

KliniPlan

Algemene voorwaarden

VMOB SOHO | Sint-Jansstraat 32-38 | 1000 Brussel

Verzekeringsmaatschappij door de CDZ toegelaten onder
nr. 350/01 om de tak 2 “ziekte” te beoefenen
Versie 013 - editie 01/2022

Inhoud

Artikel 1 : Definities.....	3
Artikel 2 : Doel van de verzekering.....	6
Artikel 3 : Verplichtingen van de verzekerde bij de onderschrijving of toetreding tot het verzekeringscontract	6
Artikel 4 : Inwerkingtreding,duur en einde van de verzekering	6
Artikel 5 : Adreswijziging, wijziging in het mutualistisch gezin	7
Artikel 6 : Premie	7
Artikel 7 : Indexering, tariefwijziging en aanpassing van de dekkingsvoorwaarden	8
Artikel 8 : Wachtijd	8
Artikel 9 : Module Hospitalisatie	8
Artikel 10 : Module Pre- en posthospitalisatie	10
Artikel 11 : Module Ernstige Ziekte	10
Artikel 12 : Verzekeringsgrenzen	11
Artikel 13 : Uitsluitingen.....	11
Artikel 14 : Territoriale geldigheid.....	12
Artikel 15 : Schadeaangifte.....	12
Artikel 16 : Terugbetalingsmodaliteiten	13
Artikel 17 : Minnelijke Medische Expertise	13
Artikel 18 : Onterechte betalingen	13
Artikel 19 : Subrogatie.....	13
Artikel 20 : Sancties.....	13
Artikel 21 : Klachten	13
Artikel 22 : Gegevensverwerking.....	13
Artikel 23: Algemene bepalingen	14
Artikel 24 : Bijzondere bepalingen bij overstap van KliniPlanPlus naar KliniPlan	14
Informatie over de kosten en lasten met betrekking tot de premie 2022.....	15

Artikel 1 : Definities

- 1.1 Ambulante zorgen:**
Medische zorgen verleend buiten een hospitalisatie.
- 1.2 Daghospitalisatie:**
Een medische noodzakelijke opname in een ziekenhuis, waarvoor geen verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd, maar wel een forfaitair bedrag wordt aangerekend, zoals bepaald in artikel 4 van de nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen van 29 november 2013.
- 1.3 Ereloonsupplement:**
Het aandeel dat de zorgverlener aanreket bovenop het officiële tarief zoals vastgelegd in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, in zoverre dit supplement wettelijk mocht aangerekend worden.
- 1.4 Ernstige ziekten:**
Eén van de volgende ziekten:
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Aids• Brucellose• Cerebrospinale Meningitis• Cholera• Colitis Ulcerosa• Crohn• Diabetes• Difterie• Encefalitis• Kwaadaardige woekeringen (o.a. kanker, Kahler, Hodgkin, leukemie)• Levercirrose• Mazelen• Miltvuur• Mucoviscidose | <ul style="list-style-type: none">• Neuromusculaire aandoeningen zoals omschreven in de revalidatie-overeenkomst met de referentiecentra (o.a. MS, ALS, Parkinson)• Nieraandoening met noodzaak tot nierdialyse• Poliomyelitis• Pokken• Rode hond• Roodvonk• Sarcoïdose• Systeemsclerose• Tetanus• Tuberculose• Tyfus |
|--|---|
- 1.5 Gelijkaardige mutualistische verzekering:**
Elke hospitalisatieverzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die voorziet in een kostendekkende vergoeding en waarvan de terugbetaling van de supplementen in een één- en tweepersoonskamer gelijkaardig is aan die van de verzekering KliniPlan.
- Het bewijs van dekking door een gelijkaardige verzekering wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken Belgische mutualistische entiteit.
- 1.6 Gelijkaardige commerciële verzekering:**
Elke hospitalisatieverzekering ingericht door een privéverzekeraar die voorziet in een kostendekkende vergoeding en waarvan de terugbetaling van de supplementen in een één- en tweepersoonskamer gelijkaardig is aan die van de verzekering KliniPlan.
- Het bewijs van dekking door een gelijkaardige commerciële verzekering wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken privéverzekeraar.
- 1.7 Geneesmiddel:**
Ieder product dat uitsluitend in de apotheek wordt afgeleverd, dat voorgeschreven is door een arts en dat ofwel als geneesmiddel vergund is door de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft of door de Europese Commissie (cf. artikel 6 van de wet van 25 maart 1964 op de

geneesmiddelen) ofwel als magistrale bereiding bereid is (cf. artikel 6quater § 3, van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen).

Worden onder andere niet als geneesmiddel beschouwd: (steun)kousen, homeopathische middelen, pampers, verzorgingsproducten.

- 1.8 Gerechtigde:**
De natuurlijke 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 de hoedanigheid van gerechtigde bij een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds is ingeschreven.
- 1.9 GVU-wet:**
De wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.
- 1.10 Hospitalisatie:**
Een medisch noodzakelijke opname in een ziekenhuis waarvoor een bedrag per verpleegdag wordt gefactureerd zoals bepaald in artikel 3 van de nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen van 29 november 2013.
- Iedere hospitalisatie waarvoor het ziekenhuis conform artikel 97 en / of artikel 152 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, kamer- of ereloonsupplementen heeft aangerekend, zal volledig worden beschouwd als een hospitalisatie op een éénpersoonskamer
- 1.11 Implantaat:**
Elk synthetisch of lichaamsvreemd instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk ander artikel, alleen of in combinatie gebruikt, dat door de fabrikant is bestemd om uitsluitend bij de mens en hoofdzakelijk voor de volgende doeleinden te worden 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, waarbij de belangrijkste beoogde werking op het menselijk lichaam niet met farmacologische, chemische of immunologische middelen of door het metabolisme wordt bereikt, maar wel door dergelijke middelen kan worden ondersteund.
- Het implantaat wordt op chirurgische of medische wijze in het menselijk lichaam of in een natuurlijke opening geheel of gedeeltelijk geïmplanteerd of het vervangt een deel van het epitheelweefsel. Het implantaat is bestemd om na de ingreep gedurende tenminste 30 dagen geïmplanteerd te blijven; het is enkel te verwijderen door een chirurgische of medische ingreep.
- 1.12 Kamersupplement:**
Het aandeel dat het ziekenhuis aanreket bij verblijf in een éénpersoonskamer, conform art. 97 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2005 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, in zoverre dit supplement wettelijk mocht aangerekend worden.
- 1.13 Kind:**
Het kind van de gerechtigde dat de leeftijd van 25 jaar nog niet bereikt heeft en in de hoedanigheid van persoon ten laste ingeschreven staat bij de gerechtigde.

1.14 Medisch technisch hulpmiddel:

Elk synthetisch of lichaamsvreemd instrument, apparaat, toestel, elke stof of elk ander artikel, alleen of in combinatie gebruikt, dat door de fabrikant is bestemd om uitsluitend bij de mens en hoofdzakelijk voor de volgende doeleinden te worden 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, waarbij de belangrijkste beoogde werking op het menselijk lichaam niet met farmacologische, chemische of immunologische middelen of door het metabolisme wordt bereikt, maar wel door dergelijke middelen kan worden ondersteund.

Het medisch technisch hulpmiddel dringt niet in het lichaam binnen, noch via een lichaamsopening, noch door het lichaamsoppervlak heen.

Medisch technische hulpmiddelen zijn onder andere brilglazen, contactlenzen, hoorapparaten, krukken en orthopedische zolen.

1.15 Mutualistisch gezin:

De gerechtigde en zijn personen ten laste zoals deze gekend zijn bij de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen.

De samenstelling van het mutualistisch gezin kan afwijken van de gezinssamenstelling zoals deze gekend is in het bevolkingsregister.

1.16 Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

Het geheel van codes, bedoeld in artikel 35 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met de geneeskundige prestaties die (geheel of gedeeltelijk) vergoed worden (KB van 14 september 1984 en latere wijzigingen).

1.17 Ongeval:

Iedere plotse gebeurtenis waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van de verzekerde ligt en die zijn/haar fysieke integriteit aantast.

1.18 Opzettelijke daad:

De vrijwillig en bewust gestelde handeling die schade teweegbrengt welke redelijkerwijs te voorzien is.

1.19 Orthopedisch toestel:

Een apparaat bestemd om lichamelijke afwijkingen te corrigeren.

1.20 Persoon ten laste:

De natuurlijke persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wel als rechthebbende maar niet als gerechtigde is aangesloten bij een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds.

