



VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ
VAN ONDERLINGE BIJSTAND VAN BRABANT - VMOBB

HOSPIMUT PLUS CONTINUITEIT

Algemene voorwaarden op 1 januari 2021

Dit document beschrijft de werking van de Hospitalisatieverzekeringsovereenkomst en onze wederzijdse verbintenissen. Het geeft de inhoud van de waarborgen alsmede de beperkingen en uitsluitingen nauwkeurig weer.

Lees het aandachtig.

HOSPIMUT PLUS

Pagina

Definities	3 tot 4
Hoe kan ik mij aansluiten?	4
Wat is de wachttijd en hoe kan deze worden opgeheven?	5
Wat indien ik overstap van Hospimut of gelijkaardig verzekering naar Hospimut Plus?	5
Wat indien ik overstap van AHV naar Hospimut Plus?	5
Wanneer kan ik mijn verzekering schorsen?	5
Zijn er territoriale grenzen?	5
Is er een beperking van tussenkomst bij opname in een eenpersoonskamer?	6
In welke gevallen is er een tussenkomst bij ziekenhuisopname?	5 tot 7
Voor welke zorgen is er een tussenkomst vóór en na de opname?	7
Wat moet ik doen om een tussenkomst te bekomen bij ziekenhuisopname?	7
Wat bij overlijden van de verzekerde?	8
Hoeveel tijd heb ik om de kosten in te dienen?	8
Wanneer wordt er geen tussenkomst verleend?	8 tot 9
Wat bij betwisting?	9
Hoe kan ik mijn contract stopzetten?	9
Wat moet ik doen om van de dienst Thuisoppas te kunnen genieten?	10
Indexering en herziening van de premie	10
Wanneer moet ik mijn premie betalen?	10 tot 11
Hoeveel bedraagt de premie?	11
Bijlage: lijst ziekenhuizen	11

HOSPIMUT PLUS CONTINUITEIT

Wat houdt deze verzekering in?	12
Hoe sluit ik aan?	12
Indexering en herziening van de premie	12
Wanneer moet ik de premie betalen?	13
Hoeveel bedraagt de premie?	13
Hoe kan ik een tussenkomst bekomen?	13
Hoeveel bedraagt de tussenkomst?	13
Hoeveel tijd heb ik om de kosten in te dienen?	13
Wettelijke informatie	13

1. Definities

1.0. Verzekeraar

De verzekeringsmaatschappij voor Onderlinge Bijstand van Brabant (V.M.O.B.B.) is een door beslissing van 24 juni 2013 van de Controledienst van de Ziekenfondsen en de Landsbonden van ziekenfondsen erkende verzekeringsonderneming (nr. 350/03) voor het aanbieden van ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het KB van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen, alsook voor de dekking, in bijkomende orde, van de risico's die deel uitmaken van de hulpverlening, beoogd in tak 18 van bijlage 1 van bovenvermeld KB. Zetel: Zuidstraat 111, 1000 Brussel (KBO 0838.221.243).

1.1. Verzekeringnemer

De natuurlijke persoon die als gerechtigde bij de FSMB is ingeschreven, die het contract heeft onderschreven en die gehouden is tot het betalen van de premie.

1.2. Verzekerde

De verzekeringnemer en/of de perso(o)n(en) ten laste vernoemd in de bijzondere voorwaarden, en die onder die voorwaarden geniet(en) van de waarborgen van het contract.

1.3. Begindatum van het recht

Datum waarop de wachttijd is voltooid en de waarborg begint te lopen.

1.4. Ziekte

Elke niet aan een ongeval te wijten aantasting van de gezondheid met objectieve symptomen die de diagnose onbetwistbaar maken.

1.5. Ongeval

Een plotse gebeurtenis die de fysieke integriteit van de verzekerde aantast door de onverwachte inwerking van een externe kracht onafhankelijk van zijn of haar wil.

1.6. Verplegingsinrichting

De inrichting met een wettelijke erkenning als ziekenhuis, met uitzondering van:

- de psychiatrische en neuropsychiatrische diensten:

350	K1	Dagverpleging in een K-dienst
360	K2	Nachtverpleging in een K-dienst
380	A1	Dagverpleging in een A-dienst
390	A2	Nachtverpleging in een A-dienst
420	T1	Dagverpleging in een T-dienst
430	T2	Nachtverpleging in een T-dienst
440	Tf	Gezinsverpleging Tf in ziekenhuis
760	-	Psychiatrische forfaitaire verpleegdag

- de medisch-pedagogische inrichtingen
- de inrichtingen die uitsluitend bestemd zijn voor de huisvesting van bejaarden, of kinderen
- de rustoorden
- de ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen zoals:

rust- en verzorgingstehuizen, revalidatiecentra of -diensten (dienst 770)
- de medische centra voor kinderen.

1.7. Ziekenhuisverblijf

Onder ziekenhuisverblijf, dient te worden verstaan:

- elk medisch verantwoord verblijf waarvoor de verplegingsinrichting minstens één nacht aangerekend heeft;
- elk medisch verantwoord dagverblijf in een verplegingsinrichting; op voorwaarde dat een forfait dagchirurgie (dienst 320), een miniforfait (dienst 720), een maxiforfait (dienst 730), een forfait van groep 1, 2, 3, 4, 5, 6 of 7 (dienst 840) of een forfait chronische pijn 1, 2 of 3 (dienst 840) wordt gefactureerd, met uitzondering van daghospitalisaties welke enkel zijn bestemd voor elke vorm van dialyse;
- de verstrekkingen verleend in de spoeddienst in zoverre het verblijf in de spoeddienst onmiddellijk aansluitend wordt gevolgd door een ziekenhuisverblijf.

Er is geen terugbetaling voorzien voor de gipskamer (dienst 710) noch voor de verzorging die hier is verstrekt.

1.8. Wachttijd

De periode die begint op de datum waarop het contract in werking treedt, en gedurende welke de verzekerde nog geen aanspraak kan maken op de waarborgen.

1.9. Wettelijke tegemoetkoming

Elke ontvangen terugbetaling krachtens de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (met inbegrip van de wet betreffende de maximumfactuur), de beroepsziekten en de arbeidsongevallen of de ongevallen op de weg naar of van het werk evenals de terugbetaling ontvangen in toepassing van een gemeenschappelijke bepaling.

1.10. Extra-wettelijke tegemoetkoming

Elke ontvangen terugbetaling krachtens persoonlijke, familiale of collectieve overeenkomsten die hetzelfde doel hebben als het contract.

1.11. Prothese

Toestel dat een lidmaat of een orgaan geheel of gedeeltelijk vervangt.

1.12. Orthopedisch toestel

Toestel dat bestemd is om lichamelijke afwijkingen te corrigeren.

1.13. Voorafbestaande gezondheidstoestand, ziekte of aandoening

Onder voorafbestaande gezondheidstoestand, ziekte of aandoening dient verstaan te worden iedere gezondheidstoestand (bijvoorbeeld zwangerschap), aandoening of ziekte die bestaat op het ogenblik dat bij de verzekering wordt aangesloten en die aanleiding geeft tot een ziekenhuisverblijf.

