkosten en medische prestaties voor de donor als een *verzekerde* een orgaan of weefsel ontvangt;
3. de kosten voor de baby bij een bevalling tot deze de *verpleeginrichting* verlaat;
4. de wiegendoodtest;
5. de *palliatieve verzorging*;
6. de mortuariumkosten voor zover deze verrekend worden via de ziekenhuisfactuur;
7. de kosten voor de opname van stamcellen uit de navelstreng op het moment van de bevalling, met een maximum van 400 EUR. De bewaringskosten vergoeden wij evenwel niet.

## 2. Ambulante voor- en naverzorging

**Wij verzekeren** de kosten voor *ambulante verzorging* van de *verzekerde* die gemaakt worden in het kader van voor- en naverzorging en die rechtstreeks verband houden met de reden van de *hospitalisatie*, de opname in *one day clinic* of de thuisbevalling gedurende een periode van:

1. 2 maanden vóór opname tot 6 maanden na ontslag uit de *verpleeginrichting*;
2. 2 maanden vóór tot 6 maanden na de dag van opname in *one day clinic*;
3. 2 maanden vóór tot 6 maanden na de dag van thuisbevalling.

**Wij vergoeden** de medisch noodzakelijke kosten van de *verzekerde*, voor:

1. medische en paramedische prestaties voor zover verleend of voorgeschreven door een geneesheer;
2. *geneesmiddelen*;
3. *prothesen, orthopedische toestellen*, contactlenzen en brillenglazen voor zover voorgeschreven door een geneesheer;
4. homeopathische middelen voor zover voorgeschreven door een geneesheer, begrensd op 50 % van de kostprijs met een plafond van 180 EUR per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*;
5. acupunctuur, chiropraxie en osteopathie voor zover voorgeschreven door een geneesheer. Wij begrenzen de terugbetaling op maximaal 20 EUR per behandeling en dit maximaal 10 keer per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*;
6. huur van materiaal dat medisch noodzakelijk is;
7. kraamzorg, begrensd op 75 EUR per dag en dit maximaal tot 8 dagen na de bevallingsdatum.

**Wij vergoeden evenwel niet** de kosten voor vervoer.

### 3. Ambulante verzorging in geval van zware ziekten - palliatieve verzorging

**Wij verzekeren** de kosten voor *ambulante verzorging* van de *verzekerde* die gemaakt worden in het kader van *zware ziekten* en *palliatieve verzorging* zonder dat een *hospitalisatie* of een behandeling in *one day clinic* is vereist.

**Wij vergoeden** de medisch noodzakelijke kosten van de *verzekerde*, voor:

1. medische en paramedische prestaties voor zover verleend of voorgeschreven door een geneesheer;
2. *geneesmiddelen*;
3. *prothesen, orthopedische toestellen*, contactlenzen en brillenglazen voor zover voorgeschreven door een geneesheer;
4. het verblijf van de *verzekerde*, ook buiten een verpleeginstelling, in het kader van *palliatieve verzorging*;
5. huur van materiaal dat medisch noodzakelijk is.

**Wij vergoeden evenwel niet** de kosten voor vervoer.

#### Vergoedingslimiet:

Voor *palliatieve verzorging* waarbij verblijfkosten aangerekend worden in een instelling die geen *verpleeginrichting* is, begrenzen wij onze maximale tussenkomst in deze verblijfkosten op 75 EUR per ligdag.

De totaliteit van onze tussenkomst op grond van de waarborg Ambulante verzorging in geval van *zware ziekten - palliatieve verzorging* wordt steeds begrensd op 6.500 EUR per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*.

### 4. Bijstand

Om een beroep te doen op de waarborg Bijstand kunt u rechtstreeks met onze *bijstandsverzekeraar* contact opnemen op het bijstandsnummer, vermeld in de Bijzondere Voorwaarden of op uw AssurCard.

#### Hospitalisatie in België:

Bij *hospitalisatie* in België als gevolg van *ziekte* of *ongeval* kan de *verzekerde* een beroep doen op een kinderopasdienst voor zover hij kinderen heeft jonger dan 14 jaar. Deze waarborg is beperkt tot een bedrag van 65 EUR per dag gedurende maximaal een week.