Een persoon ten laste kan slechts als verzekerde aanvaard worden, mits hij hetzelfde verzekeringsproduct onderschrijft als de gerechtigde van het mutualistisch gezin.

1.21 Premie:

Bedrag dat de verzekeraar vraagt als tegenprestatie voor haar verbintenissen, eventueel verhoogd met belastingen en/of bijkomende heffingen van welke aard ook, bij wet of bij enige andere reglementaire beschikking opgelegd.

1.22 Preventieve onderzoeken en behandelingen:

Het geheel van maatregelen, onderzoeken en behandelingen die uitgevoerd worden vóór de verschijning van enige symptomen van een ziekte.

De maatregelen, onderzoeken en behandelingen die worden uitgevoerd om de verergering van een ziekte of gezondheidstoestand, of het risico tot uitbreiding van een ziekte te voorkomen, worden niet als preventieve onderzoeken en behandelingen aanzien.

1.23 Prothese:

Kunstledematen en toestellen bedoeld om een aangetast lichaamsdeel of orgaan geheel of gedeeltelijk te vervangen. Inwendige prothesen maken deel uit van de implantaten.

1.24 Psychiatrische opname:

Ieder medisch noodzakelijk verblijf, waarvoor minstens 1 nacht gefactureerd wordt, in een instelling die wettelijk erkend is als psychiatrisch ziekenhuis in de zin van artikel 3 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgings-inrichtingen.

1.25 Remgeld (persoonlijk aandeel):

Het deel van de geneeskundige verzorging dat door de verzekerde dient gedragen te worden, en dat wettelijk werd vastgelegd.

1.26 Synthesemateriaal:

Elk synthetisch of lichaamsvreemd instrument, toestel of apparaat, elke stof of elk ander artikel, alleen of in combinatie gebruikt, dat door de fabrikant is bestemd om uitsluitend bij de mens en hoofdzakelijk voor de volgende doeleinden te worden aangewend:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte;
- diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van verwondingen of een handicap;
- onderzoek naar of vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces, waarbij de belangrijkste beoogde werking in of aan het menselijk lichaam niet met farmacologische of immunologische middelen of door metabolisme wordt bereikt, maar wel door dergelijke middelen kan worden ondersteund.

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.

1.27 Toezicht, raadplegingen, onderzoeken, behandelingen:

De medische en paramedische prestaties verstrekt of voorgeschreven door een arts en opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

1.28 Vaccin:

Het antigeen preparaat dat als entstof toegediend de preventie van sommige microbiële, virale of parasitaire infecties mogelijk maakt, erkend in België.

1.29 Verpleegdag:

De kost die het ziekenhuis mag aanrekenen voor elke hospitalisatiedag met overnachting (opname vóór middernacht en ontslag na 8.00u 's anderendaags) conform artikel 3 van de nationale overeenkomst

tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen van 29 november 2013.

1.30 Verzekeraar:

VMOB SoHo, met maatschappelijke zetel te Sint-Jansstraat 32-38, 1000 Brussel, die erkend is als onderneming onder het nummer 350/01, toegelaten door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen bij beslissing van 23 november 2011 om ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen aan te bieden.

1.31 Verzekerde:

Het lid van het mutualistisch gezin op wie het risico rust en die de begunstigde is van het verzekeringscontract.

1.32 Verzekeringnemer:

De gerechtigde van het mutualistisch gezin die het verzekeringscontract heeft onderschreven voor eigen rekening en/of voor rekening van de verzekerden en die gehouden is tot betaling van de premies of de feitelijk gescheiden echtgeno(o)t(e) van de gerechtigde die hier schriftelijk om gevraagd heeft.

1.33 Verzekeringscontract:

Het verzekeringscontract wordt gevormd door deze Algemene Voorwaarden en de Bijzondere Voorwaarden. De Bijzondere Voorwaarden primeren op de Algemene Voorwaarden.

1.34 Verzekeringsjaar:

De periode van 12 maanden, te rekenen vanaf de jaarlijkse vervalddag van het verzekeringscontract. De jaarlijkse vervalddag wordt in de Bijzondere Voorwaarden vermeld.

Indien de toetreding tot het verzekeringscontract voor een verzekerde niet overeenstemt met de jaarlijkse vervalddag, bestaat het eerste verzekeringsjaar voor die verzekerde uit de periode tussen de datum van toetreding tot het verzekeringscontract en de jaarlijkse vervalddag.

1.35 Vooraf bestaande toestand:

Elke aandoening, ziekte of toestand (bijvoorbeeld: zwangerschap) van de verzekerde welke op het ogenblik van de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract al bestond, of waarvan de symptomen zich al gemanifesteerd hadden, waarna de ziekte, aandoening of toestand binnen een termijn van 24 maanden na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract werd gediagnosticeerd. De aandoening, ziekte of toestand werd op de medische vragenlijst vermeld of werd - al dan niet opzettelijk - niet op de medische vragenlijst vermeld.

1.36 Vrijstelling:

Deel van de kosten, gedekt door het verzekeringscontract, dat ten laste blijft van de verzekeringnemer.

1.37 Wachtijd:

De periode die ingaat bij de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract en tijdens dewelke geen enkel recht op tegemoetkoming kan ontstaan of gevraagd worden. De premie is verschuldigd gedurende deze periode.

1.38 Wettelijke tegemoetkoming:

Elke terugbetaling voorzien door:

- de Belgische wetgeving;

- de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- de wet op de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971);
- de wet op de beroepsziekten (wet van 03 juni 1970);
- de wet betreffende de maximumfactuur (wet van 05 juni 2002);
- de wet betreffende de oprichting van het statuut van nationale solidariteit, de toekenning van een herstelpensioen en de terugbetaling van medische zorg ingevolge daden van terrorisme (wet van 18 juli 2017).
- een overeenkomst gesloten in het kader van de Sociale Zekerheid tussen België en het betrokken land of bij gebrek hiervan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgeving.
- de tegemoetkomingen die de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen aanbieden overeenkomstig artikel 3, eerste lid b) of c), van de wet van 06 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.
- de wet betreffende de maximumfactuur (wet van 05 juni 2002)

1.39 Ziekenfonds:

Een vereniging van natuurlijke personen die het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn als streefdoel heeft in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit, zoals bepaald in artikel 2 van de wet van 06 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

1.40 Ziekenhuis:

Een instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis volgens artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

Worden niet beschouwd als een ziekenhuis:

- revalidatiecentra;
- psychiatrische instellingen;
- medico-pedagogische instellingen (MPI's);
- instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen;
- gedeelten van ziekenhuizen die erkend zijn voor toepassing van rust- en kuuroorden;
- ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" verkregen hebben (koninklijk besluit nr. 59 van 22 juli 1982 tot wijziging van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging).

Het brandwondencentrum van Neder-over-Heembeek valt wel onder de term "ziekenhuis".

1.41 Ziekte:

Elke aantasting van de gezondheid van de verzekerde die niet uit een ongeval voortvloeit, die objectieve en fysiologische symptomen vertoont welke een onbetwistbare diagnose mogelijk maken en die erkend is door een arts die hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik van de vaststelling van de ziekte, de

wettelijke toelating heeft om de geneeskunde te beoefenen.

Artikel 2 : Doel van de verzekering

Deze verzekering beoogt, binnen de grenzen van het verzekeringscontract, tegemoet te komen in de kosten van:

- hospitalisatie;
- ambulante zorgen voorafgaand en volgend op een hospitalisatie;
- ambulante zorgen die rechtstreeks verband houden met een ernstige ziekte.

Artikel 3 : Verplichtingen van de verzekerde bij de onderschrijving of toetreding tot het verzekeringscontract

Om als verzekeringnemer en / of verzekerde aanvaard te kunnen worden, moet hij / zij:

- lid zijn van een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds;
- de aanvullende bijdrage betaald hebben zoals bepaald in artikel 67 van de wet van 26 april 2010;
- als gerechtigde of persoon ten laste ingeschreven zijn;
- een verzekeringsvoorstel, een medische vragenlijst en een behoefte-analyse invullen en ondertekenen.

Indien de kandidaat-verzekerde een persoon ten laste is, mogen het verzekeringsvoorstel en de medische vragenlijst ingevuld en ondertekend worden door de verzekeringnemer.

Pasgeborenen en adoptiekinderen jonger dan 3 jaar kunnen tot een verzekeringscontract toetreden zonder medische vragenlijst (en bijgevolg zonder vooraf bestaande toestand), op voorwaarde dat het verzekeringsvoorstel binnen de 90 dagen na de geboorte of de adoptie bij de verzekeraar wordt ingediend.

