



VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ
VAN ONDERLINGE BIJSTAND VAN BRABANT - VMOBB

AHV

Algemene voorwaarden op 1 januari 2020

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.

Inhoudstafel

	Pagina
Definities	3
Hoe kan ik mij aansluiten?	3-4
Wanneer wordt het contract stopgezet?	4
Hoeveel bedraagt de premie?	4
Hoe kan ik het contract stopzetten?	4
Indexering van de premie	4
Wat is de wachttijd?	5
Hoeveel zal ik ontvangen?	5
Wanneer krijg ik geen vergoeding?	5
Hoeveel tijd heb ik om de vergoeding aan te vragen?	6
Wat bij overlijden van de verzekerde ?	6
Wat bij betwisting ?	6
Wettelijke informatie	6

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. Verzekerde

De verzekeringsnemer en zijn personen ten laste aangeduid in de bijzondere voorwaarden, en die in deze voorwaarden genieten van de waarborgen vermeld in de polis.

1.2. Datum van aansluiting

De eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst van het door de verzekeringsnemer vervolledigd en ondertekend verzekeringsvoorstel op voorwaarde dat de (kwartaal)premie betaald werd vóór de vervaldag.

1.3. Begin van recht

Datum waarop de wachttijden een einde namen en de dekking aanving.

1.4. Wachttijd

De periode aanvangend op de datum van aansluiting bij van de verzekering en gedurende dewelke de verzekerde geen aanspraak maakt op de waarborgen.

1.5. Opname

Onder opname wordt verstaan, elk medisch verantwoord verblijf in een ziekenhuis, waarvoor krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen de ligdagprijs (minstens één nacht) wordt terugbetaald.

1.6. Ziekenhuis

Onder ziekenhuis wordt verstaan: iedere instelling door de wet als dusdanig erkend.

De volgende diensten geven recht op een tussenkomst:

- B : 200 dienst voor behandeling van tuberculose;
- C : 210 dienst voor diagnose en heelkundige behandeling;
- D : 220 dienst voor diagnose en medische behandeling;
- E : 230 dienst voor kindergeneeskunde;
- G (R):300 dienst voor geriatrie en revalidatie;
- H : 240 dienst voor gewone ziekenhuisverpleging;
- L : 250 dienst voor besmettelijke ziekten;
- M : 260 kraamdienst;
- N : 270 dienst voor vroeggeborenen en zwakke pasgeborenen;
- n : 190 afdeling niet-intensieve neonatale verzorging;
- Sp : gespecialiseerde dienst voor behandeling en

functionele revalidatie voor patiënten :

- S1 610 met cardio-pulmonaire aandoeningen,
- S2 620 met locomotorische aandoeningen,
- S3 630 met neurologische aandoeningen,
- S4 640 met chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn,
- S5 650 met chronische polypathologieën, waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn,
- S6 660 met psychogeriatrische aandoeningen.
- A : 370 dienst voor neuropsychiatrie;
- A1 : 380 dagverpleging in A-dienst;
- A2 : 390 nachtverpleging in A-dienst;
- K : 340 dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen;
- K1 : 350 dagverpleging in een K-dienst;
- K2 : 360 nachtverpleging in een K-dienst;
- : 290 eenheid voor behandeling brandwonden;
- T : 410 psychiatrische dienst (dag en nacht)
- IB : 480 dienst intensieve verzorging voor psychiatrische patiënten;
- I : 490 dienst intensieve verzorging.

met uitsluiting van:

- de psychiatrische instellingen en diensten (behalve de dienst A, A1, A2, K, K1, K2 en T); de psychiatrische verzorgingstehuizen;
- de medisch-pedagogische instellingen;
- de rusthuizen en de instellingen of diensten erkend als rust- en verzorgingstehuis;
- de instellingen voor thermale kuren;
- revalidatiecentra;
- de sanatoria en preventoria.

1.7. F.S.M.B.

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

1.8. Gelijkaardige verzekering

Elke verzekering die de terugbetaling waarborgt van een forfaitaire dagvergoeding in geval van verblijf in een ziekenhuis.

2. Aansluiting

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, 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 2quater, 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.

Bij inschrijving van nieuwe personen ten laste van de verzekeringnemer tijdens de looptijd van het 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.

Iedere wijziging in de gezinssamenstelling moet aan de maatschappij van onderlinge bijstand worden meegedeeld binnen 30 dagen.

Wanneer een persoon ten laste gerechtigde wordt bij de F.S.M.B. legt de maatschappij van onderlinge bijstand hem een verzekeringsvoorstel voor. Deze persoon beschikt over een termijn van 60 dagen om dit verzekeringsvoorstel schriftelijk te aanvaarden.

