Allianz

MEDICOMFORT HOME DENTAL PLUS COMFORT HOSPITAL

Algemene voorwaarden

INHOUD

I. De verzekeringsovereenkomst 3

II. De waarborgen 3

1. Inleiding 3
2. Medische verzorging in het ziekenhuis 3
3. Medische verzorging buiten een ziekenhuisopname 5
4. Repatriëring en hulpverlening 8
5. Territoriale omvang van de waarborgen 12
6. Algemene vergoedingsvoorwaarden, beperkingen en uitsluitingen 12

III. De aanvraag en berekening van de tussenkomst 13

7. Hoe verloopt de aanvraag? 13
8. Hoe verloopt de berekening? 14
9. Hoe verloopt de betaling? 15

IV. De verzekerden 16

10. Wie kan zich aansluiten? 16
11. Wanneer stopt de aansluiting? 17
12. Hoe verloopt de individuele voortzetting? 17

V. De premie 18

13. Wie betaalt de premie? 18
14. Hoeveel bedraagt de premie? 18
15. Hoe wordt de premie betaald? 19
16. Wat als de premie niet wordt betaald? 19

VI. Overige bepalingen 19

17. Verplichtingen van de verzekeringnemer en van de verzekerden 19
18. Duurtijd van de overeenkomst 20
19. Aanpassingen bij wijziging van de regelgeving 20
20. Geschillen en klachten 20
21. Belangenconflicten 21

VII. Definities 21

I. DE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

Artikel 1: De overeenkomst
Allianz Medical Plan is een beroepsgebonden ziektekostenverzekering (Wet Verzekeringen 2014) die de aangesloten verzekerden verzekert voor medische kosten en hen diensten levert in geval van ziekte, ongeval, zwangerschap en bevalling. Deze overeenkomst wordt gesloten tussen **U**, de verzekeringnemer zoals vermeld in de bijzondere voorwaarden, en **Wij**, de verzekeraar, Allianz Benelux NV, met maatschappelijke zetel Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel, RPR Brussel, BTW BE 0403.258.197.

Artikel 2: De onderdelen van de overeenkomst
Deze verzekeringsovereenkomst bestaat uit verschillende onderdelen, die samen moeten worden gelezen en geïnterpreteerd:
- de bijzondere voorwaarden, die uw gegevens en keuzes weergeven;
- de algemene voorwaarden, waarin de voorwaarden en waarborgen van de verzekering in detail beschreven worden;
- de eventueel toegevoegde bijvoegsels.

II. DE WAARBORGEN

1. Inleiding

Allianz Medical Plan beschermt de verzekerden voor medische kosten en levert bijkomende diensten. Het is een **digitaal** product, waarbij de aansluiting, het indienen van schade en de betaling van de kosten papierloos en volledig elektronisch gebeurt. Het is niet mogelijk om papieren documenten in te dienen. Dit hoofdstuk beschrijft voor elke waarborg de kosten die verzekerd zijn, de vergoedingsvoorwaarden die vervuld moeten zijn, de beperkingen die gelden voor de tussenkomst en de kosten waarvoor er geen tussenkomst is. Dit hoofdstuk moet worden gelezen en begrepen in samenhang met de voorwaarden, uitsluitingen en beperkingen die van toepassing zijn op de overeenkomst.

2. Medische verzorging in het ziekenhuis

Wat is verzekerd?

Artikel 3: Beschrijving van de terugbetaalde kosten
Wij waarborgen, onder de voorwaarden van deze overeenkomst, de betaling van hospitalisatiekosten in geval van ziekte, ongeval, zwangerschap en bevalling. De medische kosten moeten zijn voorgevallen tijdens een hospitalisatie met minstens één overnachting of tijdens een opname in een daghospitaal (one day clinic). Een bevalling kan thuis of in het ziekenhuis gebeuren. Wij komen tussen in de volgende hospitalisatiekosten van de verzekerde personen zelf:
- de erelonen voor medische en paramedische verstrekkingen;
- de kosten voor protheses en orthopedische toestellen;
- de kosten voor geneesmiddelen en medisch materiaal;
- de kosten voor klinische biologie, radiologie en medische beeldvorming;
- de wiegendoodtest voor zuigelingen;
- de kosten voor palliatieve zorgen;
- de in België gemaakte kosten voor vervoer per ziekenwagen of helikopter;
- de verblijfskosten;
- de mortuariumkosten vermeld op de ziekenhuisfactuur.