1.14. Verpleeghotel

Elk verblijfscentrum met een hotelfunctie bestemd voor personen die door hun gezondheidstoestand nood hebben aan een verblijf in het centrum evenals aan een curatieve en/of diagnostische behandeling die observatie, toezicht en opvolging vereist die enkel in dat centrum mogelijk zijn.

1.15. Kosten voor en na ziekenhuisverblijf

De kosten aangegaan 30 dagen voor en 90 dagen na een ziekenhuisverblijf waarvoor de verzekering tussenkomt en die rechtstreeks verband houden met dit ziekenhuisverblijf.

1.16. Verblijfskosten

De verblijfskosten, in geval van ziekenhuisverblijf, zijn de kosten ten laste van de verzekerde die bestaan uit het wettelijke aandeel vastgelegd door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen plus de eventuele supplementen die verband houden met het kamertype.

1.17. Tandzorgen en tandheelkundige behandeling

De tandzorgverstrekkingen en de tandheelkundige behandelingen verricht tijdens een ziekenhuisverblijf, waarbij de algemene toestand van de patiënt een formele medische aanwijzing moet zijn om deze verstrekkingen tijdens een ziekenhuisverblijf uit te voeren.

1.18. FSMB

Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant, als verzekeringstussenpersoon onder het nummer 3001 erkend door de Controledienst van de Ziekenfondsen.

1.19. Dringend vervoer

Het vervoer per ziekenwagen in het kader van de dringende medische hulpverlening ingevolge een oproep naar de Dienst 100 (wet van 08/07/1964) wanneer dit gevolgd wordt door een ziekenhuisverblijf waarvoor de verzekering tussenkomt.

1.20. Een verzekering met gelijkaardige dekkingen

Een hospitalisatieverzekeringscontract van het schadevergoedingstype, dit wil zeggen een verzekering die terugbetaalt op basis van de werkelijke kosten die op de verpleegnota zijn vermeld, en die minstens de volgende waarborgen biedt, zonder onderscheid volgens het ziekenhuis waar de verzekerde is opgenomen:

- tussenkomst bij opname in een eenpersoonskamer of in een kamer met meer dan één bed;

- bij opname in een eenpersoonskamer:

* terugbetaling van de verblijfskosten ten belope van 125,00 euro of meer per ligdag voor een opname gedurende minstens één nacht

* terugbetaling van de ereloon-supplementen ten belope van minstens 300 % van de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

- franchise beperkt tot 150 euro of, wanneer deze niet wordt uitgedrukt in een bedrag, tot 5 % van de verpleegnota.

2. Aansluiting

2.1. Aansluitingsvoorwaarden

De aansluiting bij de verzekering en het genot van de verzekeringswaarborg zijn voorbehouden aan de leden van de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant die onderworpen zijn aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en in het genot zijn van de tussenkomsten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en van wie de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering niet is opgeheven wegens niet-betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering gedurende een ononderbroken periode van minstens 24 maanden, of die in regel zijn met de betaling sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2^{quater}, derde lid, van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, §§ 2 en 3, artikel 14, § 3, en artikel 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, voor de diensten die erin bedoeld worden.

Onder deze voorwaarden mag de aansluiting van een verzekerde bij de verzekering niet geweigerd worden en dit, onverminderd het bepaalde in artikel 206 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

De aansluiting bij de verzekering vangt aan op de eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst van het door de verzekeringnemer ingevulde en ondertekende verzekeringsvoorstel, op voorwaarde dat de (kwartaal)premie vóór de vervaldatum wordt betaald.

In geval van inschrijving van nieuwe personen ten laste van een verzekeringnemer met een lopend contract, bezorgt de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand de verzekeringnemer een verzekeringsvoorstel om deze persoon of personen toe te voegen aan het contract.

Voor een pasgeborene of een adoptiekind jonger dan 3 jaar, geldt de dekking vanaf de geboorte- of adoptiedag, op voorwaarde dat de VMOBB op het einde van de derde maand volgend op de geboorte of adoptie in het bezit is van het door de verzekeringnemer ingevulde en ondertekende verzekeringsvoorstel en van de verzekeringspremie.

2.2. Aansluitingsformaliteiten

Bij aansluiting bij de verzekering, moet de verzekeringnemer een aanvraagformulier voor de aansluiting invullen en ondertekenen.

Elke wijziging in de samenstelling van het gezin moet binnen een termijn van 30 dagen aan de maatschappij van onderlinge bijstand worden gemeld.

Wanneer een verzekerde persoon ten laste gerechtigde wordt bij de FSMB, legt de maatschappij van onderlinge bijstand hem een verzekeringsaanbod voor. Deze persoon beschikt dan over een termijn van 60 dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk te aanvaarden.

3. Wachtijd

3.1. De algemene wachtijd bedraagt zes maanden. Deze wordt opgeheven voor:

- a) ongevallen die gebeurd zijn na de datum waarop bij de verzekering is aangesloten;
- b) de verzekerden die bij de geboorte of adoptie wettelijk ten laste van de verzekeringnemer komen te staan, en aan het verzekeringscontract worden toegevoegd conform artikel 2.1., op voorwaarde dat hun (adoptie)vader of (adoptie)moeder door dat contract verzekerd is en de wachtijd volbracht heeft. Wanneer slechts een gedeelte van de wachtijd volbracht werd, zal voor deze personen ten laste worden aangenomen dat zij dat gedeelte ook volbracht hebben;
- c) de verzekerde die daags voor de inwerkingtreding van het contract in het genot was van een uitkeringsverzekering bij ziekenhuisverblijf die gelijkaardige waarborgen biedt. Het reeds volbrachte deel van de wachtijd wordt in mindering gebracht van de duur van de te volbrengen wachtijd. Om van deze eventuele wachtijdvrijstelling te kunnen genieten, moet de aansluitingsaanvraag bij de maatschappij van onderlinge bijstand gebeuren binnen een termijn van minder dan 90 dagen te rekenen vanaf het einde van de vorige dekking. Er mag geen onderbreking zijn tussen de einddatum van de vorige dekking en de aansluiting bij de maatschappij van onderlinge bijstand;
- d) de personen ten laste van een verzekeringnemer van wie de verzekering ten einde gelopen is, die hun wachtijd volbracht hebben en bij de FSMB aangesloten blijven als gerechtigde of persoon ten laste van een andere gerechtigde op voorwaarde dat er geen onderbreking is. Indien de wachtijd niet geheel volbracht werd, moet deze uitgedaan worden.

3.2. De wachtijd wordt op 12 maanden gebracht voor de verzekerde die een einde gesteld heeft aan zijn contract na een uitkering genoten te hebben en die vraagt om opnieuw aan te sluiten. Deze wachtijd is niet van toepassing voor het geval bedoeld in punt 3.1.

3.3. Bepaling van toepassing bij de overstap van de verzekering Hospimut – of van een verzekering die gelijkaardige waarborgen biedt – naar de verzekering Hospimut Plus.

De vermelde wachttijden moeten volbracht worden. In geval van ziekenhuisverblijf gedurende deze nieuwe wachttijden (de opnamedatum geldt als bewijs), zal de tegemoetkoming op basis van de Hospimutverzekering worden vastgesteld.