3. Einde van het recht

3.1. Het recht op tussenkomst eindigt van rechtswege voor de verzekerde:

- bij het overlijden;
- wanneer de verzekerde niet meer lid is van de FSMB;
- wanneer de verzekerde 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 die 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.

3.2. Wanneer het contract een einde neemt, zijn de dekkingen beëindigd met inbegrip van de lopende ziekenhuisopnames.

4. Premie

4.1. De verzekeringnemers betalen een premie in functie van het aantal verzekerden, van hun leeftijd bij de aansluiting en van hun leeftijd op de verjaardag van de aansluiting.

Indien een contract minstens 4 verzekerden jonger dan 18 jaar telt, wordt er bij de berekening van de premie geen rekening gehouden met de 4^{de} en volgende(n) onder hen.

Er zijn vier leeftijdsgroepen voorzien:

- van 0 tot en met 17 jaar
- van 18 tot en met 59 jaar
- van 60 tot en met 74 jaar
- vanaf 75 jaar

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.

Jaarpremies:

Tarief toepasselijk op 1 januari 2020 (inclusief alle belastingen):

Leeftijd op de verjaardag van de aansluiting	Leeftijd bij de aansluiting	
	0 tot en met 74 jaar	Vanaf 75 jaar
0 tot en met 17 jaar	12,84 EUR	-
18 tot en met 59 jaar	32,88 EUR	-
60 tot en met 74 jaar	60,48 EUR	-
Vanaf 75 jaar	70,44 EUR	101,64 EUR

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.

4.2. De premie dekt een periode van 12 maanden.

4.3. De verbreking van het contract door de verzekeringnemer is mogelijk middels een opzeg van drie maanden betekend bij aangetekende brief. De opzeg vangt aan op de eerste dag van de maand volgend op het depot bij de post van de aangetekende brief.

4.4. De premie is jaarlijks en anticipatief betaalbaar in de centrale zetel van de maatschappij van onderlinge bijstand. De premie is deelbaar per kwartaal op voorwaarde dat een bankdomiciliëring wordt genomen. De niet-betaling van de (kwartaal)premie zal de opzegging van het contract tot gevolg hebben mits de schuldenaar in gebreke is gesteld. De data van betaling en de bedragen van de premies worden meegedeeld aan de verzekeringsnemer.

- 4.5.** Op de verjaardag van de aansluiting, wordt de premie aangepast in functie van de evolutie van de index van de consumptieprijzen van de maand september. De geïndexeerde premie van het jaar 'n' is gelijk aan de premie van het jaar n-1 vermenigvuldigd met de index van de maand september van het jaar n-1 gedeeld door de index van de maand september van het jaar n-2. Het bekomen resultaat wordt gedeeld door twaalf en vervolgens afgerond op de inferieure eurocent. Daarna wordt dit resultaat 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.

5. De wachttijd

De wachttijd bedraagt 6 maanden.

Zijn vrijgesteld van de wachttijd:

- 5.1.** verzekerden die bij de geboorte of adoptie wettelijk ten laste van de verzekeringnemer komen te staan na de datum van inwerkingtreding van het contract, en aan het contract worden toegevoegd conform artikel 2, voor zover de wachttijd door de verzekeringnemer werd volbracht. Indien een gedeelte van de wachttijd werd volbracht, worden deze personen ten laste eveneens geacht dit gedeelte te hebben volbracht.
- 5.2.** de personen ten laste van een verzekeringnemer waarvan het contract een einde nam en die lid blijven van de F.S.M.B. ofwel doordat ze zelf gerechtigde worden, ofwel doordat ze persoon ten laste worden van een andere gerechtigde voor zover de wachttijd integraal werd voldaan en dat er geen onderbreking was. Werd de wachttijd niet volledig voldaan, dan moet hij vervolledigd worden.
- 5.3.** de verzekeringnemer die de waarborg overdraagt van de hospitalisatieverzekering Hospimut of Hospimut Plus naar een aansluiting bij het contract en voor zover de wachttijd binnen de hospitalisatieverzekering Hospimut of Hospimut Plus werd volbracht, zo niet moet hij vervolledigd worden.
- 5.4.** de verzekerde die op de vooravond van de aansluiting gedekt was door een gelijkwaardig contract. Indien de duur van aansluiting bij deze gelijkaardige verzekering inferieur is aan de wachttijd voorzien door onderhavige verzekering dan wordt de vermelde duur van inschrijving in mindering gebracht op de te volbrengen wachttijd.