Wij komen ook tussen in de volgende hospitalisatiekosten van andere personen:
- de verblijfskosten van de donor in geval van transplantatie ten gunste van een gehospitaliseerde verzekerde, met een maximum van 2.500 EUR;
- de verblijfskosten van een direct familielid in de ziekenhuiskamer van een kind jonger dan veertien jaar.

Artikel 4: Algemene vergoedingsvoorwaarden

Voor alle hospitalisatiekosten geldt dat wij tussenkomen op voorwaarde dat deze kosten:
- direct verband houden met de oorzaak van de hospitalisatie;
- betrekking hebben op medische zorgen die door erkende zorgverstrekkers gepresteerd worden in een daarvoor erkend ziekenhuis en tijdens de duur van de hospitalisatie; en
- betrekking hebben op medische zorgen die op therapeutisch vlak voldoende beproefd en medisch noodzakelijk zijn. Dit betekent dat kosten voor luxe en comfort zijn uitgesloten.

Artikel 5: Bijzondere vergoedingsvoorwaarden

Voor sommige specifieke hospitalisatiekosten is onze tussenkomst onderworpen aan een aantal bijkomende voorwaarden:
- voor de kosten gemaakt in het **daghospitaal** (one day clinic) komen wij tussen voor zover:
  - de dagopname gebeurt in een instelling die erkend is als dagziekenhuis;
  - een door de ZIV voorzien forfait voor daghospitalisatie aangerekend werd op de hospitalisatiefactuur; en
  - gebruik is gemaakt van een ziekenhuisbed na effectieve verzorging in het ziekenhuis. Dit betekent dat wij bijvoorbeeld niet tussenkomen voor de kosten voor louter verblijf in een wachtzaal, onderzoekskamer of raadplegingsdienst;
- voor oogheelkundige chirurgie (cataractoperaties) uitgevoerd buiten een erkend algemeen of universitair ziekenhuis komen wij tussen voor zover deze wordt uitgevoerd in een ambulante extramurale omgeving die voldoet aan de architectonische en wettelijke normen van een functie 'chirurgische daghospitalisatie' en aan de door de ZIV vereiste notificatievoorwaarden voor terugbetaling, en dit tot een maximum van 600€ per interventie en per oog;
- voor de behandelingen in de thuisomgeving die door de ZIV worden erkend als een hospitalisatie (thuishospitalisatie) komen wij tussen zoals voor een daghospitalisatie;
- voor de volgende hospitalisatiekosten komen wij alleen tussen voor zover de door de ZIV vereiste voorwaarden voor terugbetaling vervuld zijn:
  - elke kost in het kader van de behandeling tegen **onvruchtbaarheid** 'in-vitrobevruchting' of elke andere techniek van artificiële voortplanting. De kosten in verband de bewaring van cellen met het oog op de voortplanting worden niet terugbetaald;
  - elke kost voor **plastisch-esthetische chirurgie** van functionele aard;
- voor de hospitalisatiekosten voor **neurologische of psychische aandoeningen** komen wij tussen op voorwaarde dat een vaststaande diagnose kan worden gesteld op basis van objectieve symptomen;
- voor de **transportkosten** in België van en naar het ziekenhuis komen wij alleen tussen voor zover
  - de gezondheidstoestand van de verzekerde het transport verantwoordt;
  - het transport verband houdt met de hospitalisatie; en
  - er geen ander vervoersmiddel kan worden gebruikt;
- voor de hospitalisatiekosten voor **tandverzorging**, tandmateriaal, tandprothesen, stomatologische prestaties, tandchirurgie en dentomaxillaire faciale orthopedie (met inbegrip van orthodontische behandelingen) die het gevolg zijn van een ziekte komen wij alleen tussen voor zover de ziekte geen pathologie van de tanden, tandvlees of de kaken inhoudt. Deze bijkomende voorwaarde geldt niet wanneer de medische kosten het gevolg zijn van een ongeval.