3.4. Bepaling van toepassing bij de overstap van de hospitalisatieverzekering 'Aanvullende

Hospitalisatievergoeding' (AHV) – of van een verzekering die gelijkaardige waarborgen biedt – naar de verzekering Hospimut Plus.

De vermelde wachttijden moeten volbracht worden. Gedurende deze wachttijden, blijft de verzekerde gedekt ten belope van een forfaitaire dagvergoeding van 12 euro per ligdag, met dien verstande dat de uitkering beperkt is tot 180 ligdagen. Deze dekking blijft van toepassing ingeval de overstap van de ene verzekering naar de andere tijdens een ziekenhuisverblijf plaatsvindt.

4. Schorsing van de verzekering

In geval van gevangenschap en op schriftelijk verzoek van de verzekerde, kan de verzekering geschorst worden.

De verzekerde kan de schorsing van zijn verzekering per aangetekende brief aanvragen. In dit geval wordt de verzekering geschorst vanaf het einde van de maand die volgt op de maand waarin de schorsing is aangevraagd (datum poststempel geldt als bewijs).

De premie voor de verzekeringsperiode waarop de schorsing betrekking heeft, zal aan de verzekeringnemer worden terugbetaald.

De verzekering treedt opnieuw in werking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op het verzoek van de verzekerde om een einde te stellen aan deze schorsingsperiode en op voorwaarde dat hij dit verzoek aangetekend indient binnen de 90 dagen na het einde van het schorsingsmotief en dat hij zijn premie betaalt binnen 15 dagen na het door de maatschappij van onderlinge bijstand gerichte uitnodiging tot betaling.

5. Territoriaal werkingsgebied

De verzekeringswaarborg is geldig in de gehele wereld. Bij ziekenhuisverblijf in het buitenland, is de waarborg enkel verworven op voorwaarde dat de verzekerde zijn of haar woonplaats in België gevestigd heeft en er gewoonlijk verblijft.

6. Beschrijving van de waarborg

6.1. De verzekering komt tussen wanneer een verzekerde het voorwerp uitmaakt van een ziekenhuisverblijf dat aanleiding geeft tot een tegemoetkoming in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ingevolge een ziekte, een ongeval (met inbegrip van een arbeidsongeval), een zwangerschap of een bevalling.

De maatschappij van onderlinge bijstand verbindt zich ertoe de verzekerde, onder de hierna vermelde voorwaarden, te vergoeden voor de door de verzekerde opgelopen kosten ingevolge zijn ziekenhuisverblijf, met name:

- de medisch verantwoorde kosten voor verblijf en geneeskundige verzorging ingevolge een ziekte of een ongeval

- de medisch verantwoorde kosten voor behandeling en onderzoeken in geval van zwangerschap of bevalling
- de aflevering van brillenglazen, gehoortoestellen, orthopedische toestellen of andere prothesen als omschreven in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (bijlage bij het KB van 14 september 1984), die rechtstreeks in verband staat met het ziekenhuisverblijf, voor zover er een wettelijke tegemoetkoming is
- de kosten voor tandimplantaten of – prothesen geplaatst gedurende een ziekenhuisverblijf ingevolge een ongeval voor zover er een wettelijke tegemoetkoming is
- de kosten voor tandzorgen en -prothesen als bepaald in punt 1.17 voor zover er een wettelijke tegemoetkoming is en deze verstrekkingen rechtstreeks verband houden met het ziekenhuisverblijf
- de kosten voor een ziekenhuisverblijf in het buitenland.

De tegemoetkoming van de verzekering is gelijk aan de som van de werkelijke kosten verminderd met het bedrag van de wettelijke en extra-wettelijke tegemoetkomingen waarop de verzekerde aanspraak kan maken, behalve de de uitkeringen betaald in het kader van de verzekering Aanvullende Hospitalisatiever-goeding (AHV).

De berekening van de terugbetaling van de verstrekkingen gebeurt als volgt:

- 6.1.1.** bij ziekenhuisverblijf in een eenpersoonskamer worden de kamer- en de ereloonsupplementen niet vergoed voor zover het ziekenhuisverblijf plaatsheeft binnen een periode van drie jaar die aanvangt op de datum waarop de verzekering in werking treedt enerzijds en er een oorzakelijk verband bestaat tussen dat ziekenhuisverblijf en een op de datum van de aansluiting bestaande aandoening, verwonding of gebrekkigheid anderzijds. Deze beperking wordt opgeheven voor de verzekerde die daags voor de inwerkingtreding van de verzekering in het genot was van een hospitalisatieverzekering met gelijkaardige waarborgen en voor zover de verzekerde hierbij gedurende drie jaar was aangesloten, zoniet worden de aansluitingsjaren bij de voornoemde verzekeringen in mindering gebracht van de voornoemde tijdspanne van drie jaar.
- 6.1.2.** bij ziekenhuisverblijf in een eenpersoonskamer worden de kamer- en ereloonsupplementen niet vergoed voor zover het ziekenhuisverblijf plaatsvindt in een tijdspanne van negen maanden aanvangende op de datum waarop de verzekering in werking trad enerzijds en er een oorzakelijk verband bestaat tussen dat ziekenhuisverblijf en een zwangerschap, anderzijds.

Deze beperking wordt opgeheven voor het lid dat daags voor de inwerkingtreding van de verzekering in het genot was van

een hospitalisatieverzekering met gelijkaardige waarborgen en voor zover de verzekerde hierbij gedurende negen maanden was aangesloten, zoniet worden de aansluitingsmaanden bij de voornoemde verzekeringen in mindering gebracht van de voornoemde tijdspanne van negen maanden ;

In geval van overgang van een verzekeringscontract HOSPIMUT of een gelijkaardige verzekeringscontract naar een HOSPIMUT PLUS contract, zal de tussenkomst in de gevallen voorzien in punten 6.1.1. en 6.1.2. op basis van de tussenkomstvoorwaarden van Hospimut geschieden.

- 6.1.3.** voor alle verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, zal de verzekering een tegemoetkoming verlenen ten belope van maximum één keer het bedrag van deze wettelijke tegemoetkoming;
- 6.1.4.** de forfaits 'opname' en de persoonlijke aandelen die wettelijk ten laste van de verzekerde vallen worden volledig vergoed;
- 6.1.5.** voor de ereloonsupplementen bij een ziekenhuisverblijf met minstens één overnachting wordt ten hoogste 300 % van de tegemoetkoming ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen terugbetaald;
- 6.1.6.** voor de ereloonsupplementen bij daghospitalisatie wordt ten hoogste 100 % van de tegemoetkoming ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen terugbetaald;
- 6.1.7.** voor de supplementen op de verblijfskosten wordt, bovenop het persoonlijke aandeel, 150,00 euro per dag terugbetaald bij een ziekenhuisverblijf met minstens één overnachting, en 80,00 euro bij een daghospitalisatie;
- 6.1.8.** de verzekering vergoedt de kosten voor implantaten, prothesen en medische hulpmiddelen ten belope van de werkelijk gefactureerde prijs;
- 6.1.9.** de farmaceutische en parafarmaceutische producten worden als volgt vergoed:
- de geneesmiddelen met tussenkomst van de verplichte verzekering en de geneesmiddelen uit categorie D worden integraal vergoed;
 - de parafarmaceutische producten en andere afleveringen zoals steunkousen, drukverbanden, thermometers, waarvoor de verplichte verzekering geen tussenkomst voorziet, maar die wettelijk aan de patiënt mogen worden aangerekend, worden integraal vergoed.