#### Hospitalisatie buiten België:

Bij *hospitalisatie* in een land buiten België als gevolg van *ziekte* of *ongeval*, kan de *verzekerde* een beroep doen op de *bijstandsverzekeraar* voor volgende waarborgen en diensten:

1. **Garantiestelling** door de *bijstandsverzekeraar* voor het betalen van de facturen indien de *verpleeginrichting*, waar een *verzekerde* opgenomen wordt, dit vereist. Indien de *bijstandsverzekeraar* daadwerkelijk facturen betaalt, is de *verzekeringnemer* en/of de *verzekerde* verplicht, binnen een maand na ontvangst van de facturen, de nodige stappen te ondernemen om ze via de sociale zekerheid te recupereren en de ontvangen sommen door te storten aan de *bijstandsverzekeraar*.

2. **Betaling van een voorschot** door de *bijstandsverzekeraar* indien de *verpleeginrichting*, waar een *verzekerde* opgenomen wordt, dit vereist. De *verzekeringnemer* en/of de *verzekerde* is verplicht, binnen een maand na ontvangst van de facturen, de nodige stappen te ondernemen om ze via de sociale zekerheid te recupereren en de ontvangen sommen door te storten aan de *bijstandsverzekeraar*.
3. **Medische bijstand:** het medische team van de *bijstandsverzekeraar* stelt zich onmiddellijk in verbinding met de behandelende geneesheer ter plaatse, om te kunnen beslissen over de meest optimale en medisch verantwoorde behandeling, aangepast aan de toestand van de *verzekerde*. In elk geval gebeurt de organisatie van de eerste hulp door plaatselijke instanties.
4. **Repatriëring** van een zieke of gekwetste indien het medische team van de *bijstandsverzekeraar* dit nodig acht, naar een *verpleeginrichting* in België of naar de woonplaats van de *verzekerde*. Het is de *bijstandsverzekeraar* die oordeelt over de modaliteiten van vervoer (spoor, ziekenwagen, vliegtuig, ...) en de eventuele medische begeleiding (verpleger, arts, ...) volgens de ernst van het geval. Voor zover de zieke of gekwetste een verzekerd kind is van 14 jaar of jonger wordt eveneens de repatriëring van een begeleider ten laste genomen. De *bijstandsverzekeraar* neemt de kosten van de repatriëring volledig ten laste. Indien mogelijk, mag de *bijstandsverzekeraar* uiteraard verlangen dat de *verzekerde* zijn oorspronkelijk vervoerbewijs gebruikt. De *bijstandsverzekeraar* mag eveneens vragen het niet-verbruikte vervoerbewijs aan hem over te maken.
5. **Reis- en hotelkosten** van een ouder, grootouder of voogd, voor zover een verzekerd kind van 14 jaar of jonger buiten gezinsverband in het buitenland verblijft en daar moet worden opgenomen wegens *ziekte* of *ongeval*. De *bijstandsverzekeraar* zorgt voor de modaliteiten en reservaties van het vervoer en het hotel en neemt de kosten volledig ten laste. Deze kosten worden gedurende maximaal een week vergoed; voor de *hotelkosten* geldt een maximumbedrag van 65 EUR per dag.
6. Ook voor het doorgeven van dringende boodschappen, de organisatie van paramedische verzorging na hospitalisatie en het opsturen van onmisbare *geneesmiddelen* kunt u op de diensten van de *bijstandsverzekeraar* een beroep doen.

#### Overlijden buiten België:

Bij overlijden van de *verzekerde* in een land buiten België, kan er eveneens een beroep gedaan worden op de *bijstandsverzekeraar*, die zal instaan voor:

1. de kosten van de lijkverzorging en de kosten van de kisting ter plaatse;
2. de kosten van de kist of urne met een maximum van 620 EUR (inclusief de crematie);
3. als de familie beslist tot teraardebestelling of crematie in België worden de kosten voor repatriëring van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de aangeduide plaats in België eveneens ten laste genomen door de *bijstandsverzekeraar*. De kosten van de teraardebestelling of van de crematie in België zijn niet in de waarborg begrepen.

#### Wordt evenwel niet vergoed:

1. elk voorval waarvan niet uitdrukkelijk in de polis is voorzien dat het ten laste wordt genomen;
2. zwangerschappen na de 26e week;
3. de normaal voorzienbare schadelijke gevolgen van een roekeloze daad of een nalaten waaraan de *verzekerde* zich schuldig maakt en waarvan men moest beseffen dat deze een gevaar voor de fysieke integriteit van de *verzekerde* of derden inhouden;
4. de gewaarborgde prestaties die niet verleend kunnen worden door overmacht of een beslissing van overheidswege;
5. het hervallen en herstellen van alle bekende aandoeningen die nog niet geconsolideerd waren of in behandeling waren vóór de vertrekdatum en een werkelijk gevaar van snelle verergering kunnen inhouden.