Artikel 6: Beperking van de tussenkomst

Deze verzekering laat de verzekerde vrij om te kiezen voor verzorging in een één-, twee- of meerpersoonskamer.
De tussenkomst is beperkt in de volgende gevallen:
- wij komen voor de volgende hospitalisatiekosten tussen voor de kosten zoals die worden aangerekend in een twee- of meerpersoonskamer. Wij komen voor deze kosten niet tussen voor de verblijfssupplementen, de ereloonsupplementen en het medische materiaal waarvoor de ZIV niet voorziet in terugbetaling:
  - de kosten voor behandeling in het daghospitaal;

  - de kosten voor behandelingen in de thuisomgeving die door de ZIV worden erkend als een hospitalisatie (thuishospitalisatie);
  - de kosten voor plastisch-esthetische chirurgie van functionele aard, voor zover er een tussenkomst van de ZIV is;
  - de kosten voor obesitasbehandelingen met medicatie of heelkunde, en hun gevolgen;
  - de kosten voor de behandeling in geriatrie, revalidatie en functionele re-educatie vanaf de 31ste hospitalisatienacht. indien tussen twee verblijven op de dienst geriatrie of revalidatie of functionele re-educatie geen dertig dagen zijn verstreken, worden deze beschouwd als deel uitmakend van één enkele hospitalisatie;
- voor de kosten van een thuisbevalling is onze tussenkomst beperkt tot 650 EUR;
- voor de kosten voor een bilaterale mastectomie ter preventie van borstkanker en de borstreconstructie na een preventieve mastectomie, komen wij tussen ten belope van maximum 1 maal de ZIV tussenkomst per prestatie;
- voor de hospitalisatiekosten die verband houden met neurologische of psychische aandoeningen komen wij tussen voor een hospitalisatieduur van in het totaal maximum twee jaar. Wij berekenen deze duurtijd door alle aan de neurologische of psychische aandoening gerelateerde hospitalisatieperiodes samen te tellen vanaf de aanvang van de eerste hospitalisatie, ook wanneer deze periodes niet opeenvolgen;
- voor de prothesen, de implantaten, medische technieken en behandelingen, medisch materiaal gebruikt tijdens de operatie en orthopedische toestellen, komen wij tussen ten belope van de volgende grensbedragen per schadejaar:
  - indien er een ZIV tussenkomst is: 100% van de kosten ten laste van de patiënt tot een maximum van 10.000 EUR per jaar voor het geheel van de gemaakte kosten;
  - indien er geen ZIV tussenkomst is: 50% van de kosten ten laste van de patiënt tot maximum 10.000 EUR per jaar voor het geheel van de gemaakte kosten.

Het totaal van onze tussenkomst bedraagt nooit meer dan de beperkingen en plafonds aangegeven in de algemene en bijzondere voorwaarden.

Wat is niet verzekerd?

Artikel 7: Uitsluitingen van de waarborg

Wij komen niet tussen voor de hospitalisatiekosten voor de volgende behandelingen:
- elke vorm van sterilisatie en contraceptie, met inbegrip van het vervolg en de gevolgen ervan;
- elke vorm van esthetische behandeling en elke vorm van plastisch-esthetische chirurgie van niet-functionele aard, met inbegrip van het vervolg en de gevolgen ervan;
- elke hospitalisatie waarvoor de verzekerde zich doelbewust buiten België begeeft om er verzorgd te worden zonder voorafgaande toestemming van de adviserende arts van het ziekenfonds.

Wij komen nooit tussen voor:
- de kosten van een hospitalisatie die aan de gang is op de datum van aansluiting van de verzekerde;
- de kosten van een hospitalisatie die is begonnen tijdens de wachttijd van 12 maanden die geldt bij een laattijdige aansluiting van een gezinslid (behalve in geval van ongeval).

3. Medische verzorging buiten een ziekenhuisopname

Wat is verzekerd?

Artikel 8: Beschrijving

Wij waarborgen, onder de voorwaarden van deze overeenkomst, de betaling van de kosten voor medische verzorging buiten een ziekenhuisopname (‘ambulante kosten’) die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval, zwangerschap en bevalling. Onder ‘ziekenhuisopname’ begrijpen we de verzorging in een ziekenhuis met minstens één overnachting, de verzorging in een daghospitaal (one day clinic), een bevalling thuis of in het ziekenhuis, oogchirurgie in een door de ZIV erkende praktijk (extra muros) en thuishospitalisatie.Wij komen tussen in de volgende ambulante kosten:
- onderzoek van de verzekerde met het oog op de diagnose of de behandeling van een aandoening, in de praktijk van een arts of de consultatie in het ziekenhuis (‘raadpleging’) of bij de verzekerde thuis (‘huisbezoek’);

