



VERZEKERINGSMATSCHAPPIJ
VAN ONDERLINGE BIJSTAND VAN BRABANT - VMOBB

HOSPIMUT

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.

Definities	3-4
Hoe kan ik mij aansluiten?	4
Wat is de wachttijd en hoe kan deze worden opgeheven?	4-5
Wanneer kan ik mijn verzekering schorsen?	5
Zijn er territoriale grenzen?	5
In welke gevallen is er een tussenkomst?	5-6
Wat moet ik doen om een tussenkomst te bekomen?	6
Hoeveel tijd heb ik om de kosten in te dienen?	6
Wat bij overlijden van de verzekerde?	7
Wanneer wordt er geen tussenkomst verleend?	7
Wat bij betwisting ?	8
Hoe kan ik mijn contract stopzetten?	8
Indexering en herziening van de premie	9
Wanneer moet ik de premie betalen?	9
Wat bedraagt de premie?	9
Wettelijke informatie	10

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 verzekerde aanspraak kan beginnen maken op een tussenkomst conform de omschrijving van de waarborg, na het volbrengen van de wachttijd.

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 het lid 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 pediatrie medische centra.

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 enkel bestemd voor elke vorm van dialyse
- de prestaties geleverd in de spoeddienst in zoverre het verblijf in de spoeddienst onmiddellijk aansluitend wordt gevolgd door een ziekenhuisopname.

Er is geen terugbetaling voorzien voor de gipskamer (dienst 710) noch voor de verzorging die er wordt 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 aangaande de maximumfactuur), de beroepsziekten, de arbeidsongevallen of de ongevallen op de weg van en naar 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), ziekte of aandoening die bestaat op het ogenblik van de aansluiting bij de verzekering en die aanleiding geeft tot een ziekenhuisopname.

1.14. Verblijfskosten

De verblijfskosten tijdens een ziekenhuisverblijf zijn de kosten ten laste van de verzekerde bestaande uit het wettelijk aandeel vastgelegd door de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen vermeerderd met de eventuele supplementen eigen aan het kamertype.

1.15. Tandzorg en -behandeling

De uitgevoerde tandzorg en tandbehandelingen tijdens een ziekenhuisverblijf waarvoor de algemene toestand van de patiënt formeel en medisch moet aanwijzen dat deze prestaties tijdens het ziekenhuisverblijf nodig zijn.

1.16. FSMB

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

1.17. Een verzekering met gelijkaardige dekkingen

Elk verzekeringscontract dat de terugbetaling waarborgt van hospitalisatiekosten op basis van de werkelijk ten laste gelegde of gefactureerde kosten, dat in de verblijfskosten in een éénpersoonskamer tussenkomt en dat de ereloonsupplementen terugbetaalt ten belope van een bedrag dat minstens gelijk is aan de tussenkomst voorzien in de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

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 én 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 de aansluiting dient de verzekeringnemer een formulier voor aanvraag tot aansluiting in te vullen en te ondertekenen.

Elke wijziging in de gezinssamenstelling dient gemeld te worden binnen de 30 dagen aan de maatschappij van onderlinge bijstand.

Wanneer een verzekerde persoon ten laste als titularis wordt ingeschreven bij een ziekenfonds aangesloten bij de maatschappij van onderlinge bijstand, dan biedt de maatschappij van onderlinge bijstand hem een verzekeringsvoorstel aan. Deze persoon krijgt 60 dagen om dit verzekeringsvoorstel 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 van aansluiting bij de verzekering;
- 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 op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van het contract genoot van een gelijkaardige hospitalisatieverzekering. De duur van de reeds vervulde wachtijd wordt in mindering gebracht op de duur van de te vervullen wachtijd. Om te kunnen

genieten van deze eventuele vrijstelling, dient de aanvraag voor aansluiting bij de maatschappij van onderlinge bijstand te gebeuren binnen de 90 dagen volgend op de einddatum van de vorige verzekeringsdekking. Er zal geen enkele onderbreking zijn tussen de einddatum van de voorgaande verzekeringsdekking en de aansluiting bij de maatschappij van onderlinge bijstand;

d) de rechthebbenden ten laste van een verzekeringnemer wiens verzekering beëindigd is en die hun wachttijd volbracht hebben en bij de FSMB aangesloten blijven als gerechtigde of persoon ten laste van een gerechtigde op voorwaarde dat er geen onderbreking is. Indien de wachttijd niet geheel volbracht werd, moet deze uitgedaan worden.