## Waarborgbeperkingen

Komen niet in aanmerking voor vergoeding, de kosten als gevolg van:

1. lichaamsgebreken en *ziekten* en hun gevolgen die zich reeds gemanifesteerd hebben op het ogenblik van de aansluiting van de *verzekerde* en *ongevallen* gebeurd vóór de datum van aansluiting, voor zover deze door de *verzekerde* of *verzekeringnemer* gekend waren en niet vermeld werden op het voorstel;
2. kuurbehandelingen, zoals modderbaden, vermagerings- of ontwenningsskuren, zelfs indien zij medisch voorgeschreven zijn;
3. wettelijke inenting, vruchtbaarheidsonderzoeken of -behandelingen, sterilisatie, contraceptieve behandelingen, vrijwillige zwangerschapsonderbreking, kunstmatige bevruchting of in-vitrofertilisatie;
4. pogingen tot zelfmoord;
5. een opzettelijke daad van de *verzekerde*, behalve in geval van wettige zelfverdediging of verantwoorde redding van personen of goederen. Een opzettelijke daad is de vrijwillig en bewust gestelde handeling die schade teweegbrengt die redelijkerwijs te voorzien is;
6. oorlog of gelijkaardige feiten en burgeroorlog;
7. arbeidsconflicten, staking en lock-out, aanslagen, oproer, volksbeweging, daden van terrorisme of sabotage indien de *verzekerde* op actieve wijze eraan heeft deelgenomen. Indien de *verzekerde* het bewijs levert dat hij niet actief deelnam, vergoeden wij toch. Voor de dekking Terrorismen betekent dit dat een ziekenhuisopname of een *ambulante verzorging* die veroorzaakt werd door terrorisme verzekerd is overeenkomstig de wet van 1 april 2007. Wij zijn hiervoor toegetreden tot de vzw TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). In het kader van deze wet werd een Comité opgericht dat bevoegd is voor de erkenning van de schadegevallen en de vaststelling van de uit te keren schadebedragen. Voor het geheel van onze verbintenissen aangegaan ten opzichte van al onze *verzekerden* dekken wij, overeenkomstig de bepalingen van deze wet, gezamenlijk met alle andere maatschappijen die lid zijn van de vzw TRIP en met de Belgische staat de door het Comité per kalenderjaar erkende schadegevallen tot een bedrag van 1 miljard euro. Dit bedrag wordt jaarlijks op 1 januari aangepast aan het indexcijfer van de consumptieprijzen met als basis het indexcijfer van december 2005.
8. alcoholisme, toxicomanie of overmatig gebruik van *geneesmiddelen*;
9. *ongevallen* of *ziekten* die zich voordoen 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 bestaat tussen de ziekenhuisopname en deze omstandigheden;
10. atoomkernreacties, radioactiviteit en ioniserende stralen, behalve bij medisch vereiste bestralingen tijdens de behandeling van een verzekerd schadegeval;
11. *ziekten* of *ongevallen* die zich voordoen als gevolg van het beroepshalve beoefenen van eender welke sport;
12. tandbehandelingen, tenzij deze vermeld onder de waarborg Hospitalisatie;
13. psychische hinder die de *verzekerde* ondervindt van zwaarlijvigheid, esthetische gebreken (borstafwijkingen, tekenen van huidveroudering, ...), lichaamsgebreken, enz. Esthetische behandelingen zijn enkel gedekt indien zij een rechtstreeks gevolg zijn van de lichamelijke letsels van een *ziekte* of *ongeval* waarvoor de waarborg geldt;
14. ingrepen die vooral tot doel hebben het lichamelijke en/of hygiënische comfort te verhogen zoals borstverkleiningsoperaties, wegnemen van vetschorten, liposuctie, ...;
15. ingrepen op het maagdarmsstelsel wegens zwaarlijvigheid;
16. geslachtsverandering;
17. zwangerschap en bevalling tijdens de eerste 9 maanden na aanvang van de polis.

# Schaderegeling en vergoeding

## 1. Aangifte

Elk schadegeval moet binnen de maand aan de raadgevende geneesheer van *Baloise Insurance* worden aangegeven. Deze aangifte moet gebeuren via het door *Baloise Insurance* ter beschikking gestelde formulier of via het AssurCard-systeem.

De aangifte vermeldt alle nuttige inlichtingen over de omstandigheden en de reden van de *hospitalisatie*, de opname in *one day clinic*, de thuisbevalling, de *zware ziekte* of de *palliatieve verzorging*.

De originele facturen die aanleiding kunnen geven tot een terugbetaling moeten aan *Baloise Insurance* worden overgemaakt binnen de maand na ontvangst.