- psychotherapeutische sessies bij een psychiater;
- (para)medische prestaties bij de verzekerde thuis of in de praktijk van de verstrekker:
  - kinesitherapie;
  - logopedie;
  - functionele re-educatie (orthopedie, cardiologie, fysiotherapie, educatie van diabetespatiënten, podologie, ergotherapie); en
  - verpleegkundige verzorging door gegradueerde verpleegkundigen of daarmee gelijkgestelden;
- materiaal en prothesen (behalve voor tandzorg):
  Voor de prothesen, de implantaten, medische technieken en behandelingen, medisch materiaal en orthopedische toestellen aangekocht en geplaatst buiten een ziekenhuisopname, komen wij tussen ten belope van de volgende grensbedragen per kalenderjaar:
  - indien er een ZIV tussenkomst is: 80% van de kosten ten laste van de patiënt tot een maximum van 10.000 EUR per jaar voor het geheel van de gemaakte kosten;
  - indien er geen ZIV tussenkomst is: 50% van de kosten tot maximum 10.000 EUR per jaar voor het geheel van de gemaakte kosten.

  De terugbetaalbare kosten binnen dit plafond van 10.000 EUR per kalenderjaar zijn:
  - klein medisch materiaal, aangekocht bij een in België erkende verstrekker of bij een apotheek, met name de middelen bestemd om hoofdmedicatie te versterken, te vervolledigen of toe te dienen, zoals verbanden, spuiten, steunkousen...;
  - de huur van zwaar materiaal (in essentie hulp voor mobiliteit en re-educatie);
  - één paar correctieve brilglazen per jaar;
  - één montuur om de drie jaar, tot maximaal 90 EUR;
  - contactlenzen;
  - oogprothesen;
  - gehoorapparaten;
  - de kosten voor prothesen en orthopedische toestellen met inbegrip van steunzolen;
  - haarprothesen tot een maximum van 850 EUR; en
  - medische technieken en behandelingen;
- bijkomende onderzoeken:
  - medische beeldvorming (radiologie, scanner, MRI, echografie...);
  - biomedische analyse (bloedafname);
  - inspannings- en longfunctietesten;
- geneesmiddelen
  Het betreft de kosten voor allopathische en homeopathische geneesmiddelen die door een arts zijn voorgeschreven. Wij komen niet tussen voor voedingsmiddelen, voedingssupplementen, vitaminen en mineralen, hygiëne- en cosmetische producten en elk soort product dat in de algemene handel kan worden verkregen;
- alternatieve geneeskunde
  De alternatieve geneeswijzen omvatten de kosten voor homeopathie, acupunctuur, osteopathie en chiropraxie;
- uitbreiding naar tandzorg
  De volgende kosten voor tandzorgen verstrekt door een tandarts, specialist in de orthodontie, specialist in de parodontologie, specialist in de stomatologie en geneesheer-tandarts, worden terugbetaald ten belope van maximum 2.500 EUR per kalenderjaar:
  - raadplegingen;
  - mondonderzoek, verwijderen van tandsteen, vulling of opbouw van tanden, behandeling van het wortelkanaal, extracties, radiografie;
  - uitneembare en vaste tandprothesen (kronen, brugwerk, tandimplantaten);
  - de orthodontische behandelingen en apparaten voor kinderen die toestemming van het ziekenfonds hebben gekregen vóór de leeftijd van 15 jaar. Zonder dit akkoord van het ziekenfonds vóór de leeftijd van 15 jaar, is er geen terugbetaling van de orthodontische behandelingen. De orthodontische behandelingen en apparaten voor volwassenen komen niet in aanmerking voor terugbetaling;

  - bepaling van de paradontale index (DPSI): verwijderen van subgingivaal tandsteen en behandeling van het worteloppervlak onder het tandvlees (gladmaken);
- preventie
  De verzekerde geniet ook, binnen de voorziene beperkingen, van de terugbetalingen van verschillende preventieve medische kosten voor de opsporing van:
  - kanker;
  - hart- en vaatrisico's via elektrodiagram, arteriële bloeddruk, BMI en cholesterol.

  De verzekerde geniet eveneens een tegemoetkoming van maximaal 25 EUR per jaar voor elk van de volgende prestaties voor preventieve geneeskunde: inenting, follow-up door een diëtist in geval van obesitas en diabetes, tabaksontwenning, sportgeneeskundig onderzoek en inschrijving voor een sportactiviteit.