De aanvaarding van de verzekerde gebeurt overeenkomstig het acceptatiebeleid van de verzekeraar dat op dat ogenblik van toepassing is.

Artikel 4 : Inwerkingtreding, duur en einde van de verzekering

4.1 Inwerkingtreding van, of toetreding tot, het verzekeringscontract

Het verzekeringscontract treedt in werking op de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, doch nooit vóór de 1^e van de maand volgend op de ontvangst van het volledig ingevuld verzekeringsvoorstel en in voorkomend geval de medische vragenlijst, noch vóór de betaling van de 1^e premie.

De verzekeraar is tot geen enkele prestatie gehouden vóór de inwerkingtreding van het verzekeringscontract. Dezelfde regels zijn van toepassing wanneer een verzekerde toetreedt tot een bestaand verzekeringscontract.

In afwijking van deze algemene bepaling treedt het verzekeringscontract van een pasgeborene of adoptiekind jonger dan 3 jaar in werking vanaf de geboorte- of adoptiedatum, wanneer een volledig ingevuld en ondertekend verzekeringsvoorstel binnen de 90 dagen na de geboorte of adoptie wordt ingediend, doch enkel voor zover de geboorte- of adoptiedatum niet voorafgaat aan de inwerkingtreding van het verzekeringscontract.

4.2 Duur van het verzekeringscontract

Het verzekeringscontract wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

4.3 Einde van het verzekeringscontract

4.3.1 Bij overlijden van de verzekeringnemer wordt het verzekeringscontract van de verzekerden beëindigd op het einde van de maand waarin de verzekeringnemer overleden is. De verzekerden kunnen genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 5 van deze Voorwaarden.

4.3.2 Bij overlijden van de verzekerde wordt het verzekeringscontract beëindigd op de dag van het overlijden.

4.3.3 Wanneer de verzekerde niet langer lid is van één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen wordt het verzekeringscontract beëindigd.

4.3.4 Indien de verzekerde uitgesloten werd uit de aanvullende verzekering van één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen, wordt het verzekeringscontract beëindigd.

4.3.5 Indien een verzekerde de hoedanigheid van persoon ten laste ten aanzien van de verzekeringnemer verliest, wordt het verzekeringscontract in hoofde van de verzekerde beëindigd op het einde van de maand dat het verlies van hoedanigheid wordt bevestigd door het ziekenfonds. De verzekerde kan genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 5 van deze Voorwaarden.

4.3.6 Wanneer de verzekeringnemer de hoedanigheid van gerechtigde verliest, wordt het verzekeringscontract van de verzekeringnemer en de verzekerden beëindigd op het einde van de maand dat het verlies van hoedanigheid wordt bevestigd door het ziekenfonds. De verzekeringnemer en de verzekerden kunnen genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 5 van deze Voorwaarden.

4.3.7 Ingeval van niet-betaling van de premie op de jaarlijkse vervalddag wordt het verzekeringscontract beëindigd overeenkomstig de procedure bepaald in artikel 6.2 van deze Voorwaarden.

4.3.8 Het verzekeringscontract wordt op vraag van de verzekeringnemer beëindigd. Er is een opzegtermijn van ten minste 3 maanden die ingaat vanaf de 1^e dag die volgt op de dag dat de opzegging wordt aangevraagd via een aangetekend schrijven, een deurwaardersexploot of door afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs. De niet-verbruikte maandpremies worden teruggestort aan de verzekeringnemer.

4.3.9 Het verzekeringscontract wordt op vraag van de verzekeringnemer beëindigd op de jaarlijkse vervalddag van de premie, op voorwaarde dat de opzegging binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een aanpassing van de premie of aanpassing van deze Voorwaarden gebeurt, en dat de opzeg wordt aangevraagd via een aangetekend schrijven, een deurwaardersexploot of door afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs. Deze bepaling is niet van toepassing wanneer de premie wordt aangepast overeenkomstig artikel 7 § 1, van deze Voorwaarden. De verzekeringnemer heeft in deze situatie wel de mogelijkheid om de polis op te zeggen zoals bepaald in artikel 4.3.8.

De verzekeraar is gehouden tot vergoeding van de kosten zoals bepaald in de artikelen 9 en 10 van deze Voorwaarden

voor elk schadegeval ontstaan voor de stopzetting van het verzekeringscontract.

De vergoeding van de kosten verbonden aan ambulante zorgen die rechtstreeks verband houden met een ernstige ziekte worden voor de verzekeraar beperkt tot het bedrag van de kosten verwezenlijkt op datum van de stopzetting van het verzekeringscontract.

Artikel 5 : Adreswijziging, wijziging in het mutualistisch gezin

De verzekeringnemer (of de verzekerde ingeval van overlijden van de verzekeringnemer) verbindt zich ertoe, zo hij/zij van woonplaats verandert of zo de samenstelling van zijn/haar mutualistisch gezin wijzigt, de verzekeraar schriftelijk te verwittigen binnen de 30 dagen na wijziging.

Onder wijziging in het mutualistisch gezin wordt verstaan:

- het overlijden van de verzekeringnemer of van een verzekerde;
- het verlies van hoedanigheid van persoon ten laste in hoofde van een verzekerde;
- het verlies van hoedanigheid van gerechtigde in hoofde van de verzekeringnemer;
- de toevoeging van een persoon ten laste aan het gezin.

Bij wijziging in het mutualistisch gezin heeft de verzekerde, die het voordeel van deze verzekering verliest overeenkomstig de bepalingen van artikel 4.3 van deze Voorwaarden, het recht om deze verzekering voort te zetten, op voorwaarde weliswaar dat de verzekerde aangesloten is bij één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen.

Het aanbod tot voortzetting wordt door de verzekeraar binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf het ogenblik dat de verzekeraar kennis neemt van de wijziging, overgemaakt aan de verzekerde. De verzekerde heeft een termijn van 60 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van het aanbod tot voortzetting, om het aanbod schriftelijk te aanvaarden.

Ingeval van aanvaarding treedt het verzekeringscontract in werking vanaf de eerste van de maand volgend op het verlies van het voordeel van de vorige verzekering. De verzekerde dient bij voortzetting geen nieuwe medische vragenlijst in te vullen.

Indien de verzekeringnemer (of de verzekerde ingeval van overlijden van de verzekeringnemer) zich niet houdt aan één van bovenvermelde voorwaarden, vervalt het recht op voortzetting voor de verzekerde.

Artikel 6 : Premie

6.1 Betaling van de premie

De premie voor alle verzekerden samen, is verschuldigd door de verzekeringnemer op de jaarlijkse vervaldag vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

De premie is betaalbaar bij aanbieding van het vervaldagbericht of het verzoek om betaling, verstuurd door de verzekeraar naar het laatst gekend adres van de verzekeringnemer. Ingeval van niet-betaling van de premie geldt artikel 6.2 van deze Voorwaarden.

De premie wordt berekend rekening houdende met de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van inwerkingtreding van, of toetreding tot, het verzekeringscontract én in functie van de leeftijdscategorie waartoe de verzekerde behoort op de jaarlijkse vervaldag vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

Indien er door een verzekeringscontract meer dan 2 kinderen verzekerd worden, moet er vanaf het 3^e kind op

het verzekeringscontract geen premie meer betaald worden. De bepaling van het premievrij kind gebeurt op basis van de geboortedatum. De kinderen worden van oud naar jong gerangschikt volgens hun geboortedatum. De vrijstelling vanaf het 3^e kind is voorbehouden aan de jongste kinderen op het verzekeringscontract.

6.2 Niet-betaling van de premie

Niet-betaling van de premie op de vervaldag levert grond op tot opzegging van het verzekeringscontract mits de verzekeringnemer in gebreke is gesteld via een aangetekend schrijven.

In dit schrijven wordt de verzekeringnemer aangemaand de premie te betalen binnen een termijn die niet korter is dan 15 dagen. In deze brief wordt de aanvang van deze termijn vermeld, alsook de gevolgen van niet-betaling door de verzekeringnemer.

De opzegging van het verzekeringscontract wegens niet-betaling van de premie gaat in vanaf de dag volgend op de dag waarop de bovenvermelde termijn eindigt, doch doet geen afbreuk aan de dekking die betrekking heeft op een verzekerd voorval dat zich voor de opzeggingsdatum heeft voorgedaan.