Deze facturen moeten volgende inlichtingen bevatten:

1. naam en voornaam van de behandelde persoon;
2. datum van de behandeling;
3. uitgevoerde prestatie, met vermelding van het nomenclatuurnummer;
4. gevraagde erelonen;
5. vermelding van de *wettelijke tegemoetkomingen*;
6. voor *geneesmiddelen*: een attest van de apotheker met vermelding van de naam en prijs van het *geneesmiddel*, datum van afgifte en de naam van de geneesheer die het *geneesmiddel* heeft voorgeschreven.

Alle bovenvermelde documenten worden na vergoeding eigendom van *Baloise Insurance*.

## 2. Berekening van de vergoeding

Onze waarborgen voorzien in de terugbetaling aan de *verzekerde* van de medisch verantwoorde kosten.

Onze tussenkomst berekenen wij door van de gefactureerde kosten, die door de waarborgen van deze polis worden gedekt, in mindering te brengen:

1. de *wettelijke tegemoetkoming*;
2. iedere andere tussenkomst vanwege de mutualiteit;
3. de kosten boven de eventuele vergoedingslimieten.

### 2.1. Opnames in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en buiten de Europese Unie

Voor opnames in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en buiten de Europese Unie gelden volgende bijkomende begrenzingsen:

1. per aangerekend ereloon wordt door ons maximaal tweemaal de *wettelijke tegemoetkoming* betaald;
2. voor de verblijfkosten van de *verzekerde* wordt er per gefactureerde ligdag maximaal 100 EUR betaald.

Deze beperkingen gelden niet wanneer de *verzekerde*:

1. opgenomen wordt in de *verpleeginrichting* AZ-VUB in Jette;
2. opgenomen wordt in een *verpleeginrichting* gelegen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest als gevolg van een doorverwijzing vanuit een *verpleeginrichting* buiten het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, voor zover deze doorverwijzing noodzakelijk is als gevolg van ontbrekende therapeutische mogelijkheden;
3. opgenomen wordt in een *verpleeginrichting* gelegen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest of buiten de Europese Unie als gevolg van een *ongeval*;
4. opgenomen wordt voor een acute aandoening, waarbij de opname in een *verpleeginrichting* in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest of buiten de Europese Unie noodzakelijk is als gevolg van het dringende karakter van de *ziekte*;
5. na toestemming van onze raadgevende geneesheer een medisch noodzakelijke behandeling laat uitvoeren buiten de Europese Unie.

## 2.2. Opnames als gevolg van psychische aandoeningen

Voor schadegevallen als gevolg van psychische en psychosomatische aandoeningen en ook als gevolg van geestes- en zenuwziekten, wordt het bedrag dat in aanmerking komt voor onze vergoeding, na toepassing van bovenvermelde punten, beperkt tot 75 %. Met uitzondering van de specifieke gevallen uitgesloten onder het hoofdstuk Waarborgbeperkingen.

## 2.3. Vrijstelling

De vrijstelling is het deel van de terugbetaalbare kosten dat ten laste blijft van de *verzekerde*. Het bedrag van de vrijstelling wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

Wij rekenen de vrijstelling niet aan bij:

1. thuisbevalling;
2. opnames van het type *one day clinic*;
3. de waarborg Ambulante verzorging in geval van *zware ziekten - palliatieve verzorging*. De eventuele vrijstelling wordt toegepast per *verzekerde* en per *verzekeringjaar*.

## 3. Rechtstreekse betaling - AssurCard

Indien de *verzekerde* opgenomen wordt in een *verpleeginrichting* die aangesloten is bij AssurCard kan de ziekenhuisfactuur door ons rechtstreeks aan de *verpleeginrichting* betaald worden voor zover de opname in overeenstemming is met de waarborgen van de polis.

Door gebruik te maken van de AssurCard aanvaardt de *verzekerde* dat wij betalen voor rekening van diegene die de kosten normaal gezien moet dragen.

Wat niet door deze polis gewaarborgd is, zoals de eventuele vrijstelling, de niet-medische kosten en de kosten die niet of niet volledig gewaarborgd zijn door deze polis, wordt door ons verrekend of wordt aan ons op eerste verzoek terugbetaald door de *verzekerde*.

Iedere betaling die wij rechtstreeks aan de *verpleeginrichting* doen, gebeurt steeds zonder nadelige erkenning en onder voorbehoud van onderzoek van de waarborgen met betrekking tot het schadegeval.