- 6.1.10.** voor een verblijf in de dienst 340-K (Kinderneuropsychiatrie – dag en nacht), 370-A (Neuropsychiatrie - dag en nacht) en 410-T (Psychiatrie – dag en nacht), is de tegemoetkoming beperkt tot 30 dagen per jaar;
- 6.1.11.** de verzekering vergoedt de kosten voor andere leveringen die wettelijk aan de patiënt mogen worden aangerekend, met of zonder tegemoetkoming van de verplichte verzekering, ten belope van de gefactureerde prijs;
- 6.1.12.** de verzekering vergoedt de verblijfskosten van de overnachting van een ouder (rooming-in) bij zijn gehospitaliseerd kind jonger dan 19 jaar ten belope van maximum 25,00 euro per dag;
- 6.1.13.** de verzekering verleent een tegemoetkoming ten belope van 6,50 euro per dag voor het verblijf in een verpleeghotel in het kader van een ziekenhuisverblijf. Enkel de verblijven in een herstellingsoord komen in aanmerking voor deze tegemoetkoming;
- 6.1.14.** de kosten voor in-vitrofertilisatie en robotchirurgie worden terugbetaald naar rato van 500,00 euro per kalenderjaar in een eenpersoonskamer;
- 6.1.15.** de kosten voor kraamzorg na ziekenhuisverblijf worden terugbetaald ten belope van 20,00 euro per dag gedurende maximum 7 dagen vanaf de dag na het ontslag uit het ziekenhuis;
- 6.1.16.** de verzekering komt tussen in de werkelijk gedragen kosten voor het dringend vervoer naar het ziekenhuis ten bedrage van maximum 250,00 euro per kalenderjaar, na iedere andere tegemoetkoming, uitgezonderd deze voorzien door de aanvullende verzekering van de FSMB ;
- 6.1.17.** de verzekering kent bij thuisbevalling een eenmalig forfait ten bedrage van 600,00 euro toe om alle kosten te dekken die hiermee verband houden, met inbegrip van de verzorging voor en na de bevalling ;
- 6.1.18.** de verzekering betaalt de wettelijke voorschotten die aan het ziekenhuis gestort worden terug op voorlegging van een bewijsstuk van het ziekenhuis dat de betaling van zulke voorschotten staaft. Indien achteraf zou blijken dat het ziekenhuisverblijf niet kan gedekt worden of indien het bedrag van het voorschot hoger is dan de tegemoetkoming van de maatschappij van onderlinge bijstand of indien de verzekerde zijn factuur niet voorlegt, dan zullen de onverschuldigde sommen teruggevorderd worden ;
- 6.1.19.** voor elke ziekenhuisverblijf in België, uitgezonderd geriatrische diensten (300-G), specialiteiten (610-S1 tot 660-S6) en psychiatrische diensten (340-K, 370-A en 410-T) en waarvoor verzekering tussenkomt worden de

kosten van voor en na het ziekenhuisverblijf als volgt terugbetaald:

Voor- en nazorg

- 6.1.19.1.** een tegemoetkoming van 100 % in het persoonlijk aandeel in de kosten voor in het kader van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen terugbetaalbare farmaceutische producten en magistrale bereidingen indien deze door een geneesheer werden voorgeschreven ;
- 6.1.19.2.** dekking van de remgelden en de wettelijke ereloon-supplementen, beperkt tot 100 % van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Onverminderd het voorafgaande, in geval van ziekenhuisopname in de dienst voor diagnose en medische behandeling (220-D), in de dienst diagnose en heelkundige behandeling (210-C) of in de dienst intensieve verzorging (490-I) die wordt verdergezetz in de dienst geriatrie, is de tegemoetkoming van voornoemde verzekering van toepassing op het volledige verblijf.

De geneeskundige verzorging voor en na het ziekenhuisverblijf moet toegediend worden in België en moet rechtstreeks verband houden met het ziekenhuisverblijf dat gedekt moet zijn door de onderhavige algemene voorwaarden en voor zover de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen is tussengekomen voor het beoogde ziekenhuisverblijf.

- 6.1.20.** In geval van volledig ziekenhuisverblijf in een gemeenschappelijke of een tweepersoonskamer, betaalt de verzekering het bedrag van de ziekenhuisfactuur integraal terug.
- 6.1.21.** In geval van ziekenhuisverblijf in het buitenland bedraagt de tegemoetkoming voor de dekking van de werkelijk gedragen kosten maximum 360,00 euro per dag. De daghospitalisatie wordt niet gedekt in het buitenland. Voor de voorafbestaande ziektes, aandoeningen of toestanden is de tegemoetkoming beperkt tot maximum 20,00 euro per ligdag.

6.2. Het aldus berekende bedrag van de tegemoetkoming dient als grondslag voor de toepassing van de franchise van 100,00 euro. Deze franchise wordt toegepast voor elk verblijf van minstens één nacht in een privékamer in een ziekenhuis dat meer dan 200 % ereloon-supplementen aanrekenen bovenop het tarief van de overeenkomst. De lijst met de ziekenhuizen waarvoor de franchise van toepassing is, wordt jaarlijks opgesteld en treedt in voege op 1 januari. Deze lijst werd gepubliceerd in de bijlage van de algemene voorwaarden en staat op de website van de FSMB.

De nieuwe lijst geldt voor alle verzekeringsgevallen waarbij het begin van het verblijf samenvalt met de datum waarop de nieuwe lijst in voege treedt of op een latere datum valt (zie bladzijde 12).

7. Tegemoetkomingsvoorwaarden

- 7.1.** De verzekeringtegemoetkoming wordt slechts toegekend voor zover de voorwaarden inzake wachttijd vervuld zijn en de premie van de verzekeringnemer en zijn personen ten laste betaald is, onverminderd artikel 69 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.
- 7.2.** Elk voor vergoeding vatbaar ziekenhuisverblijf moet zo spoedig mogelijk aan de maatschappij van onderlinge bijstand worden aangegeven door middel van de door haar verstrekte schadeaangifte.

De verzekeringnemer en zijn personen ten laste moeten alles in het werk stellen om de maatschappij van onderlinge bijstand alle informatie over de schadegevallen en hun gevolgen te verstrekken. De maatschappij van onderlinge bijstand heeft het recht de verklaringen en de antwoorden op haar vragen om inlichtingen na te trekken.

Enkel originele facturen worden aanvaard. Op deze stukken dient te worden vermeld:

- identiteit van de verzekerde ;
- detail van de verstrekkingen (Riziv-nomenclatuurcode) en hun werkelijke kostprijs geattesteerd door de zorgverstreker;
- de datum van de verstrekking(en).