3.2. De wachttijd wordt op 12 maanden gebracht voor de verzekerde die zijn contract heeft opgezegd na een uitkering te hebben genoten en opnieuw de aansluiting aanvraagt. De wachttijd is niet van toepassing voor een geval zoals vermeld in punt 3.1.a .

3.3. Voorwaarde van toepassing in geval van overgang van de verzekering Hospimut Plus naar de verzekering Hospimut.

De duur van de reeds vervulde wachttijd wordt in mindering gebracht op de duur van de te vervullen wachttijd; desgevallend dient de wachttijd te worden volbracht.

3.4. Voorwaarde van toepassing in geval van overgang van de hospitalisatieverzekering Aanvullende Hospitalisatie vergoeding (AHV) -of van een gelijkaardige verzekering- naar de verzekering Hospimut.

De bovengenoemde wachttijd moet worden voleindigd. Tijdens deze wachttijd blijft de verzekerde verzekerd voor een forfaitaire daguitkering per dag hospitalisatie van 12,00 euro met een maximum van 180 vergoedbare hospitalisatiedagen. Deze dekking blijft van toepassing in geval de transfer van een verzekering naar een andere zich voordoet tijdens een ziekenhuisverblijf.

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 aanvragen met een aangetekend schrijven. In dit geval gaat de schorsing van de verzekering in vanaf het einde van de maand die volgt op de maand waarin de schorsing werd betekend (datum poststempel is doorslaggevend). De premie voor de geschorste verzekerings- periode zal terugbetaald worden aan de verzekeringnemer.

De verzekering treedt opnieuw in werking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op het verzoek van de verzekerde om deze schorsingsperiode te beëindigen en op voorwaarde dat hij dit verzoek aangetekend indient binnen de 90 dagen na het einde van de reden van

schorsing en dat hij de premie betaalt binnen de 15 dagen van de hem door de maatschappij van onderlinge bijstand gerichte betalingsaanvraag.

5. Territoriaal werkingsgebied

De verzekeringsdekking is enkel geldig in België.

6. Beschrijving van de garantie

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 geneeskundige verzorging en uitkeringen ingevolge een ziekte, een ongeval (evenals een arbeidsongeval), een zwangerschap of een bevalling.

De maatschappij van onderlinge bijstand verbindt zich ertoe de verzekerde, volgens de hieronder vermelde voorwaarden, de volgende kosten te vergoeden die de rechthebbende als gevolg van diens ziekenhuisverblijf geleden heeft, 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 tandzorgen en -prothesen ondergaan of geplaatst tijdens het ziekenhuisverblijf na een ongeval voor zover er een wettelijke tegemoetkoming is.

De tegemoetkoming van de verzekering is gelijk aan de som van de werkelijke kosten verminderd met het bedrag van de wettelijke en extrawettelijke tegemoetkomingen waarop de verzekerde aanspraak kan maken, behalve de hospitalisatievergoeding betaald door de verzekering in het kader van de Aanvullende Hospitalisatievergoeding (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 honorariumsupplementen niet vergoed voor zover het ziekenhuisverblijf plaatsvindt in een tijdspanne van drie jaar aanvangende op de datum waarop de verzekering in werking trad enerzijds en dit ziekenhuisverblijf in causaal verband staat met een op de datum van de aansluiting bestaande aandoening, verwonding of gebrekkigheid anderzijds.