## 4. Medewerking

De *verzekerde* is ertoe gehouden zijn behandelende geneesheer te machtigen alle inlichtingen over zijn gezondheidstoestand aan de raadgevende geneesheer van *Baloise Insurance* mee te delen, om deze toe te laten met kennis van zaken te oordelen.

Wij hebben het recht de aan ons gedane verklaringen en de antwoorden op onze vragen om inlichtingen te onderzoeken en zo nodig controle door onze raadgevende geneesheer te eisen. De *verzekerde* moet de nodige maatregelen treffen om de vaststellingen, die moeten gedaan worden door onze afgevaardigden, mogelijk te maken en te vergemakkelijken.

Indien de *verzekerde* een van deze verplichtingen met betrekking tot aangifte en medewerking niet nakomt, kunnen wij de uitkering verminderen overeenkomstig het nadeel dat wij geleden hebben. Wij kunnen de dekking zelfs weigeren indien de verplichtingen met bedrieglijk opzet niet zijn nagekomen.

## 5. Subrogatie

*Baloise Insurance* treedt ten belope van haar uitgaven in de plaats van de *verzekerde* tegen:

- een derde persoon die aansprakelijk kan worden gesteld;
- elke persoon die krachtens artikel 29 bis van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen gehouden is tussen te komen.

*Baloise Insurance* zal, behalve bij kwaad opzet, dit recht evenwel niet uitoefenen tegen:

1. de bloedverwanten in de rechte lijn van de *verzekerde*;
2. de echtgenoot en de aanverwanten in de rechte lijn van de *verzekerde*;
3. de bij hem inwonende personen;
4. zijn gasten;
5. zijn huispersoneel.

*Baloise Insurance* kan evenwel verhaal uitoefenen op de in het vorige lid genoemde personen, voor zover hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een polis gedekt is.



## 6. Medische betwisting

Bij geschillen van medische aard kunnen de partijen in gemeenschappelijk overleg beslissen dit geschil te regelen via een minnelijke medische expertise, via 2 dokters in de geneeskunde, gekozen door de partijen.

Indien beide artsen niet tot een akkoord komen, zullen ze een 3e dokter kunnen aanstellen of zich voor deze keuze wenden tot de Voorzitter van de bevoegde Rechtbank van Eerste Aanleg en dit op verzoek van de meest gereede partij.

Elke partij betaalt de honoraria van haar dokter en de helft van de honoraria van de derde.

# Allerlei

## 1. Aanvang

De polis is afgesloten, na uitgifte van de Bijzondere Voorwaarden, door betaling van de eerste premie.

De dekking wordt verleend vanaf de datum aangeduid in de Bijzondere Voorwaarden, maar niet vooraleer de eerste premie betaald is. Deze bepaling primeert op de Bijzondere Voorwaarden.

## 2. Vrije keuze

De *verzekerde* heeft volledig vrije keuze van *verpleeginrichting*, kamertype en behandelend geneesheer.

## 3. Verzekeringsgebied

De waarborgen gelden over de hele wereld.

## 4. Verklaringen/andere verzekeringen

De *verzekeringnemer* of de *verzekerde* zijn verplicht elke andere verzekering die hetzelfde voorwerp heeft en/of aan dezelfde *verzekerden* dekking verleent, aan *Baloise Insurance* kenbaar te maken.

## 5. Duur van de verzekering en opzegging

De polis wordt aangegaan voor het leven. Indien de *verzekeringnemer* er echter uitdrukkelijk om verzoekt en er belang bij heeft, kan de polis ook voor een beperkte duur worden afgesloten.

De *verzekeringnemer* heeft het recht de polis jaarlijks op te zeggen tegen de vervaldag. Dit moet per aangetekende brief gebeuren en de aanvraag moet ons 3 maanden vóór de jaarvervaldag bereiken.

*Baloise Insurance* kan de polis enkel opzeggen wegens niet-betaling van de premie (zie volgende rubriek) of wegens fraude. Indien de *verzekerde* op het ogenblik van de beëindiging van de polis of schorsing van de dekking gehospitaliseerd is, zal *Baloise Insurance* de hiermee gepaard gaande hospitalisatiekosten toch terugbetalen, met aftrek van de voor de *verzekerde* voor deze periode verschuldigde premie.

De kosten voor *ambulante verzorging* gemaakt na de beëindiging van de polis of tijdens de schorsing van de dekking, komen echter niet meer in aanmerking voor terugbetaling.

## 6. Premiebetaling

De premie, verhoogd met de taksen en bijdragen, is een jaarpremie, ook indien in de Bijzondere Voorwaarden gespreide premiebetaling wordt toegestaan.