6.3 Bedrag van de premie

Op 01.01.2022 bedraagt de jaarpremie (taksen, belastingen en wettelijke bijdragen inclusief) voor de verzekerden die bij de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract:

6.3.1 jonger zijn dan 60 jaar:	
0 tot en met 3 jaar	€ 0,00
4 tot en met 25 jaar	€ 50,16
26 tot en met 59 jaar	€ 125,52
60 tot en met 70 jaar	€ 238,68
Ouder dan 70 jaar	€ 352,80

6.3.2 tussen 60 en 66 jaar zijn:	
60 tot en met 70 jaar	€ 286,68
Ouder dan 70 jaar	€ 423,36

6.3.3 66 jaar of ouder zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract een gelijkaardige mutualistische verzekering hadden of gedekt werden door een kostendekkende verzekering onderschreven bij de verzekeraar:

66 tot en met 70 jaar	€ 286,68
Ouder dan 70 jaar	€ 423,36

6.3.4 66 jaar of ouder zijn, en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract geen gelijkaardige mutualistische verzekering hadden, noch gedekt werden door een kostendekkende verzekering onderschreven bij de verzekeraar:

66 tot en met 70 jaar	€ 323,28
Ouder dan 70 jaar	€ 478,32

In uitzondering op de alinea's 6.3.2 en 6.3.3, betalen verzekerden, die op het ogenblik van de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract 60 jaar of ouder zijn, maar die:

- al van vóór de leeftijd van 60 jaar gedekt werden door een gelijkaardige mutualistische verzekering, of
- al van vóór de leeftijd van 60 jaar gedekt werden door een kostendekkende verzekering onderschreven bij de verzekeraar,

de premie zoals voorzien in artikel 6.3.1 van deze Voorwaarden.

Artikel 7 : Indexering, tariefwijziging en aanpassing van de dekkingsvoorwaarden

§ 1. De premies, de vrijstellingen en de indexeerbare prestaties kunnen vanaf 01.01.2022 tot 31.12.2022 op de jaarlijkse vervalddag van het verzekeringscontract:

- geïndexeerd worden overeenkomstig het indexcijfer der consumptieprijzen; de aanpassing aan de index gebeurt op basis van de verhouding tussen de index van de maand september 2020 en deze van de maand juli 2021; of
- aangepast worden aan de globale medische index verbonden aan het waarborgtype eenpersoonskamer die gelden voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten indien deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijden, zoals vermeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

De premies, de vrijstellingen en de indexeerbare prestaties kunnen vanaf 01.01.2023 op de jaarlijkse vervalddag van het verzekeringscontract:

- geïndexeerd worden overeenkomstig het indexcijfer der consumptieprijzen; de aanpassing aan de index gebeurt op basis van de verhouding tussen de index van de maand juli van het jaar vóór de indexatie en deze van de maand juli van het tweede jaar vóór de indexatie; of
- aangepast worden aan de globale medische index verbonden aan het waarborgtype eenpersoonskamer die geldt voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten indien deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijdt, zoals vermeld in artikel 204 § 3, van de wet van 04 april 2014 betreffende de verzekeringen.

§ 2. Daarnaast kunnen de premie en de dekkingsvoorwaarden aangepast worden conform de bepalingen van artikel 204 van de wet van 04 april 2014 betreffende de verzekeringen en in uitzonderlijke omstandigheden die omschreven zijn in artikel 504 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en toezicht op de verzekerings- en herverzekeringsondernemingen en na goedkeuring door de Controledienst voor de ziekenfondsen.

Het verzekeringscontract kan door de verzekeringnemer worden beëindigd, zoals omschreven in artikel 4.3.9.

Artikel 8 : Wachtijd

Het recht op tegemoetkoming gaat in na een wachtijd van 3 maanden.

Deze wachtijd is niet van toepassing voor:

- 8.1 pasgeborenen of adoptiekinderen jonger dan 3 jaar op voorwaarde dat een volledig ingevuld en ondertekend verzekeringsvoorstel binnen de 90 dagen na de geboorte of adoptie wordt ingediend.
- 8.2 hospitalisaties die het gevolg zijn van een ongeval dat zich na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract heeft voorgedaan.
- 8.3 hospitalisaties ten gevolge van volgende ziekten die de verzekerde hebben getroffen na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract:
 - Bof
 - Miltvuur
 - Buiktyfus
 - Moeraskoorts
 - Cerebrospinale meningitis
 - Paratyfus

- Cholera
- Difterie
- Dysenterie
- Encefalitis
- Febris recurrens
- Kinkhoest
- Mazelen
- Poliomyelitis
- Rodehond
- Roodvonk
- Tetanus
- Tyfus
- Vlektyfus
- Waterpokken

Voor verzekerden die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract gedekt werden door een gelijkaardige mutualistische of commerciële verzekering, wordt de wachttijd verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door die verzekering. Het bewijs van dekking wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken verzekeringsmaatschappij.

Artikel 9 : Module Hospitalisatie

9.1 Basisdekking Hospitalisatie

De verzekeraar voorziet een tegemoetkoming in de hierna opgesomde kosten die voortvloeien uit een hospitalisatie ten gevolge van ziekte, ongeval, zwangerschap en/of bevalling.

- 9.1.1 De remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling worden volledig vergoed.
- 9.1.2 De kamersupplementen, bedoeld in artikel 97 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, worden vergoed tot € 57,05 per dag.
- 9.1.3 De ereloonsupplementen, bedoeld in artikel 152 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, worden vergoed tot 1 maal het bedrag van de door de GUV-wet vastgestelde tarieven.
- 9.1.4 De geneesmiddelen, implantaten en synthesemateriaal waarvoor de GUV-wet een (gedeeltelijke) tegemoetkoming voorziet, worden volledig vergoed.
- 9.1.5 De geneesmiddelen, implantaten en synthesemateriaal waarvoor de GUV-wet geen tegemoetkoming voorziet, worden samen, per verzekerde en per hospitalisatie, vergoed tot een bedrag van € 1.426,23, waarbij binnen dit grensbedrag:
 - de geneesmiddelen volledig, en
 - de implantaten en synthesemateriaal voor 50% worden vergoed.
- 9.1.6 Gipsmateriaal wordt vergoed tot 1 maal het bedrag van de door de GUV-wet vastgestelde tarieven.
- 9.1.7 Het ziekenvervoer naar en van het ziekenhuis, voor zover een medisch getuigschrift aantoont dat de gezondheidstoestand van de verzekerde liggend vervoer vereist, wordt vergoed tot maximaal € 285,24, per verzekerde en per verzekeringsjaar.
- 9.1.8 De kosten voor het verblijf van één der ouders in dezelfde kamer als deze van de verzekerde jonger dan 18 jaar (kosten van bij-overnachting) worden onbeperkt in tijd vergoed tot maximaal € 21,21 per dag.
- 9.1.9 De kosten voor een prothese of een orthopedisch toestel worden vergoed tot 1 maal het bedrag van het door de GUV-wet vastgestelde tarief, op voorwaarde dat de prothese of het orthopedisch toestel afgeleverd of geplaatst werd op

doktersvoorschrift tijdens de hospitalisatie én het voorwerp uitmaakt van een tegemoetkoming voorzien door de Gvu-wet.

De kosten voor onderhoud, herstelling en vervanging worden weliswaar niet vergoed, tenzij deze kosten het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming voorzien door de Gvu-wet waarbij deze dan eveneens vergoed worden tot 1 maal het bedrag van het door de Gvu-wet vastgestelde tarief.

- 9.1.10** De verblijfskosten verbonden aan het donerschap dat voor de behandeling van de verzekerde (= receptor) vereist is, worden vergoed.

Hospitalisaties ten gevolge van een vooraf bestaande toestand worden vergoed volgens de bepalingen van artikel 9.2 van deze Voorwaarden.

9.2 Vooraf bestaande toestand

De verzekerde, die tijdens de eerste 5 verzekeringsjaren gehospitaliseerd wordt ten gevolge van een vooraf bestaande toestand, zal:

- 9.2.1** bij keuze voor een gemeenschappelijke of tweepersoonskamer vergoed worden volgens de regels voorzien in de artikelen 9.1 en 9.9 van deze Voorwaarden;
- 9.2.2** bij keuze voor een éénpersoonskamer vergoed worden volgens de regels voorzien in artikel 9.1 van deze Voorwaarden, met uitzondering van de ereloon-supplementen en de kamersupplementen waarvoor geen tegemoetkoming wordt toegekend; de bepalingen van artikel 9.9 zijn niet van toepassing.