7.3. De zorg voor en na het ziekenhuisverblijf

De aanvraag voor de ten laste name van de zorg voor en na het ziekenhuisverblijf wordt ingediend door middel van het formulier 'aanvraag om tegemoetkoming voor de zorg voor of na het ziekenhuisverblijf',

Er wordt enkel terugbetaald op basis van:

- de originele kwijting uitgereikt door het ziekenfonds of een factuur;
- een BVAC-attest of bijlage 30 voor de geneesmiddelen of een factuur.

De zorg voor en na het ziekenhuisverblijf wordt enkel terugbetaald indien de maatschappij van onderlinge bijstand in het bezit is van een verpleegnota voor het ziekenhuisverblijf of de daghospitaisatie.

- 7.4.** Bij overlijden van de verzekerde, wordt de tegemoetkoming uitgekeerd:
- aan de overlevende echtgenoot of wettige samenwonende
 - bij ontstentenis, aan de natuurlijke personen die kunnen bewijzen dat zij wettige erfgenamen zijn. De tegemoetkoming wordt in dat geval uitgekeerd hetzij aan de notaris belast met de vereffening van de nalatenschap hetzij aan een van de vermelde erfgenamen op basis van een gewettigde volmacht van alle andere erfgenamen die hetzij in de notariële akte, hetzij in de erfrechtverklaring staan vermeld
 - bij ontstentenis, aan de natuurlijke personen die de kosten voor het ziekenhuisverblijf waarvoor de tegemoetkoming wordt gevraagd, werkelijk hebben betaald.

7.5. Verjaring

De rechtvaardigingsstukken van de onkosten die voorwerp kunnen zijn van terugbetaling moeten ingediend worden bij de maatschappij van onderlinge bijstand binnen een termijn van drie jaar. Deze termijn vangt aan op de dag van de genoten prestatie.

8. Gevallen waarin geen tegemoetkoming wordt verleend

De verzekering sorteert geen effecten voor:

- 8.1.** Ongevallen of ziekten, evenals hun gevolgen, die resulteren uit:

- dronkenschap, alcoholverslaving of alcoholvergiftiging ;
- een poging tot zelfdoding, een vrijwillige vergroting van het risico door de verzekerde of een opzettelijke daad van de verzekerde behalve bij redding van personen of goederen ;
- niet therapeutisch gebruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs evenals uit drugverslaving ;
- oorlogsfeiten, burgeroorlog of gelijkaardige feiten; de waarborg blijft evenwel bestaan tijdens de 14 dagen na het begin van de vijandelijkheden indien de verzekerde verrast werd door het uitbreken van een oorlogstoestand tijdens een reis in het buitenland ;
- vrijwillige deelneming aan gewelddaden van collectieve oorsprong, behalve wanneer de verzekerde het bewijs levert dat hij niet actief en vrijwillig aan deze gebeurtenissen deelnam, deelneming aan misdaden of wanbedrijven ;
- een zware fout of een opzettelijke daad van de verzekerde ;
- professionele sportbeoefening ;
- kernreacties, radioactiviteit, ioniserende stralingen ;

- 8.2.** de volgende verstrekkingen:

- esthetische zorgen en behandelingen, de verstrekkingen die tot het specialisme plastische heelkunde behoren, behalve de verstrekkingen die het gevolg zijn van een ongeval dat gebeurde na de datum waarop de waarborg aanvangt of waarvoor een tegemoetkoming wordt verleend in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
- de kosten voor implantaten en tandprothesen, behalve indien ze rechtstreeks het gevolg zijn van een ongeval afdoende bewezen door de verzekerde, opgelopen na de aansluitingsdatum en waarvoor de verzekering tussenkomt
- de kosten voor prothesen en orthopedische toestellen, behalve indien ze rechtstreeks in verband staan met de oorzaak van het ziekenhuisverblijf waarvoor de verzekering een tegemoetkoming verleent
- comfortuitgaven (telefoon, televisie, drank, toiletartikelen enz.) behalve bij hospitalisatie van minstens één nacht in een kamer met meer dan één bed of in geval van daghospitaisatie

- 8.3.** Elk ziekenhuisverblijf dat vóór de inwerkingtreding van het verzekeringscontract of tijdens de wachttijd begint ;
- 8.4.** Elk verblijf van één nacht en de daghospitalisaties met hemodialyse of elke vorm van dialyse als enige doel ;
- 8.5.** De maatschappij van onderlinge bijstand behoudt zich het recht voor om de wettigheid van de aangerekende bedragen voor de verschillende elementen van haar tegemoetkoming na te gaan. De tegemoetkoming kan geschorst worden gedurende de tijd die nodig is om de door de verzekerde overgemaakte stukken en alle eventueel verstrekte aanvullende inlichtingen te analyseren. De tegemoetkoming wordt geweigerd indien wordt vastgesteld dat de facturatie onwettig is.
- 8.6.** Wanneer de duur van het verblijf in de verplegingsinrichting dan de medisch vereiste periode overschrijdt, heeft de maatschappij van onderlinge bijstand het recht haar tegemoetkomingen te beperken tot het bedrag in verband met de medisch vereiste verstrekkingen.

9. Indeplaatsstelling

Wanneer de verzekering een tegemoetkoming verleent of moet verlenen in uitvoering van het contract, treedt zij in alle rechten en vorderingen van de verzekerde tegen derden die aansprakelijk zijn voor de gebeurtenis die aanleiding geeft tot haar tegemoetkoming.

Bijgevolg mag de verzekerde geen afstand van verhaal doen zonder voorafgaandelijke schriftelijke toestemming van de verzekering.

Hij of zij verbindt zich bovendien ertoe om deze indeplaatsstelling op eenvoudig verzoek te hernieuwen. Alleszins is de in de plaats tredende vrij te beslissen om een rechtszaak aan te spannen en over het gevolg dat daaraan moet gegeven worden.

10. Betwistingen – Geschillen

De terugbetaling van de verstrekkingen wordt slechts verleend onder voorbehoud van het recht, voor de maatschappij van onderlinge bijstand om de gezondheidstoestand van de verzekerde te allen tijde te laten controleren door de controlearts. Bovendien, verleent de verzekerde de behandelende arts de toestemming om alle informatie betreffende zijn of haar gezondheidstoestand te verstrekken aan de controlearts.

Elke betwisting tussen de verzekerde en de maatschappij van onderlinge bijstand zal worden voorgelegd, enerzijds aan de behandelende arts van de verzekerde en anderzijds aan de controlearts van de maatschappij van onderlinge bijstand.

Bij onenigheid zullen zij samen een derde arts aanduiden wiens beslissing onherroepelijk zal zijn. Bij gebrek aan overeenstemming over de aanduiding van een derde arts, gebeurt de aanstelling op verzoek van de meest gerede partij, door de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg.

Elk van de partijen neemt de honoraria en kosten van zijn of haar arts ten laste. De honoraria en kosten van

de derde arts worden in twee gedeeld.

Bij blijvende onenigheid, kan de maatschappij van onderlinge bijstand aan de verzekerde voorstellen om dat geschil te onderwerpen aan de procedure voorzien in artikel 1678 van het Gerechtelijk Wetboek.