De premie moet op de vervaldagen vooruitbetaald worden op verzoek van *Baloise Insurance* of de bemiddelaar die op dat ogenblik daartoe door *Baloise Insurance* gemandateerd is.

Bij niet-betaling van een premie kunnen wij de waarborgen schorsen of de polis opzeggen. Hiervoor stellen wij de *verzekeringnemer* per aangetekende brief in gebreke. Deze brief bevat een aanmaning tot betaling van de premie binnen een termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de afgifte van de aangetekende brief ter post. De premies waarvoor wij de *verzekeringnemer* in gebreke hebben gesteld, moeten rechtstreeks en uitsluitend aan ons worden betaald.

De schorsing van de waarborgen of de opzegging van de verzekering gaat onmiddellijk in indien de premie binnen de hiervoor gestelde termijn niet betaald is. Nieuwe schadegevallen zijn dan niet meer verzekerd.

Indien de waarborgen geschorst zijn, gaan ze pas opnieuw in voege op het ogenblik dat het bedrag van de achterstallige premies, vermeerderd met de interesten, op onze bankrekening is betaald. *Baloise Insurance* kan deze wederinwerkingstelling van de polis afhankelijk maken van de gunstige uitslag van eventueel te vervullen medische formaliteiten.

Tijdens de schorsingsperiode hebben wij het recht om de polis op te zeggen. Indien we ons dat recht in de ingebrekestelling hebben voorbehouden, gaat de opzegging ten vroegste in na het verstrijken van een termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing. Indien we ons dat recht niet hebben voorbehouden in de ingebrekestelling zal de eventuele opzegging gebeuren via een nieuwe aangetekende brief.

## 7. Aanpassing van premies, vrijstellingen, prestaties en dekkingsvoorwaarden

De premies, de vrijstellingen en de prestaties kunnen worden aangepast op de jaarvervaldag van de polis op grond van de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen. De indexaanpassing in een kalenderjaar gebeurt op de jaarvervaldag door toepassing van de verhouding tussen het indexcijfer van augustus van het kalenderjaar dat voorafgaat aan het kalenderjaar van de indexatie en het indexcijfer van augustus van het kalenderjaar dat 2 jaar voorafgaat aan het kalenderjaar van de indexatie.

De premies, de vrijstellingen en de prestaties kunnen eveneens worden aangepast op de jaarvervaldag van de polis op grond van de evolutie van het specifieke indexcijfer 'waarborg Eenpersoonskamer' indien de evolutie van deze index die van het indexcijfer van de consumptieprijzen overschrijdt. Deze aanpassing houdt geen rekening met de leeftijdsklasse waarin de *verzekerde* zich bevindt. De indexaanpassing in een kalenderjaar gebeurt op de jaarvervaldag door toepassing van de verhouding tussen het indexcijfer van het tweede trimester van het kalenderjaar dat voorafgaat aan het kalenderjaar van de indexatie en het indexcijfer van het tweede trimester van het kalenderjaar dat 2 jaar voorafgaat aan het kalenderjaar van de indexatie.

Indien blijkt dat het tarief na toepassing van de hiervoor omschreven indexatie verlieslatend is of dreigt te worden, kan de wettelijk bevoegde toezichthouder ons, nadat wij er al dan niet zelf hebben om verzocht, opdragen om een tariefaanpassing en/of een aanpassing van de dekkingsvoorwaarden door te voeren. Wij brengen u schriftelijk op de hoogte van deze aanpassing en zullen dan de gewijzigde voorwaarden of het gewijzigde tarief toepassen vanaf de eerstkomende jaarvervaldag, die volgt op het bericht van kennisgeving. Indien u het met deze aanpassingen niet eens bent, kunt u uw polis via een aangetekende brief opzeggen. Indien wij u hiervan ten minste 4 maanden vóór de jaarvervaldag op de hoogte brengen, dan kunt u de polis opzeggen tegen de jaarvervaldag; u moet hierbij wel een opzeggingstermijn van 3 maanden naleven.

Indien wij u minder dan 4 maanden vóór de jaarvervaldag van de aanpassingen op de hoogte brengen, hebt u gedurende 3 maanden na deze kennisgeving tijd om een beslissing te nemen:

- kunt u een opzeggingstermijn van ten minste één maand naleven, dan kunt u de polis opzeggen tegen de jaarvervaldag;
- in alle andere gevallen kunt u opzeggen met een opzeggingstermijn van één maand. Indien de jaarvervaldag in de opzeggingstermijn van één maand valt, rekenen wij voor de periode die na de jaarvervaldag ligt een proratapremie aan tegen het oude tarief en behoudt u voor deze periode de oude voorwaarden.