Deze beperking wordt opgeheven voor de verzekerde die op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van de verzekering een verzekering genoot bij de dienst Hospimut Plus of bij een andere hospitalisatieverzekering met gelijkaardige garanties

en voor zover het lid hierbij drie jaar aangesloten was, zoniet worden de jaren van aansluiting bij de voorgenoemde verzekeringen in mindering gebracht op van de vermelde tijdspanne van drie jaar;

- 6.1.2.** bij ziekenhuisverblijf in een eenpersoonskamer worden de kamer- en honorariumsupplementen 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 dit ziekenhuisverblijf in causaal verband staat met een zwangerschap anderzijds. Deze beperking wordt opgeheven voor de verzekerde die op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van de verzekering, genoot van een verzekering Hospimut Plus, of bij een andere hospitalisatie verzekering met gelijkaardige garanties en voor zover het lid hierbij negen maanden aangesloten was, zoniet worden de maanden van aansluiting bij de voorgenoemde verzekeringen in mindering gebracht van de vermelde tijdspanne van negen maanden;
- 6.1.3.** behoudens andersluidende bepaling, komt de verzekering slechts tussen voor verstrekkingen die aanleiding geven tot een tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. De tussenkomst van de verzekering is beperkt tot maximum één keer het bedrag van deze wettelijke tegemoetkoming;
- 6.1.4.** voor de verblijfskosten betaalt de verzekering bovenop het persoonlijk aandeel, de kamer-supplementen a rato van 25,00 euro per dag;
- 6.1.5.** voor de daghospitalisatie, vergoedt de verzekering het ziekenhuisforfait ten belope van 37,00 euro op voorwaarde dat een chirurgische dienst (dienst 320), een miniforfait (dienst 720), een maxiforfait (dienst 730), een forfait van de groep 1, 2, 3, 4, 5, 6, of 7 (dienst 840) of een forfait chronische pijn 1, 2 of 3 (dienst 840) gefactureerd werd;
- 6.1.6.** voor de implantaten en prothesen met of zonder tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de afleveringsmarge en het endoscopische en viscerosynthesemateriaal met of zonder tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden de bedragen ten laste van de patiënt integraal vergoed ten belope van één enkel grensbedrag van 2.650,00 euro per ziekenhuisverblijf voor het geheel van deze verstrekkingen;
- 6.1.7.** voor de ziekenhuisopname in een dienst 340-K (dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen – dag en nacht), 370-A (dienst voor neuropsychiatrie – dag en nacht) en 410-T (psychiatrische dienst – dag en nacht) wordt de tussenkomst beperkt tot 30 dagen per jaar. Er wordt geen tussenkomst verleend voor kamer- en honorariumsupplementen.
- 6.1.8.** voor de ziekenhuisopname in een dienst 300-G of R (dienst geriatrie of revalidatie) of in een dienst specialiteiten (diensten 610-S1, 620-S2, 630-S3, 640-S4, 650-S5 en 660-S6), worden de kamer- en

honorariumsupplementen niet vergoed;

- 6.1.9.** voor de erelonen betaalt de verzekering bovenop het persoonlijk aandeel ten laste van de patiënt, de supplementen ten belope van maximum 100% van de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- 6.1.10.** de geneesmiddelen behorende tot de categorie D evenals het dagforfait geneesmiddelen worden vergoed;
- 6.1.11.** de parafarmaceutische producten en andere afleveringen zoals steunkousen, drukverbanden, thermometers, waarvoor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen geen tussenkomst voorziet maar die wettelijk aan de patiënt mogen worden aangerekend, worden vergoed ten belope van een bedrag van maximum 100 euro per ziekenhuisverblijf;
- 6.2.** Het aldus berekende terugbetalingsbedrag:
- dient als basis voor de toepassing van de vrijstelling van 75,00 euro. Deze vrijstelling is jaarlijks aftrekbaar voor elke verzekerde. Zij wordt echter alleen toegepast bij ziekenhuisverblijf in een eenpersoonskamer
 - is begrensd tot een tegemoetkomingsbedrag van maximum 16.500,00 euro per jaar en per verzekerde.
 - is begrensd tot een tegemoetkomingsbedrag van maximum 16.500,00 euro per ziekenhuisverblijf.
 - wordt verminderd met het bedrag van de nog te betalen premies.