De onderhavige verzekering valt uitsluitend onder de Belgische wetten.

11. Opzegging – sanctie

De maatschappij van onderlinge bijstand behoudt zich het recht voor om het contract op te zeggen:

- in geval van moedwillig veroorzaakte morele of financiële schade aan de belangen van de maatschappij van onderlinge bijstand ;
- bij bedrog of poging tot bedrog bedoeld om onverschuldigde terugbetalingen te ontvangen.

Niet- betaling van de premie op de vervalddag geeft aanleiding tot opzegging van het contract op voorwaarde dat degene die de premie verschuldigd is in gebreke is gesteld overeenkomstig punt 16.4. onderaan.

De maatschappij van onderlinge bijstand is niet gehouden tot enigerlei prestaties aan een verzekerde die één van de verplichtingen die uit onderhavige verzekering voortvloeien, overtreedt.

De maatschappij van onderlinge bijstand behoudt zich het recht voor om de terugbetaling te eisen van onverschuldigd betaalde uitkeringen.

12. Duur van het contract en opzegging

12.1. De verzekering wordt levenslang gesloten, onverminderd de punten 11 en 12.2.

12.2. De verzekeringnemer kan de aansluiting op elk ogenblik opzeggen. De opzegging treedt pas in werking na verloop van een termijn van drie maanden te rekenen vanaf de 1e dag van de maand na datum van de kennisgeving, van het ontvangstbewijs, of in geval van een aangetekende brief, van de afgifte op de post.

Onverminderd het vorenbepaalde neemt het contract een einde wanneer men:

- niet meer lid is bij de FSMB
- de mogelijkheid om van de voordelen van de aanvullende verzekering te genieten, heeft verloren wegens de niet-betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering gedurende een ononderbroken periode van minstens 24 maanden, of een betalingsachterstand van 6 maanden vertoont sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2quater, derde lid, van het voornoemde koninklijk besluit van 7 maart 1991, voor de diensten die erin bedoeld worden;
- overlijdt.

Wanneer het contract ten einde loopt, sorteert het geen effecten meer, ook niet voor de lopende ziekenhuisverblijven.

13. Administratieve bepalingen

De partijen kiezen van rechtswege hun woonplaats:

- voor de maatschappij van onderlinge bijstand in haar maatschappelijke zetel ;
- voor de verzekeringnemer, op zijn of haar door de maatschappij van onderlinge bijstand laatst gekende officiële adres.

De verzekeringnemer is verplicht de maatschappij van onderlinge bijstand in kennis te stellen van elke verandering van verblijfplaats, zo niet gebeurt elke kennisgeving geldig op de door de maatschappij van onderlinge bijstand laatst gekende woonplaats.

14. Bijstand in België

Hospimut Plus biedt de hiernavolgende bijstandsdiensten aan de verzekerden die recht hebben op de tegemoetkoming van de verzekering in het kader van een ziekenhuis-verblijf of van een daghospitalisatie in België en die hun wachttijd beëindigd hebben. Deze diensten worden aangeboden na een telefonische oproep naar de bijstandscentrale van FSMB die 24 uur op 24 toegankelijk is, telefoon 02 546 15 90.

Thuisoppas van kinderen

De verzekering organiseert, binnen 24 uur, en bekostigt de oppas van de kinderen van drie maanden tot en met 14 jaar van de verzekerde en dit in één van de volgende drie situaties :

1) Indien de verzekerde voor een duur van meer dan twee dagen in het ziekenhuis wordt opgenomen na een ongeval of na een plotse en onverwachte ziekte, komt de verzekering tussen in de oppas van diens kinderen tijdens de eerste nacht die volgt op dat ziekenhuisverblijf, dit is tussen 19.00 en 08.00 uur, indien niemand anders voor de kinderen kan zorgen.

Deze oppas wordt eveneens toegekend voor een duur van maximum 5 werkdagen, van maandag tot zaterdag, tussen 08.00 en 19.00 uur, en tot een maximum van 10 uur per dag, terwijl de echtgenoot/echtgenote zijn/haar beroepsactiviteit uitoefent.

2) Bij een bevalling komt de verzekering tussen in de oppas van de kinderen gedurende maximum 3 werkdagen tijdens het ziekenhuisverblijf van de verzekerde, van maandag tot zaterdag, tot een maximum van 10 uur per dag, terwijl de echtgenoot zijn beroepsactiviteit uitoefent.

3) Bij een bevalling komt de verzekering tussen in de oppas van de kinderen gedurende maximum 3 werkdagen onmiddellijk na een kort verblijf (maximum 2 nachten) van de moeder, in het ziekenhuis, van maandag tot zaterdag, tot een maximum van 10 uur per dag, terwijl de echtgenoot zijn beroepsactiviteit uitoefent.

De tegemoetkomingen in bovenvermelde punten 2) en 3) zijn onderling niet cumuleerbaar.

Deze oppas is bedoeld om een aandachtige aanwezigheid te verzekeren bij ten hoogste drie kinderen en om de taken uit te voeren die normaal verzekerd worden door de moeder of de vader van het gezin, met uitsluiting van het huishoudelijk werk en van het vervoer van en naar de school.

15. Premie

15.1. Bedrag

De premie voor het contract wordt berekend op basis van het geldende tarief en de leeftijd van de te verzekeren personen op de aanvangsdatum van het contract.

Ze wordt op elke jaarlijkse vervalldag herberekend op basis van het geldende tarief en de leeftijd van de verzekerde personen op de verjaardag van de aanvangsdatum van het contract.

De premie dekt een periode van 12 maanden.

Indien in de loop van het verzekeringsjaar een wijziging optreedt die betrekking heeft op de te verzekeren personen, wordt de contractpremie aangepast met ingang van de eerste dag van de maand waarin de contractwijziging ingaat.

Alle belastingen, heffingen of bijdragen die door de wet of enige andere bepaling uit de regelgeving worden opgelegd, zijn of zullen uitsluitend voor rekening van de verzekeringnemer zijn.

15.2. Indexering

De individuele premies worden jaarlijks op 1 januari aangepast aan de evolutie van het specifieke indexcijfer op basis van de waarden bepaald in artikel 6, § 3, 2e lid, en 6, § 4 van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, voor de waarborg 'eenpersoonskamer'.

De premies mogen ten hoogste worden aangepast aan het percentage van de evolutie tussen het laatst gepubliceerde specifieke indexcijfer en het specifieke indexcijfer van het voorafgaande jaar, voor zover deze variatie de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen in de loop van dezelfde periode overschrijdt. Zoniet, dan worden de premies aangepast in functie van de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen van de maand september.

De bekomen resultaten worden gedeeld door twaalf en vervolgens afgerond op de inferieure eurocent. Daarna worden deze resultaten vermenigvuldigd met twaalf.

Indien de maatschappij van onderlinge bijstand de voorwaarden of de premiebedragen wijzigt, stelt zij de verzekeringnemer daarvan in kennis door middel van een schriftelijke kennisgeving.