Als de *verzekerde* tijdens de looptijd van de polis van beroep verandert of indien zijn statuut in het stelsel van sociale zekerheid wijzigt, moet hij ons hiervan schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengen. Wij kunnen naar aanleiding van deze wijzigingen de premie, de vrijstellingstermijnen en de dekkingsvoorwaarden wijzigen.

## 8. Aanvaarding van de risico's/nieuwe aansluitingen

*Baloise Insurance* stelt de aansluiting van de *verzekerde* afhankelijk van de gunstige uitslag van de medische vragenlijst. Op vraag van *Baloise Insurance* moet de *verzekerde* verdere medische formaliteiten vervullen.

*Baloise Insurance* behoudt zich het recht voor, hetzij een aansluiting te weigeren, hetzij bijkomende Bijzondere Voorwaarden voor te stellen. In het laatste geval worden de beperkende bepalingen van medische aard vastgelegd in een individuele bijakte aan de polis.

Deze bijakte maakt integraal deel uit van de polis en is bindend voor alle partijen.

Pasgeborenen kunnen aangesloten worden vanaf de geboortedatum zonder medische formaliteiten op voorwaarde dat:

1. een van de ouders bij de geboorte ten minste 6 maanden verzekerd is;
2. de aansluiting is aangevraagd binnen een maand na de geboorte.

## 9. Mededelingen

De *verzekeringnemer* verbindt zich er toe elke adreswijziging dadelijk aan *Baloise Insurance* te melden. De voor *Baloise Insurance* bestemde mededelingen moeten gedaan worden aan een van haar zetels in België. De voor de *verzekeringnemer* bestemde mededelingen zijn geldig gedaan aan het laatste door *Baloise Insurance* gekende adres.

Indien u of een *verzekerde* het statuut van US Person verwerft of om een andere reden belastingplichtig is of wordt in de Verenigde Staten moet de *verzekeringnemer* dit onmiddellijk melden aan *Baloise Insurance*. *Baloise Insurance* moet ook op de hoogte worden gebracht indien een van de genoemde personen het statuut van US Person verliest of om een andere reden niet langer meer belastingplichtig is in de Verenigde Staten. Men wordt als US Person beschouwd indien men:

- Amerikaans staatsburger is of zijn domicilie heeft in de Verenigde Staten;
- houder is van een dubbele nationaliteit waaronder de Amerikaanse;
- houder is van een US Green Card of een andere vergunning tot permanent verblijf in de Verenigde Staten;
- langere tijd in de Verenigde Staten verbleef; dit wil zeggen in het lopende jaar minstens 31 dagen of in de laatste 3 jaar meer dan 183 dagen.

Indien u of een *verzekerde* in de loop van de polis als US Person gaat verblijven in de Verenigde Staten, moet u ons voor ieder die in de Verenigde Staten verblijft, een contactadres in België meedelen. Daarenboven keert *Baloise Insurance* de verzekerde prestaties enkel uit op bankrekeningen geopend bij een financiële instelling die gevestigd is buiten de Verenigde Staten.

## 10. Verplichte mededelingen

Het Belgische recht en de dwingende bepalingen van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de diverse uitvoeringsbesluiten zijn van toepassing. De andere bepalingen gelden eveneens, behalve wanneer ervan wordt afgeweken in deze Algemene of Bijzondere Voorwaarden.

# Begripsomschrijvingen

## Ambulante verzorging

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

## Baloise Insurance

Baloise Insurance is de handelsnaam van Baloise Belgium nv.

## Bijstandsverzekeraar

De bijstandsverzekeraar voor de waarborg Bijstand zoals vermeld in de betreffende rubriek is Inter Partner Assistance (IPA) met zetel in 1050 Brussel, Troonstraat 98, B9, en erkend onder codenummer 487.

## Geneesmiddel

Een product dat uitsluitend in de apotheek verkocht wordt en voorgeschreven is door een geneesheer en dat behoort tot de farmaceutische producten als dusdanig geregistreerd door het bevoegde ministerie.

## Hospitalisatie

Hieronder verstaan wij elk medisch noodzakelijk verblijf in een *verpleeginrichting* van ten minste één nacht.

## Hotelkosten

De kosten van de overnachting in kamer met ontbijt.

## One day clinic

Onder een behandeling van het type *one day clinic* (of daghospitalisatie) verstaan wij een verblijf in een *verpleeginrichting* waarvoor door de *verpleeginrichting* een mini- of maxiforfait of een forfait A, B, C of D gefactureerd wordt.