Indien de hospitalisatie ten gevolge van een vooraf bestaande toestand op een éénpersoonskamer start in het vijfde verzekeringsjaar en verder loopt in het zesde verzekeringsjaar blijft de regeling, zoals voorzien in voorgaande alinea, van toepassing. Vanaf het zesde verzekeringsjaar worden alle hospitalisaties vergoed volgens de regels voorzien in artikel 9.1 van deze Voorwaarden.

Voor verzekerden bij wie een vooraf bestaande toestand werd vastgesteld en die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract gedekt werden door een gelijkaardige mutualistische verzekering, wordt deze periode van 5 verzekeringsjaren verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door die verzekering.

9.3 Hospitalisaties ten gevolge van zwangerschap of bevalling

De verzekerde die tijdens de eerste negen maanden na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract wordt gehospitaliseerd ten gevolge van een zwangerschapsonderbreking, een zwangerschapsverwikkeling of bevalling wordt vergoed volgens de bepalingen van artikel 9.2 van deze Voorwaarden. Vanaf de 10^e maand na inwerkingtreding van, of toetreding tot, het verzekeringscontract worden deze hospitalisaties vergoed volgens de bepalingen van artikel 9.1 van deze Voorwaarden.

Voor verzekerden die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract gedekt werden door een gelijkaardige mutualistische of commerciële verzekering, wordt deze periode van 9 maanden verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door die verzekering.

9.4 Medisch-geassisteerde vruchtbaarheidsbehandelingen

Op voorwaarde dat de verzekerde een tegemoetkoming ontvangt van de Gvu-wet, wordt er een terugbetaling voorzien in de kosten van medisch-geassisteerde vruchtbaarheidsbehandelingen (onder andere in-vitrofertilisatie, in-vitromaturatie en de ICSI ((intracytoplasmatische spermajectie)).

De vruchtbaarheidsbehandeling wordt forfaitair vergoed ten belope van € 200 per ingreep. Het totaal aantal terugbetaalde behandelingen bedraagt maximum 6 behandelingen. De uitbetaling gebeurt na voorlegging van de factuur van de behandelingen.

9.5 Thuisbevalling

Er wordt een éénmalige forfaitaire tegemoetkoming voorzien van € 700 voor de thuisbevalling. Dit forfait bevat alle kosten van de thuisbevalling, inclusief de kosten voor en na de bevalling, alsook de kosten voor kraamzorg.

De verzekerde die tijdens de eerste negen maanden na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract thuis bevalt, ontvangt een éénmalige forfaitaire tegemoetkoming van € 200. Dit forfait bevat alle kosten van de thuisbevalling, inclusief de kosten voor en na de bevalling, alsook de kosten voor kraamzorg.

Voor verzekerden die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract gedekt werden door een gelijkaardige mutualistische of commerciële verzekering, wordt de periode van de vorige verzekering in rekening gebracht om de periode van 9 maanden te bepalen.

Deze forfaitaire tegemoetkoming kan niet gecumuleerd worden met terugbetalingen volgens artikel 9.6 van deze Voorwaarden.

9.6 Bijstand bij bevalling

Er wordt voorzien in een terugbetaling in de kosten voor bijstand bij bevalling, en dit tot maximaal € 300 per bevalling. Het moet gaan om gezinshulp bij bevalling, verblijf in een kraamhotel of prestaties van een doula.

De bijstand moet gepresteerd worden in een periode van 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum, tot en met 3 maanden na het ontslag van de pasgeborene uit het ziekenhuis. De uitbetaling gebeurt na voorlegging van de factuur van de geleverde bijstand.

De prestaties die geleverd werden tijdens de algemene wachttijd (artikel 8 van deze Voorwaarden), komen niet voor een terugbetaling in aanmerking.

9.7 Borstverkleiningen

Op voorwaarde dat de verzekerde de voorafgaandelijke toestemming van de adviserende geneesheer van zijn/haar ziekenfonds hiertoe heeft verkregen, vergoedt de verzekeraar de kosten verbonden aan borstverkleiningen na 5 verzekeringsjaren volgens de bepalingen van artikel 9.1 van deze Voorwaarden.

De verzekeraar vergoedt deze kosten, per verzekerde en over de volledige duurtijd van het verzekeringscontract of latere gelijkaardige verzekeringscontracten onderschreven bij de verzekeraar, weliswaar maximaal tot € 855,72.

Voor verzekerden die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract gedekt werden door een gelijkaardige

mutualistische verzekering, wordt de periode van 5 jaar verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door die verzekering.

9.8 Gastroplasties, gastrectomies, biliopancreatische derivaties en vetschorten ten gevolge van zwaarlijvigheid en de materialen die hiervoor gebruikt worden

De verzekeraar vergoedt de kosten verbonden aan gastroplasties, gastrectomies, biliopancreatische derivaties en vetschorten ten gevolge van zwaarlijvigheid en de materialen die hiervoor gebruikt worden na 5 verzekeringsjaren volgens de bepalingen van artikel 9.1 van deze Voorwaarden, op voorwaarde dat de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-wet) een tegemoetkoming voorziet.

De verzekeraar vergoedt deze kosten, per verzekerde en over de volledige duurtijd van het verzekeringscontract of latere gelijkaardige verzekeringscontracten onderschreven bij de verzekeraar, weliswaar maximaal tot € 855,72.

Voor verzekerden die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract gedekt werden door een gelijkaardige mutualistische verzekering, wordt de periode van 5 jaar verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door die verzekering.

9.9 Vrijstelling

De tegemoetkoming van de verzekeraar in de kosten die voortvloeien uit een hospitalisatie wordt verminderd met een vrijstelling, op voorwaarde dat:

- er kamersupplementen aangerekend werden, en
- de tegemoetkoming niet werd berekend volgens de bepalingen van artikel 9.2 van deze Voorwaarden.

9.9.1 In geval van een hospitalisatie op een éénpersoonskamer, de daghospitalisatie uitgezonderd, bedraagt de vrijstelling € 206,51. Deze vrijstelling wordt per verzekerde en per verzekeringsjaar tweemaal toegepast.

9.9.2 In geval van een daghospitalisatie op een éénpersoonskamer bedraagt de vrijstelling € 68,82. Deze vrijstelling wordt per verzekerde en per verzekeringsjaar eenmaal toegepast.

Niettegenstaande voorgaande alinea's wordt de vrijstelling per verzekerde en per verzekeringsjaar beperkt tot € 413,05.

De transfer van een ziekenhuis naar een ander ziekenhuis voor dezelfde aandoening wordt beschouwd als zijnde één hospitalisatie waarvoor maar één vrijstelling in mindering wordt gebracht.

In geval van een hospitalisatie over meerdere verzekeringsjaren, wordt voor de betreffende hospitalisatie de vrijstelling maar één keer in mindering gebracht.

Artikel 10 : Module Pre- en posthospitalisatie

De verzekeraar voorziet een forfaitaire tegemoetkoming in de kosten van de ambulante zorgen voorafgaand en volgend op de hospitalisatie, indien:

- er een tegemoetkoming kan uitgekeerd worden voor de module hospitalisatie, (artikel 9 van deze Voorwaarden), én
- de verzekerde geen recht heeft op een tegemoetkoming voorzien in de module ernstige ziekte (artikel 11 van deze Voorwaarden).

De berekening van deze tegemoetkoming gebeurt op basis van de tegemoetkoming voor de module hospitalisatie, met uitzondering van de tegemoetkoming in de kosten van bijovernachting, en bedraagt ingeval van:

- daghospitalisatie: 20%
- hospitalisatie op een gemeenschappelijke of tweepersoonskamer: 10%
- hospitalisatie op een éénpersoonskamer: 5%.

Bovenop de forfaitaire vergoeding voorziet de verzekeraar een vergoeding voor de kinesitherapie-verstrekkingen die opgenomen zijn in artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, op voorwaarde dat:

- de kinesitherapiekosten rechtstreeks in verband staan met de hospitalisatie;
- de opnamedatum van de hospitalisatie na 1 januari 2018 ligt;
- de verzekeraar voor de hospitalisatie een vergoeding heeft voorzien op basis van artikel 9 van deze Voorwaarden én
- de verzekerde geen recht heeft op een tegemoetkoming voorzien in de module ernstige ziekte (artikel 11 van deze Voorwaarden).

Indien aan bovenvermelde voorwaarden voldaan is, voorziet de verzekeraar een vergoeding van de hierna vermelde kosten, gedurende een periode van 3 maanden te rekenen vanaf de ontslagdatum uit het ziekenhuis:

- de remgelden worden volledig vergoed;
- de ereloonsupplementen worden vergoed tot 1 maal het bedrag van de door de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen vastgestelde tarieven.