7. Voorwaarden voor tussenkomst

- 7.1.** De tegemoetkoming van de verzekering is steeds ondergeschikt aan de voorwaarden inzake wachttijd in de aanvullende verzekering vervuld bij de FSMB en aan de betaling van de premie door de verzekeringnemer en zijn personen ten laste van de verzekering onverminderd het artikel 69 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.
- 7.2.** Elk ziekenhuisverblijf dat aanleiding kan geven tot een tegemoetkoming dient zo spoedig mogelijk aan de maatschappij van onderlinge bijstand te worden aangegeven aan de hand van de door haar uitgereikte schadeverklaring.

De verzekeringnemer en zijn personen ten laste moeten alles in het werk stellen om de maatschappij van onderlinge bijstand alle informatie met betrekking tot de schadegevallen en hun gevolgen te verstrekken.

De maatschappij van onderlinge bijstand heeft het recht de verklaringen die haar worden gedaan en de antwoorden die haar op haar verzoek om inlichtingen worden gegeven, na te trekken.

De bewijsstukken van de uitgaven die voor terugbetaling in aanmerking komen, moeten uiterlijk binnen drie jaar vanaf de dag van de prestatie worden ingediend bij de maatschappij van onderlinge bijstand.

Alleen originele facturen worden aanvaard.

Deze stukken dienen volgende vermeldingen te bevatten:

- de identiteit van de verzekerde;
- de gedetailleerde opgave van de verstrekkingen (nomenclatuurnummer van het RIZIV) en hun werkelijke kostprijs geattesteerd door de zorgverlener;
- de verstrekingsdatum(s).

7.3. Bij overlijden van de verzekerde wordt de tussenkomst toegekend:

- aan de overlevende echtgenoot of wettelijk samenwonende.
- bij gebrek, aan de natuurlijke personen die aantonen wettelijk erfgenaam te zijn. Alsdan wordt de tussenkomst uitgekeerd ofwel aan de notaris belast met de vereffening van de nalatenschap, ofwel aan de hiertoe met gelegaliseerde volmacht van het geheel van de erfgenamen aangeduide erfgenaam. Onder het geheel van erfgenamen dient verstaan deze vermeld in de erfrechtverklaring of in de notariële akte.
- bij gebrek aan de natuurlijke personen dewelke daadwerkelijk de ziekenhuiskosten waarvoor een tussenkomst wordt gevraagd, droegen.

8. Gevallen van niet-tussenkomst

Volgende gevallen zijn niet gedekt:

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 vergelijkbare omstandigheden; 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 onderhavige garantie in werking is getreden of waarvoor een tegemoetkoming wordt verleend in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- de zorgen en behandelingen die niet rechtstreeks gericht zijn op het doen verdwijnen van aandoeningen (kuren, schoonheids-, hygiënische, voedings- of versterkende producten, dranken);
- de psychotherapeutische, psychosomatische en psychiatrische behandelingen van enigerlei aard;
- het onderhoud, de oppas en bijstand die noodzakelijk zijn wegens de handicap van de verzekerde;
- enigerlei tandzorgen en -behandelingen, behalve indien ze het rechtstreekse gevolg zijn van een door de verzekerde deugdelijk bewezen ongeval waarvoor de verzekering een tegemoetkoming verleent; uitzondering wordt ook gemaakt voor de extractie van een wijsheidstand onder algemene anesthesie;
- de verstrekte zorgen en behandelingen wanneer de verzekerde geïnterneerd of gecolloqueerd is;
- de experimentele of wetenschappelijk niet beproefde zorgen en behandelingen;
- de kosten voor prothesen en orthopedische toestellen, behalve indien ze rechtstreeks in verband staan met de oorzaak van de ziekenhuisverpleging waarvoor de verzekering een tegemoetkoming verleent.