15.3. Herziening

Buiten de jaarlijkse indexering mag de contractpremie na het sluiten van het contract slechts worden aangepast door tussenkomst van de Controledienst voor de Ziekenfondsen, indien deze vaststelt of indien de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand hem informeert dat de toepassing van het tarief verlieslatend is of dreigt te worden, en dat hij eist dat de verzekeraar dat

tarief in evenwicht brengt, overeenkomstig artikel 504 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen.

Een tariefverhoging geldt voor de premies van lopende contracten, met vervalddag vanaf de eerste dag van de tweede maand na kennisgeving van de beslissing van de Controledienst voor de Ziekenfondsen, zonder afbreuk te doen aan het recht van de nemer om het contract op te zeggen.

15.4. Betaling

De jaarlijkse premie is vooraf betaalbaar in de centrale zetel van de maatschappij van onderlinge bijstand.

De betaling is echter wel deelbaar per kwartaal op voorwaarde dat een bankdomiciliëring wordt genomen.

De betaaldatum en de premiebedragen worden regelmatig aan de verzekeringnemer meegedeeld.

Bij gebrek aan betaling van de (jaar- of kwartaal) premie op de vervalddag, wordt een aangetekende ingebrekestelling verstuurd. De verzending van deze ingebrekestelling doet een betalingstermijn lopen van 15 dagen te rekenen vanaf de dag volgend op de datum van de neerlegging ter post. Wanneer de betaling niet geschiedt binnen deze termijn, is het contract verbroken.

De premies die betaald zijn voor een tijdvak na de opzegging in de geeigende vorm van de verzekeringnemer worden terugbetaald conform de wettelijke bepalingen.

15.5. Individuele premies

Tarief van toepassing op 1 januari 2021 (inclusief alle belastingen – euro):

	Leeftijd bij aanvang van het contract					
	0 tot en met 45 jaar	46 tot en met 49 jaar	50 tot en met 54 jaar	55 tot en met 59 jaar	60 tot en met 65 jaar	Vanaf 66 jaar
Leeftijd op de verjaardag van de aanvang van het contract						
0 tot en met 17 jaar	60,72	/	/	/	/	/
18 tot en met 24 jaar	76,32	/	/	/	/	/
25 tot en met 49 jaar	208,68	219,12	/	/	/	/
50 tot en met 59 jaar	257,64	270,96	283,68	386,88	/	/
60 tot en met 65 jaar	452,76	475,56	498,00	679,56	770,28	/
66 tot en met 70 jaar	452,76	475,56	498,00	679,56	770,28	1.001,28
Vanaf 71 jaar	452,76	475,56	498,00	679,56	770,28	1.116,84

Bijlage: lijst van de ziekenhuizen die ereloon-supplementen van meer dan 200% toepassen, geldig voor het jaar 2020.

Brussel:

- JULES BORDET INSTITUUT - 1000 Brussel
- U.M.C. SINT-PIETER - 1000 Brussel
- UNIVERSITAIR KINDERZIEKENHUIS KONINGIN FABIOLA - 1020 Brussel
- U.V.C. BRUGMANN (Sites Victor, Pau Brien en Koningin Astrid) – 1020, 1030 en 1120 Brussel
- IRIS ZIEKENHUIZEN ZUID (Etterbeek Baron Lambert – Etterbeek-Elsene, Joseph Bracops en Molière Longchamp) - 1040, 1050, 1070 en 1190 Brussel
- CHIREC (St-Anne-St-Remi, Basiliëk, Delta, Edith Cavell) - 1070, 1083, 1160 en 1180 Brussel
- ERASMUS ZIEKENHUIS - 1070 Brussel
- C.M.P. LA RAMEE - 1180 Brussel
- CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC - 1200 Brussel

Vlaanderen:

- Geen enkel ziekenhuis.

Wallonië:

- CHIREC Eigenbrakel Waterloo - 1420 Eigenbrakel
- C.H.C. / CLINIQUE ST-VINCENT - 4000 Liège (Rocourt)
- C.H.C. / CLINIQUE ST-JOSEPH - 4000 Liège (Rocourt)
- C.H.C. / CLINIQUE NOTRE DAME - 4300 Waremme
- C.H.C. / CLINIQUE DE L'ESPERANCE - 4420 Montegnée
- C.H.C. / CLINIQUE NOTRE DAME - 4681 Hermalle / Argenteau
- C.H.C. / CLINIQUE SAINTE-ELISABETH - 4802 Verviers (Heusy)
- CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE - 6041 Charleroi (Gosselies)
- CENTRE DE SANTE DES FAGNES - 6460 Chimay
- C.H.U. AMBROISE PARE - 7000 Mons
- C.H.R. De la Haute Senne - 7060 Soignies
- C.H.U. DE TIVOLI - 7100 La Louvière
- C.H. EPICURA - 7301 Hornu, 7331 Baudour en 7800 Ath

16. Hospitalisatieverzekering HOSPIMUT Plus Continuïteit

De verzekerden die zich tijdelijk niet aansluiten bij de verzekering Hospimut Plus omdat zij voor het hospitalisatierisico verzekerd zijn door een polis van de werkgever, kunnen opteren voor de dienst Hospimut Plus Continuïteit.

Deze dienst geeft hen de mogelijkheid:

- zich aan te sluiten bij de verzekering Hospimut Plus, zonder wachttijd en zonder verhoogde premies te moeten betalen voor een aansluiting op oudere leeftijd vanaf het moment dat de collectieve hospitalisatieverzekering van de werkgever wegvalt, en dit voor om het even welke reden ;
- aanspraak te maken op een tussenkomst in het saldo ten hunne laste na toepassing van de collectieve hospitalisatieverzekering van de werkgever.

De aansluiting dient ten laatste in de loop van de maand vóór de 65e verjaardag te gebeuren en dit zowel voor de verzekeringnemer als voor de personen ten laste.

1. Administratieve formaliteiten

De optie wordt beëindigd vanaf het moment dat de hospitalisatieverzekering van de werkgever ophoudt te bestaan of van rechtswege eindigt wanneer de verzekeringnemer, verzekerd door een hospitalisatieverzekering van de werkgever, 65 jaar wordt. Bijgevolg is het ten laatste vóór de leeftijd van 65 jaar dat de overgang naar Hospimut Plus kan worden aangevraagd met een bewijs van de werkgever dat een collectieve verzekering reeds zes maanden bestaat op datum van de overgang.

Bij gebrek aan bewijs zal de transfer gebeuren zonder wachttijd, maar zullen de premies verhoogd worden in functie van de leeftijd op het moment van de overgang.

Wanneer de verzekerde opteerde voor Hospimut Plus Continuïteit sinds minder dan één jaar, zullen de premies ook verhoogd worden voor de transfers vanaf 46 jaar, behalve indien deze optie het resultaat was van een overgang van Hospimut Plus naar Hospimut Plus Continuïteit.

2. Premies

2.1. Bedrag

De premie voor het contract wordt berekend op basis van het geldende tarief en de leeftijd van de te verzekeren personen op de aanvangsdatum van het contract.

Ze wordt op elke jaarlijkse vervalldag herberekend op basis van het geldende tarief en de leeftijd van de verzekerde personen op de verjaardag van de aanvangsdatum van het contract.