In uitzondering van bovenvermelde bepalingen wordt er geen vergoeding voorzien voor het opmaken van een schriftelijk verslag door de kinesitherapeut, noch voor de kinesitherapieverstrekkingen opgenomen in artikel 4 § 1 van de nationale overeenkomst tussen de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen vanaf 1 januari 2015.

Per hospitalisatie bedraagt de maximale tegemoetkoming voor deze waarborg € 524,63.

Artikel 11 : Module Ernstige Ziekte

De verzekeraar voorziet een tegemoetkoming in de kosten van de ambulante zorgen die rechtstreeks verband houden met een ernstige ziekte.

11.1 Voorwaarden

Om recht te hebben op de tegemoetkoming moet de diagnose van de ziekte bevestigd worden door een:

- **Anatomopathologisch onderzoek:**
 - Kwaadaardige woekeringen (o.a. kanker, Kahler, Hodgkin, leukemie)
 - Tuberculose
- **Specialist in zenuwziekten:**
 - Cerebrospinale meningitis
 - Encefalitis
 - Neuromusculaire aandoeningen zoals omschreven in de revalidatie-overeenkomst met de referentiecentra (o.a. MS, Parkinson, ALS)
 - Poliomyelitis
- **Biologisch onderzoek:**
 - Aids
 - Brucellose
 - Cholera
 - Difterie
 - Levercirrose
 - Mazelen
 - Miltvuur
 - Pokken
 - Rode hond
 - Roodvonk
 - Tetanus
 - Tyfus

- **Specialist in de inwendige ziekten:**
 - Diabetes
 - Nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse
 - Sarcoidose
 - Systeemsclerose
- **Specialist in longaandoeningen:**
 - Mucoviscidose
- **Specialist in maag- en darmaandoeningen:**
 - Crohn
 - Colitis Ulcerosa

11.2 Aanvang recht op tegemoetkoming

Het recht op tegemoetkoming vangt aan 2 maanden vóór de diagnosedatum vermeld in het verslag, maar ten vroegste vanaf de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract én na afloop van de wachttijd.

11.3 Tegemoetkoming

De verzekeraar komt tegemoet in de hierna vermelde kosten van ambulante zorgen die rechtstreeks verband houden met een ernstige ziekte.

- 11.3.1** De remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een arts worden volledig vergoed.
- 11.3.2** De ereloossupplementen worden vergoed tot 1 maal het bedrag van de door de GVV-wet vastgestelde tarieven.
- 11.3.3** De geneesmiddelen en vaccins worden volledig vergoed.
- 11.3.4** De kosten van een prothese of een orthopedisch toestel worden vergoed tot 1 maal het bedrag van het door de GVV-wet vastgestelde tarief, op voorwaarde dat de prothese of het orthopedisch toestel afgeleverd of geplaatst werd op doktersvoorschrift én het voorwerp uitmaakt van een tegemoetkoming voorzien door de GVV-wet.
- De kosten voor onderhoud, herstelling en vervanging worden weliswaar niet vergoed, tenzij deze kosten het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming voorzien door de GVV-wet waarbij deze dan eveneens vergoed worden tot 1 maal het bedrag van het door de GVV-wet vastgestelde tarief.
- 11.3.5** In geval van huur van medisch-technische hulpmiddelen wordt het aangerekende bedrag op de factuur volledig vergoed, met uitzondering van de waarborg betaald voor het ontleende medisch-technisch hulpmiddel.

Wordt de diagnose van een ernstige ziekte vastgesteld tijdens een hospitalisatie, dan is er voor de betreffende hospitalisatie én voor de toekomstige hospitalisaties die in rechtstreeks verband staan met de ernstige ziekte, geen recht op de forfaitaire tegemoetkoming voorzien in artikel 10 van deze Voorwaarden.

Per verzekeringsjaar en per verzekerde wordt er een maximale tegemoetkoming uitbetaald van € 7.131,13.

Artikel 12 : Verzekeringsgrenzen

12.1 Algemene verzekeringsgrenzen

- 12.1.1** De totale tegemoetkoming die de verzekeraar in het kader van het verzekeringscontract uitkeert, bedraagt maximaal € 17.114,71 per verzekerde en per verzekeringsjaar.

- 12.1.2** De maximale tegemoetkoming in het kader van de module pre- en posthospitalisatie bedraagt per hospitalisatie € 524,63.

- 12.1.3** De maximale tegemoetkoming in het kader van de module ernstige ziekte bedraagt, per verzekerde en per verzekeringsjaar, € 7.131,13.

12.2 Bijzondere verzekeringsgrenzen

- 12.2.1** De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot een al dan niet aaneengesloten periode van 730 dagen, per verzekerde en voor de hele duurtijd van het verzekeringscontract of latere gelijkaardige verzekeringscontracten onderschreven bij de verzekeraar, voor een hospitalisatie in de volgende diensten:
- dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst)
 - dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst)
 - psychiatrische dienst (T-dienst)
 - gezinsverpleging in ziekenhuis
 - gezinsverpleging in gezin
 - psychogeriatrische aandoeningen

of voor een psychiatrische opname in de volgende diensten:

- dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst)
- dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst)
- psychiatrische dienst (T-dienst).

Voor de berekening van de al dan niet aaneengesloten periode van 730 dagen worden de periodes van hospitalisatie en psychiatrische opname gecumuleerd.

- 12.2.2** De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot € 570,48, per verzekerde en per verzekeringsjaar, voor een hospitalisatie buiten Belgisch grondgebied.

- 12.2.3** De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot € 855,72, per verzekerde en voor de hele duurtijd van het verzekeringscontract of latere gelijkaardige verzekeringscontracten onderschreven bij de verzekeraar, voor kosten ten gevolge van borstverkleiningen.

- 12.2.4** De verzekeraar beperkt de tegemoetkoming tot € 855,72, per verzekerde en voor de hele duurtijd van het verzekeringscontract of latere gelijkaardige verzekeringscontracten onderschreven bij de verzekeraar, voor kosten ten gevolge van gastroplasties, gastrectomies, biliopancreatische derivaties en vetschorten ten gevolge van zwaarlijvigheid alsook de materialen die hiervoor gebruikt worden.

Artikel 13 : Uitsluitingen

De hierna vermelde kosten worden niet vergoed door de verzekeraar.

- 13.1** Kosten ten gevolge van oorlogsfeiten.
- 13.2** Kosten ten gevolge van een opzettelijke daad of vrijwillige verminking van de verzekerde, of kosten ten gevolge van de vrijwillige verzwaring van het risico door de verzekerde, behalve in geval van redding van personen of wettelijke zelfverdediging.
- 13.3** Kosten ten gevolge van burgerlijke onlusten of oproer, tenzij de verzekerde aantoonbaar dat hij/zij:
- er niet actief aan heeft deelgenomen;
 - zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;

- is opgetreden met het oog op redding van personen.
- 13.4 Kosten ten gevolge van een feit of een opeenvolging van feiten waar radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire brandstoffen of producten of radioactieve afvalstoffen de oorzaak van zijn, evenals de kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks voortspruiten uit ioniserende stralingen. Bestralingen en behandelingen met dergelijke producten ingevolge een medische behandeling worden wel vergoed door de verzekeraar.
- 13.5 Kosten ten gevolge van esthetische verzorgingen of behandelingen, behalve wanneer deze noodzakelijk zijn als gevolg van een gewaarborgd ongeval of een gewaarborgde ziekte én de verzekerde hiertoe een voorafgaandelijk akkoord kreeg van de adviserende geneesheer van zijn/haar ziekenfonds.
- 13.6 Kosten die voortvloeien uit een verblijf in een kuur-, bad- of herstellings- en gezondheidsoord.
- 13.7 Kosten die verband houden met onderhoud, bijstand, internering en oppassing van de verzekerde, met uitzondering van de kosten voor "bij-overnachting".
- 13.8 Kosten die voortvloeien uit preventieve behandelingen en onderzoeken, met uitzondering van een diagnostische polysomnografie die uitgevoerd wordt in één van de volgende gevallen: indien er reeds een broer of zus van het kind overleden is aan wiegendood, bij een prematuur geboren kind, bij een kind dat opgenomen wordt omwille van een ALTE (acute life threatening event) of op medische indicatie van de behandelende arts.
- 13.9 Kosten die voortvloeien uit behandelingen en geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk bewezen is.
- 13.10 Kosten ten gevolge van 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.
- 13.11 Kosten ten gevolge van gedwongen opnames in het kader van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geestesziekte.
- 13.12 Kosten ten gevolge van een hospitalisatie die een aanvang neemt vóór de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract of tijdens de wachttijd.
- 13.13 Kosten ten gevolge van behandelingen en behandelingsproducten die niet voldoende klinisch beproefd zijn en officieel en wetenschappelijk niet erkend zijn.
- 13.14 Kosten die voortvloeien uit de beoefening van eender welke sport als beroepsactiviteit, trainingen inbegrepen.
- 13.15 Kosten ten gevolge van verzorgingen en behandelingen van kaakbeen- en tandaandoeningen, uitgezonderd:
 - de aandoeningen die het gevolg zijn van een gewaarborgd ongeval of een gewaarborgde (ernstige) ziekte, die zelf geen tandheelkundige ingreep of behandeling vereist;
 - de extractie van wijsheidstanden.