8.3. Elk ziekenhuisverblijf dat vóór de inwerkingtreding van het verzekeringscontract of tijdens de wachttijd begint.

8.4. Alle verblijven voor één nacht en dagverblijven in een ziekenhuis voor hemodialyse of elke vorm van dialyse.

8.5. De maatschappij van onderlinge bijstand behoudt zich het recht voor om de wettelijkheid te verifiëren van de gefactureerde bedragen voor de verschillende elementen van haar tussenkomst. De tussenkomst kan opgeschort worden voor de tijd die nodig is om de door de verzekerde overgemaakte stukken en alle eventuele bijkomende inlichtingen te onderzoeken. De tussenkomst wordt geweigerd wanneer het illegaal karakter van de facturatie wordt vastgesteld.

8.6. Wanneer de duur van een verblijf in een verplegingsinrichting de in medisch opzicht vereiste periode overtreft, behoudt de maatschappij van onderlinge bijstand zich het recht voor om haar prestaties te beperken tot een bedrag overeenstemmend met de medische prestaties die werkelijk nodige waren.

9. Indeplaatsstelling

Onverminderd het bepaalde in artikel 95 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen treedt de verzekering wanneer ze een tegemoetkoming verleent of moet verlenen in uitvoering van het contract, in alle rechten en vorderingen van de rechthebbende 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 er bovendien toe 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 erkende 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 van medische aard 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 onderling akkoord over de aanduiding van een derde arts, gebeurt de aanstelling op verzoek van de meest gereede 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 bij 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 vervaldag geeft aanleiding tot opzegging van het contract op voorwaarde dat degene die de premie verschuldigd is in gebreke is gesteld overeenkomstig punt 15.4. onderaan.

De maatschappij van onderlinge bijstand is niet gehouden tot enigerlei prestaties aan een verzekerde die één van de verplichtingen die uit onderhavige aansluiting 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 voor het leven onderschreven, onverminderd de punten 11 en 12.2.

12.2. De verzekeringnemer kan de verzekering 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 de verzekerde:

- niet meer lid is van 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 een einde neemt, stopt de uitvoering ervan inbegrip van het lopende ziekenhuisverblijf.

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 laatstgekende 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. Premie

14.1. 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 vervaldag herberekend op basis van het geldende tarief en de leeftijd van de verzekerde personen op 1 januari.

De premie dekt een verzekeringsjaar.

Het eerste verzekeringsjaar eindigt op 31 december. Vervolgens stemt elk verzekeringsjaar overeen met een kalenderjaar.

De premie voor het eerste verzekeringsjaar is evenredig met het aantal gedekte 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.

14.2. 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 consumptieprijs in de loop van dezelfde periode overschrijdt. Zoniet, dan worden de premies aangepast in functie van de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijs 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 schriftelijk in kennis.

14.3. 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.

14.4. 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 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.

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.

14.5. Individuele premies

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

Leeftijd op 1 januari	Leeftijd bij aanvang van het contract	
	0 tot en met 65 jaar	Vanaf 66 jaar
0 tot en met 24 jaar	39,36	-
25 tot en met 49 jaar	79,20	-
50 tot en met 59 jaar	118,92	-
60 tot en met 65 jaar	158,76	-
66 tot en met 70 jaar	228,60	309,96
Vanaf 71 jaar	228,60	345,84

Bij de overgang van de HospimutPlusverzekering naar de Hospimutverzekering, wordt de leeftijd bij inwerkingtreding van het HospimutPluscontract in aanmerking genomen om de premie voor het Hospimutcontract te berekenen.

15. Wettelijke informatie

15.1. 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.

15.2. 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>

15.3. Toepasselijk recht

Enkel het Belgisch recht is van toepassing op het contract.

15.4. 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).