## Ongeval

Een plots voorval waarvan de oorzaak of een van de oorzaken buiten het organisme van de *verzekerde* ligt en dat een lichamenlijk letsel tot gevolg heeft.

## Orthopedisch toestel

Een toestel dat dient om misvormingen van het lichaam te voorkomen of te corrigeren.

## Palliatieve verzorging

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

## Prothese

Een toestel dat de functie van een orgaan of lidmaat geheel of gedeeltelijk vervangt.

## Verpleeginrichting

Een instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis en waarin de personen die er worden opgenomen kunnen verblijven en op ieder ogenblik onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde kunnen ondergaan. De opname in deze instelling moet gebeuren omdat de gezondheidstoestand van de betrokkene dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de *ziekte* te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.

Worden niet als *verpleeginrichting* beschouwd:

1. psychiatrische verzorgingstehuizen;
2. medisch-pedagogische inrichtingen;
3. kuurinrichtingen;
4. inrichtingen uitsluitend bestemd om bejaarden, kinderen of herstellenden te herbergen;
5. instellingen exclusief bestemd voor ontwenningsskuren als gevolg van drugs-, alcohol- of medicijngebruik.

## Verzekerde

Iedere persoon op wiens hoofd de polis afgesloten is en die in deze hoedanigheid in de Bijzondere Voorwaarden wordt vermeld.

## Verzekeringnemer

Diegene die een polis afsluit bij *Baloise Insurance*, in deze polis 'u' genoemd.

## Verzekeringsjaar

Een verzekeringsjaar is de periode van 12 maanden, te rekenen vanaf de jaarvervaldag die bepaald is in de Bijzondere Voorwaarden van de polis. Indien de aansluitingsdatum van een *verzekerde* niet overeenkomt met de jaarvervaldag, bestaat het eerste verzekeringsjaar uit de periode tussen de datum van aansluiting en de jaarvervaldag van de polis.

## Wettelijke tegemoetkoming

- voor kosten in België gemaakt, elke terugbetaling voorzien door de Belgische sociale wetgeving die van toepassing is voor de werknemers, met name:
  - de wetgeving betreffende de verplichte verzekering tegen *ziekte* en invaliditeit;
  - de wetgeving betreffende de *arbeidsongevallen*;
  - de wetgeving betreffende de *beroepsziekten*;
- voor kosten gemaakt in het buitenland, elke terugbetaling voorzien door een met het betrokken land gesloten overeenkomst over sociale zekerheid van werknemers of bij ontstentenis daarvan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling bepaald in de Belgische sociale wetgeving die van toepassing is voor de werknemers.

Indien de *verzekerde* deze wettelijke tegemoetkoming om welke reden ook niet ontvangt, of er geen recht op heeft, wordt rekening gehouden met een fictieve tegemoetkoming gelijk aan de wettelijke tegemoetkoming.

## Ziekte

Een aantasting van de gezondheid wegens een andere oorzaak dan een *ongeval*, met aanwijsbare, medisch objectiveerbare symptomen, erkend door een geneesheer die wettelijk gemachtigd is de geneeskunde uit te oefenen.

## Zware ziekte

Dit zijn in het kader van deze polis de hierna genoemde *ziekten*: kanker (met inbegrip van leukemie en *ziekte* van Hodgkin), multiple sclerose, *ziekte* van Parkinson, *ziekte* van Pompe, tetanus, pokken, meningitis, encephalitis, aids, amyotrofe lateraal-sclerose, progressieve spierdystrofie, *ziekte* van Alzheimer, poliomyelitis, *ziekte* van Crohn, (para)tyfus, cholera, tuberculose, virale hepatitis, mucoviscidose, diabetes, malaria, difterie, miltvuur, *ziekte* van Creutzfeldt-Jakob en *ziekten* waarvoor nierdialyse vereist is.

---

Wij doen elke dag ons best om u een optimale service te bieden.  
Bent u toch niet helemaal tevreden of hebt u een opmerking?  
Laat het ons weten, dan kunnen wij onze diensten verder verbeteren en u helpen.  
U kunt ons bereiken via telefoon: 078 15 50 56 of via mail: [ombudsdienst@baloise.be](mailto:ombudsdienst@baloise.be).

Indien dit geen oplossing biedt, dan kunt u zich richten tot:  
Ombudsdienst Verzekeringen vzw, de Meeûssquare 35 - 1000 Brussel  
Tel. 02 547 58 71 - Fax 02 547 59 75 - [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as)

U behoudt natuurlijk ook het recht om naar de rechtbank te stappen.

---