De premie dekt een periode van 12 maanden.

Indien in de loop van het verzekeringsjaar een wijziging optreedt die betrekking heeft op de te verzekeren personen, wordt de contractpremie aangepast met ingang van de eerste dag van de maand waarin de contractwijziging ingaat.

Alle belastingen, heffingen of bijdragen die door de wet of enige andere bepaling uit de regelgeving worden opgelegd, zijn of zullen uitsluitend voor rekening van de verzekeringnemer zijn.

2.2. Indexering

De individuele premies worden jaarlijks op 1 januari aangepast aan de evolutie van het specifieke indexcijfer op basis van de waarden bepaald in artikel 6, § 3, 2e lid, en 6, § 4 van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (waarde die losstaat van de leeftijdsklassen), voor de waarborg 'eenpersoonskamer'.

De premies mogen ten hoogste worden aangepast aan het percentage van de evolutie tussen het laatst gepubliceerde specifieke indexcijfer en het specifieke indexcijfer van het voorafgaande jaar, voor zover deze variatie de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen in de loop van dezelfde periode overschrijdt. Zoniet, dan worden de premies aangepast in functie van de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen van de maand september.

De bekomen resultaten worden gedeeld door twaalf en vervolgens afgerond op de inferieure eurocent. Daarna worden deze resultaten vermenigvuldigd met twaalf.

Indien de maatschappij van onderlinge bijstand de voorwaarden of de bedragen van de premie wijzigt, stelt zij de verzekeringnemer daarvan op de hoogte door het versturen van een schriftelijke kennisgeving.

2.3. Herziening

Buiten de jaarlijkse indexering mag de contractpremie na het sluiten van het contract slechts worden aangepast door tussenkomst van de Controledienst voor de Ziekenfondsen, indien deze vaststelt of indien de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand hem informeert dat de toepassing van het tarief verlieslatend is of dreigt te worden, en dat hij eist dat de verzekeraar dat tarief in evenwicht brengt, overeenkomstig artikel 504 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen.

Een tariefverhoging geldt voor de premies van lopende contracten, met vervalldag vanaf de eerste dag van de tweede maand na kennisgeving van de beslissing van de Controledienst voor de Ziekenfondsen, zonder afbreuk te doen aan het recht van de nemer om het contract op te zeggen.

2.4. Betaling

De premie is jaarlijks en anticipatief betaalbaar in de centrale zetel van de maatschappij van onderlinge bijstand.

De bijdrage is echter wel deelbaar per kwartaal op voorwaarde dat een bankdomiciliëring wordt genomen.

De betalingsdatum en de premiebedragen worden regelmatig meegedeeld aan de verzekeringnemer.

Bij gebrek aan betaling van de (jaar- of kwartaal) premie op de vervaldag, wordt een aangetekende ingebrekestelling verstuurd. De verzending van deze ingebrekestelling doet een betalingstermijn lopen van 15 dagen te rekenen vanaf de dag volgend op de datum van de neerlegging ter post. Wanneer de betaling niet geschiedt binnen deze termijn, is het contract verbroken.

Premies betaald door de verzekeringnemer op de voorziene wijze en voor een periode na de verbreking van het contract worden terugbetaald volgens de wettelijke bepalingen.

2.5. Individuele premies

Tarief van toepassing op 1 januari 2021 (inclusief alle belastingen - euro):

	Leeftijd bij aanvang van het contract				
	0 tot en met 45 jaar	46 tot en met 49 jaar	50 tot en met 54 jaar	55 tot en met 59 jaar	60 tot en met 64 jaar
Leeftijd op de verjaardag van de aanvang van het contract					
0 tot en met 17 jaar	18,00	/	/	/	/
18 tot en met 24 jaar	22,56	/	/	/	/
25 tot en met 49 jaar	62,04	65,40	/	/	/
50 tot en met 59 jaar	76,80	81,00	84,84	115,56	/
60 jaar tot en met 64 jaar	135,60	142,32	148,92	203,40	230,64

3. Terugbetalingsvoorwaarden

3.1. De wachttijd zoals vermeld in punt 3.1 en 3.2. van de voorwaarden Hospimut Plus moet volbracht zijn. De wachttijd kan wegvallen onder de voorwaarden beschreven in punt 3.1. van de voorwaarden Hospimut Plus.

3.2. Elk ziekenhuisverblijf dat aanleiding kan geven tot tussenkomst dient zo vlug mogelijk te worden aangegeven bij de maatschappij van onderlinge bijstand middels een ongevalverklaring die ze ter beschikking stelt.

3.3. De afrekening met de tussenkomst van de collectieve hospitalisatieverzekering van de werkgever en een kopie van de ziekenhuisfactuur (indien de verzekerde in het bezit is van deze factuur) moet bijgevoegd worden aan de aanvraag tot tussenkomst.

3.4. Tijdens de periode waarin de verzekerde geniet van de collectieve hospitalisatieverzekering van de werkgever worden de ziekenhuiskosten die niet gedekt worden door deze verzekering (franchise, beperkingen en uitsluitingen van het contract) terugbetaald door Hospimut Plus Continuïteit naar rata van het saldo dat ten laste blijft en met een maximum van 50,00 euro per dag ziekenhuisverblijf van ten minste één overnachting in België en het buitenland of voor een daghospitalisatie in België, dit bovenop de tegemoetkoming die de collectieve verzekering van de werkgever toekent.

3.5. Verjaring

De rechtvaardigingsstukken van de onkosten die voorwerp kunnen zijn van terugbetaling moeten ingediend worden bij de maatschappij van onderlinge bijstand binnen een termijn van drie jaar. Deze termijn vangt aan op de dag van de genoten prestatie.

17. Wettelijke informatie

17.1. Communicatiewijzen en talen

De VMOBB communiceert met de verzekerden via verschillende kanalen:

- per brief en per e-mail op mail@fsmb.be
- per telefoon op 02 506 99 25
- via de agentschappen van de FSMB.

Alle communicatie verloopt in het Nederlands of in het Frans, volgens de keuze van de verzekeringsnemer. De documenten zijn beschikbaar in het Nederlands en het Frans. De contractuele documenten worden opgesteld in de taal die de verzekeringnemer in zijn contacten met de FSMB gebruikt.

17.2. Beleid inzake belangenconflicten

De VMOBB streeft ernaar om belangenconflicten in al haar verzekerings- en distributieactiviteiten te voorkomen.

Ons beleid inzake belangenconflicten kan u raadplegen op de website <https://www.fsmb.be/nl/juridische-informatie-en-privacy-van-vmobb>

17.3. Toepasselijk recht

Enkel het Belgisch recht is van toepassing op het contract

17.4. Klachten

Klachten in verband met de verzekeringsovereenkomst of de uitvoering ervan kunnen schriftelijk worden ingediend bij de dienst "Bemiddeling en Kwaliteit" van de FSMB (Zuidstraat 111 te 1000 Brussel).

De verzekerde kan zich eveneens wenden tot de Ombudsdienst der Verzekeringen te 1000 Brussel, de Meeûsquare 35 (info@ombudsman.as).