6. Toekenning van de hospitalisatievergoeding

- 6.1.** Bij verblijf in een ziekenhuis en voor zover aan alle voorwaarden werd voldaan, zal een dagelijkse uitkering van 12 euro worden toegekend met een maximum van 180 dagen (2.160 euro per jaar gedekt door de aansluiting). Voor de leeftijdsgroepen 18-59 jaar bedraagt de dagelijkse uitkering echter 20 euro met eveneens een maximum van 180 dagen per jaar gedekt door de aansluiting is dit 3.600 euro per jaar

gedekt door de verzekering.

Voor de diensten G en Sp, daarentegen zal de tussenkomst toegekend worden met een maximum van 30 dagen (360 euro per jaar gedekt door de aansluiting, 600 euro per jaar gedekt door de aansluiting voor de leeftijdsgroep 18-56 jaar).

- 6.2.** De uitkeringen worden betaald aan de verzekeringnemer op voorlegging van officieel document ter beschikking gesteld door de maatschappij van onderlinge bijstand en ingevuld door het ziekenhuis.
- 6.3.** De uitkeringen zijn verschuldigd vanaf de datum van opname tot de datum van ontslag, vermeld op het officieel document bedoeld onder punt 6.2. en getekend.

7. Uitsluiting van het recht op vergoeding

Het recht op vergoeding wordt ontzegd in de volgende gevallen:

- 7.1.** indien de ziekenhuisopname lopende is voor de aansluiting bij de verzekering of tijdens de wachttijd;
- 7.2.** als het een hospitalisatie in het buitenland betreft, behalve wanneer de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen de verpleegdagprijs ten laste neemt;
- 7.3.** als het een hospitalisatie betreft ingevolge een ongeval overkomen naar aanleiding van een lichaams oefening tijdens een sportcompetitie of -vertoning, waarvoor de deelnemers in om het even welke vorm een bezoldiging ontvangen;
- 7.4.** als het een hospitalisatie betreft waarvan het voornaamste doel esthetische verzorging of behandeling is, met uitzondering van gevallen voorzien in de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- 7.5.** wanneer het gaat om een hospitalisatie ingevolge een zelfmoordpoging;
- 7.6.** als de hospitalisatie het gevolg is van een ongeval dat opzettelijk werd uitgelokt door de verzekerde;
- 7.7.** wanneer het gaat om een hospitalisatie in België en de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen de verpleegdagprijs niet ten laste neemt.

8. Terugvordering van ten onrechte uitbetaalde vergoedingen

De verzekering behoudt zich het recht voor de terugbetaling van ten onrechte uitbetaalde vergoedingen te eisen.

9. Indeplaatsstelling

Indien de verzekering tussenkomt, of hiertoe gehouden is in het kader van het contract, treedt zij in alle rechten en vorderingen van de verzekerde tegen derden.

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

Hij verbindt er zich bovendien toe om deze indeplaatsstelling te vernieuwen op verzoek van de maatschappij van onderlinge bijstand. Alleszins beschikt de maatschappij van onderlinge bijstand over de vrijheid om een rechtszaak aan te spannen en over het gevolg dat daaraan moet gegeven worden.

10. Verjaring

Het officieel document ter beschikking gesteld door de maatschappij van onderlinge bijstand moet ingediend worden binnen een termijn van drie jaar. Deze termijn vangt aan op de dag van de ziekenhuisopname.

11. Overlijden van de verzekerde

In geval van overlijden van de verzekerde zal de vergoeding uitgekeerd worden:

- aan de overlevende partner of overlevende wettelijk samenwonende
- bij gebreke aan de notaris optredend voor de nalatenschap of aan één van de wettelijke erfgenamen op basis van een volmacht gelegaliseerd voor het geheel van de overige erfgenamen
- bij gebreke, aan de fysieke personen die daadwerkelijk de ziekenhuiskosten hebben gedragen waarvoor de vergoeding wordt gevraagd.

12. Geschillen

Bij een geschil tussen de verzekerde en de verzekering kan de maatschappij van onderlinge bijstand aan de verzekerde voorstellen om dit geschil te onderwerpen aan de procedure voorzien in artikel 1678 van het Gerechtelijk Wetboek.

13. Wettelijke informatie

13.1. 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 96 11
- 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.

13.2. 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/leiding>

13.3. Toepasselijk recht

Enkel het Belgisch recht is van toepassing op het contract.

13.4. 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 Meeûssquare 35 (info@ombudsman.as).