13.16 Kosten ten gevolge van borstverkleiningen en dit gedurende de eerste 5 volledige verzekeringsjaren. Voor verzekerden die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract gedekt werden door een gelijkaardige mutualistische verzekering, wordt deze periode van 5 jaar verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door die verzekering.

Na deze periode van 5 jaar worden de kosten ten gevolge van borstverkleiningen evenmin vergoed als de verzekerde hiertoe geen voorafgaandelijk akkoord kreeg van de adviserende geneesheer van zijn/haar betrokken ziekenfonds.

13.17 Kosten ten gevolge van gastroplasties, gastrectomies, biliopancreatische derivaties en vetschorten ten gevolge van zwaarlijvigheid alsook de materialen die hiervoor gebruikt worden en dit gedurende de eerste 5 volledige verzekeringsjaren. Voor verzekerden die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract gedekt werden door een gelijkaardige mutualistische verzekering, wordt deze periode van 5 jaar verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door die verzekering.

13.18 Kosten die rechtstreeks verband houden met een geweigerde hospitalisatie.

13.19 Kosten die voortvloeien uit een hospitalisatie waarvoor de GVV-wet geen enkele tegemoetkoming voorziet.

13.20 Kosten voor de huur en aankoop van medisch-technische hulpmiddelen bij hospitalisaties ten gevolge van ziekte, ongeval, zwangerschap en/of bevalling.

13.21 Kosten waarvoor de GVV-wet geen tegemoetkoming voorziet, tenzij anders wordt bepaald in artikel 9.1 van deze Voorwaarden.

De uitsluitingen vermeld onder punt 13.1 tot en met 13.5 van dit artikel gelden niet wanneer wordt aangetoond dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen die omstandigheden en de kosten waarvoor een tegemoetkoming wordt gevraagd.

Artikel 14 : Territoriale geldigheid

Het verzekeringscontract geldt over de hele wereld, voor zover de verzekerde gedekt is door de Belgische wetgeving.

Ingeval van een hospitalisatie buiten de Europese Economische Ruimte voorziet de verzekeraar enkel en alleen een tegemoetkoming indien de hospitalisatie een dringend en onvoorzien karakter vertoont of indien de verzekerde een voorafgaandelijk akkoord verkregen heeft van de adviserende geneesheer van zijn/haar ziekenfonds.

In geval van een hospitalisatie in het buitenland wordt de tegemoetkoming altijd beperkt tot € 570,48, per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Artikel 15 : Schadeaangifte

15.1 Aangifte

De aangifte van een schadegeval dient schriftelijk te gebeuren aan de hand van het door de verzekeraar ter beschikking gestelde formulier en wordt zo spoedig mogelijk, en uiterlijk drie jaar na het einde van de maand

waarin de prestaties werden verstrekt, ingediend bij de verzekeraar.

Behalve in geval van overmacht, geeft iedere laattijdige aangifte waardoor een nadeel ontstaat voor de verzekeraar, de verzekeraar het recht de tegemoetkoming te verminderen overeenkomstig het geleden nadeel.

15.2 Uitkering van de prestaties

De tegemoetkoming wordt door de verzekeraar terugbetaald, na voorlegging van de nodige bewijsstukken door de verzekerde. De bewijsstukken die recht kunnen geven op terugbetaling moeten uiterlijk 3 jaar na de opmaak ervan bij de verzekeraar worden ingediend. Na deze termijn worden, behalve in geval van overmacht, de bewijsstukken niet meer in aanmerking genomen en wordt voor de bewuste kosten geen enkele tegemoetkoming meer uitbetaald.

Onder bewijsstukken wordt verstaan:

- de elektronische of papieren facturen;
- de afrekening van de terugbetalingen van het ziekenfonds met de vermelding van de identiteit van de verzekerde, de betaalde som, het codenummer van de prestatie (zoals voorzien in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen) en de prestatiedatum;
- de onkostennota (bij voorkeur een maandelijks lijst) van de apotheek met de vermelding van de naam van de arts die de geneesmiddelen voorgeschreven heeft, de datum van voorschrift, de identiteit van de verzekerde en de naam van elk geneesmiddel en zijn kostprijs.

De verzekeraar kan, indien zij dit nodig acht, bijkomende bewijsstukken eisen.

Indien de bewijsstukken werden opgemaakt in een andere taal dan één van de drie landstalen of het Engels, heeft de verzekeraar het recht vertaalde bewijsstukken te eisen.

In het kader van de module ernstige ziekte wordt de tegemoetkoming maandelijks terugbetaald en dienen de bewijsstukken maandelijks verzameld en bezorgd te worden aan de verzekeraar.

In geval van overlijden van de verzekerde zal de door de verzekeraar verschuldigde tegemoetkoming gestort worden op rekening van de notaris, aangeduid voor de vereffening van de erfenis. Wanneer de hospitalisatiekosten al betaald werden, kan de tegemoetkoming ook onmiddellijk uitgekeerd worden op rekening van één van de wettelijke erfgenamen en dit na voorlegging van de akte van erfopvolging en een gelegaliseerde volmacht van alle wettelijke erfgenamen

Artikel 16 : Terugbetalingsmodaliteiten

Volgende tegemoetkomingen worden in mindering gebracht van de tegemoetkoming waarop de verzekerde krachtens zijn verzekeringscontract recht heeft:

- de wettelijke tegemoetkoming;
- de tegemoetkomingen die de verzekerde al heeft ontvangen in uitvoering van een andere commerciële individuele of collectieve verzekering.

De prestaties die gefactureerd werden in een vreemde valuta worden in aanmerking genomen op basis van de gemiddelde officiële wisselkoers van de dag van facturering.

De tegemoetkoming van de verzekeraar kan, buiten de forfaitaire tegemoetkoming voor de module “pre- en posthospitalisatie”, nooit meer bedragen dan de werkelijk gemaakte kosten.

Artikel 17 : Minnelijke Medische Expertise

Een meningsverschil nopens een kwestie van medische aard kan, met het akkoord van de verzekeraar en de verzekerde,

beslecht worden door een Minnelijke Medische Expertise (MME). De verzekeraar en de verzekerde duiden elk een arts aan; bij gebrek aan akkoord tussen beide artsen wordt bij gemeen overleg tussen hen een derde arts aangesteld of, bij ontstentenis hiervan, door de Voorzitter van de Rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de verzekerde op verzoek van de meest gereede partij.

De Minnelijke Medische Expertise verloopt rekening houdende met de bepalingen van het verzekeringscontract. Elke partij betaalt de honoraria en kosten van zijn arts. De honoraria en kosten van de derde arts alsook de kosten van diens aanwijzing en de bijkomende onderzoekskosten worden gelijk verdeeld.

Artikel 18 : Onterechte betalingen

De verzekeraar behoudt zich het recht voor om onterechte betalingen terug te vorderen van de verzekeringnemer.

Artikel 19 : Subrogatie

De verzekeraar treedt ten belope van het bedrag van alle tegemoetkomingen die zij verleent, in de rechten en rechtsvorderingen van de verzekerde tegen de aansprakelijke derden. Bijgevolg mag de verzekerde geen afstand van verhaal doen zonder voorafgaandelijk schriftelijk akkoord van de verzekeraar.

Indien door toedoen van de verzekerde de subrogatie geen gevolg kan hebben ten voordele van de verzekeraar, kan deze van hem de terugbetaling vorderen van de betaalde vergoedingen in de mate van het geleden nadeel.

Artikel 20 : Sancties

In geval van bedrog of poging tot bedrog van de verzekerde met het oog op het bekomen van een niet verschuldigde tegemoetkoming, en onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen, is de verzekeraar tot geen enkele prestatie gehouden.

Artikel 21 : Klachten

Indien de verzekeringnemer of de verzekerde een klacht heeft betreffende dit verzekeringscontract of de uitvoering ervan, kan hij die per brief overmaken aan de verzekeraar of via mail: Klachten.VMOBSOHO@socmut.be.

Indien de oplossing die de verzekeraar voorstelt geen voldoening schenkt, kan het geschil voorgelegd worden aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsquare 35 te B-1000 Brussel, www.ombudsman.as of via mail: info@ombudsman.as.

Een klacht indienen, ontnemt de verzekeringnemer of de verzekerde niet de mogelijkheid een gerechtelijke procedure in te leiden bij de bevoegde Belgische rechtbanken.

Artikel 22 : Gegevensverwerking

De uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst vereist de inzameling en verwerking van persoonsgegevens.

De verzekeraar is verantwoordelijk voor de verwerking van persoons- en medische gegevens van verzekeringnemers en/of verzekerden, en heeft de doeleinden en de rechtsgronden van de verwerking vastgelegd in haar privacyverklaring. Hierin kan ook teruggevonden worden wat uw rechten zijn en hoe u deze kan uitoefenen. De privacyverklaring is terug te vinden is op de website van de verzekeraar www.socmut.be of kan opgevraagd worden in

de kantoren van de verzekeringsagent. Deze privacyverklaring kan van tijd tot tijd aangepast worden.

De verzekerde verbindt de VMOB SOHO te allen tijde op de hoogte te brengen van elke wijziging met betrekking tot zijn gebruikelijke e-mail adres, identificatie- en adresgegevens teneinde VMOB SOHO toe te laten een correcte dienstverlening te garanderen

De verzekeraar behandelt de gegevens strikt vertrouwelijk en steeds in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de verwerking van persoonsgegevens en de algemene verordening 2016/679 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

Bijkomende informatie of klachten over de verwerking van de gegevens kan verkregen worden bij de DPO per post, Sint-Jansstraat 32-38, 1000 Brussel, of per mail privacy300@socmut.be. De klacht kan eveneens voorgelegd worden aan de Gegevensbeschermingsautoriteit, Persstraat 35, 1000 Brussel, www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

Artikel 23: Algemene bepalingen

De verzekeraar kiest als woonplaats haar maatschappelijke zetel. De woonplaats van de verzekeringnemer en de verzekerde worden rechtens gekozen op het laatste adres door de verzekeraar gekend.

De verzekeringnemer verbindt zich ertoe, zo hij/zij van woonplaats verandert, de verzekeraar schriftelijk te verwittigen, zo niet is elke kennisgeving geldig gedaan op de door de verzekeraar laatst gekende woonplaats.

Iedere aangetekende brief door de verzekeraar verzonden, geldt als voldoende ingebrekestelling. Het ontvangstbewijs van de post bewijst de verzending. De dossiers of de documenten van de verzekeraar bewijzen de inhoud van de brief voor zover deze door de verzekeringnemer niet wordt voorgelegd.

Artikel 24 : Bijzondere bepalingen bij overstap van KliniPlanPlus naar KliniPlan

Onverminderd de bepalingen van deze Voorwaarden gelden volgende bijzondere regels ingeval van overstap van de ene kostendekkende hospitalisatieverzekering van de verzekeraar naar de andere, meer bepaald ingeval van overstap van KliniPlanPlus naar KliniPlan.

Verzekerden die op het ogenblik van aanvraag tot onderschrijving of toetreding gedekt zijn door de verzekering KliniPlanPlus kunnen als verzekerde onder KliniPlan aanvaard worden, indien zij een verzekeringsvoorstel invullen en ondertekenen. Voor de verzekerde die overstapt, wordt de wachttijd verminderd met het aantal maanden aansluiting bij KliniPlanPlus.

De verzekerde die op het ogenblik van de overstap gehospitaliseerd is, wordt voor de betreffende hospitalisatie vergoed volgens de Algemene Voorwaarden van zijn/haar verzekeringscontract KliniPlanPlus waardoor hij/zij werd gedekt op het ogenblik van de overstap.

De verzekerde kan enkel overstappen mits het verzekeringscontract KliniPlanPlus op correcte wijze werd beëindigd, zoals voorzien in artikel 4.3.8.

Informatie over de kosten en lasten met betrekking tot de premie 2022

Premie 2022 voor personen die zich verzekeren voor zij 60 jaar worden

Leeftijd	Handelspremie	RIZIV-taks	Te betalen premie	Acquisitiekosten	Administratiekosten
0 tot en met 3 jaar	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
4 tot en met 25 jaar	€ 45,60	€ 4,56	€ 50,16	€ 1,23	€ 1,95
26 tot en met 59 jaar	€ 114,11	€ 11,41	€ 125,52	€ 3,09	€ 4,87
60 tot en met 70 jaar	€ 216,98	€ 21,69	€ 238,68	€ 5,87	€ 9,26
Ouder dan 70 jaar	€ 320,73	€ 32,07	€ 352,80	€ 8,67	€ 13,68

Premie 2022 voor personen die zich verzekeren tussen 60 en 66 jaar

Overstap van een gelijkaardige mutualistische verzekering die werd afgesloten voor het bereiken van de leeftijd van 60 jaar

Leeftijd	Handelspremie	RIZIV-taks	Te betalen premie	Acquisitiekosten	Administratiekosten
60 tot en met 70 jaar	€ 216,98	€ 21,69	€ 238,68	€ 5,87	€ 9,26
Ouder dan 70 jaar	€ 320,73	€ 32,07	€ 352,80	€ 8,67	€ 13,68

Zonder gelijkaardige mutualistische verzekering

Leeftijd	Handelspremie	RIZIV-taks	Te betalen premie	Acquisitiekosten	Administratiekosten
60 tot en met 70 jaar	€ 260,62	€ 26,06	€ 286,68	€ 7,05	€ 11,12
Ouder dan 70 jaar	€ 384,87	€ 38,48	€ 423,36	€ 10,41	€ 16,42

Premie 2022 voor personen die zich verzekeren vanaf 66 jaar

Leeftijd	Handelspremie	RIZIV-taks	Te betalen premie	Acquisitiekosten	Administratiekosten
66 tot en met 70 jaar	€ 216,98	€ 21,69	€ 238,68	€ 5,87	€ 9,26
Ouder dan 70 jaar	€ 320,73	€ 32,07	€ 352,80	€ 8,67	€ 13,68

Overstap van een gelijkaardige mutualistische verzekering die werd afgesloten na het bereiken van de leeftijd van 60 jaar

Leeftijd	Handelspremie	RIZIV-taks	Te betalen premie	Acquisitiekosten	Administratiekosten
66 tot en met 70 jaar	€ 260,62	€ 26,06	€ 286,68	€ 7,05	€ 11,12
Ouder dan 70 jaar	€ 384,87	€ 38,48	€ 423,36	€ 10,41	€ 16,42

Zonder gelijkaardige mutualistische verzekering

Leeftijd	Handelspremie	RIZIV-taks	Te betalen premie	Acquisitiekosten	Administratiekosten
66 tot en met 70 jaar	€ 293,89	€ 29,38	€ 323,28	€ 7,95	€ 12,54
Ouder dan 70 jaar	€ 434,84	€ 43,48	€ 478,32	€ 11,76	€ 18,55

Merk op dat als u verschillende verzekeringsovereenkomsten gaat vergelijken, u niet enkel de geraamde kosten en lasten van de overeenkomsten met elkaar mag vergelijken, maar ook andere elementen in aanmerking moet nemen, zoals de reikwijdte van de waarborgen, het bedrag van eventuele franchises of de uitsluitingsclausules. De hierboven opgegeven ramingen geven een beter zicht op het premiegedeelte dat wordt aangewend voor de dekking van het risico dat de verzekeringsovereenkomst afdekt. Het saldo van de premie, na aftrek van de taksen en bijdragen alsook van de acquisitie- en administratiekosten, bestaat immers uit het gedeelte van de premie dat wordt aangewend om de contractueel vastgelegde prestaties te verrichten en uit de andere kosten dan hierboven vermeld (waaronder de samengevoegde en onderling gedeelde kosten van de schadegevallen en het beheer ervan). Deze ramingen zijn berekend op grond van de boekhoudkundige gegevens van het laatste boekjaar van de verzekeringsonderneming, als goedgekeurd door haar algemene vergadering.