Artikel 9: Algemene vergoedingsvoorwaarden

Voor alle ambulante kosten geldt dat wij tussenkomen op voorwaarde dat deze kosten:
- op wetenschappelijk en therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn;
- curatief zijn en medisch noodzakelijk; en
- voorgeschreven en verstrekt worden door erkende zorgverstrekkers.

Artikel 10: Bijzondere vergoedingsvoorwaarden

Voor de ambulante kosten in verband met de behandeling tegen **onvruchtbaarheid** 'in-vitrobevruchting' of elke andere techniek van artificiële voortplanting komen we tussen indien de door de ZIV vereiste voorwaarden voor terugbetaling vervuld zijn. De kosten in verband met de bewaring van cellen met het oog op de voortplanting worden niet terugbetaald.

Artikel 11: Beperkingen van de tussenkomst

Wij komen voor alle ambulante kosten tussen tot maximum het jaarlijkse plafond dat bepaald is in deze algemene en de bijzondere voorwaarden bij deze verzekeringsovereenkomst. Gedurende het eerste jaar wordt een pro rata berekend van dit plafond in functie van de aansluitingsdatum en de verzekerde periode.

Wat is niet verzekerd?

Artikel 12: Uitsluitingen

Wij komen nooit tussen voor de ambulante kosten voor de volgende behandelingen:
- elke vorm van sterilisatie en contraceptie, met inbegrip van de gevolgen ervan;
- elke esthetische behandeling of verzorging, met inbegrip van de gevolgen ervan;
- elke psychotherapeutische, psychoanalytische of groepsbehandeling die niet is uitgevoerd door een psychiater;
- elke vorm van preventieve geneeskunde of check-ups, tenzij anders bepaald in deze algemene of de bijzondere voorwaarden van deze overeenkomst.

Wij komen ook nooit tussen voor de ambulante kosten voorgevallen tijdens de eerste periode na de aansluiting van de verzekerde bij deze verzekeringsovereenkomst (wachtperiode):
- gedurende de eerste negen maanden voor oog-, tand-, gehoor- en orthopedische protheses, brilglazen, monturen, contactlenzen en orthopedische toestellen, met inbegrip van steunzolen;
- in geval het verzekerde gezinslid laattijdig bij de verzekering is aangesloten is er een wachttijd van twaalf maanden voor alle ambulante kosten.

4. Repatriëring en hulpverlening

Wat is verzekerd?

Artikel 13: Oproepen, hulpverlening en repatriëring in het buitenland

Voor de hulpverlening in België dient de verzekerde contact op te nemen met de Allianz Partners, AWP P&C NV op het nummer +32 2 773 61 09. Allianz Partners, AWP P&C NV, hierna 'de hulpverlener' genoemd, ontvangt de oproepen, organiseert de hulpverlening en staat in voor de repatriëring van de verzekerde naar België. Iedere verzekerde die tijdens een verblijf om privé- of beroepsredenen (d.w.z. ter gelegenheid van administratieve, culturele of commerciële activiteiten met uitsluiting van iedere duidelijk gevaarlijke technische of sportactiviteit) in het buitenland ziek wordt of betrokken is in een ongeval, kan gebruik maken van de volgende diensten:

- **Eerste hulp en oproep om hulpverlening**
  Voor dringende eerste hulp en/of noodvervoer moet de verzekerde een beroep doen op de plaatselijke instellingen in wiens plaats de hulpverlener niet kan optreden. De in het buitenland gemaakte kosten worden enkel na voorlegging van de originele bewijsstukken terugbetaald:
  – tot 1.000 EUR voor het vervoer naar de dichtstbijzijnde arts of de dichtstbijzijnde ziekenhuisinstelling voor de ontvangst van de eerste zorgen;
  – voor het plaatselijke vervoer per ziekenwagen indien voorgeschreven door een arts.
  De hulpverlener heeft de volgende hulpverleningsplichten:
  – het leggen van alle nodige contacten tussen zijn medische dienst en de behandelende arts en, zo nodig, de huisarts van de verzekerde;
  – de nodige beslissingen nemen rekening houdend met de medische belangen van de verzekerde en met de geldende gezondheidsregels, meer bepaald:
    • de keuze tussen wachten, regionaal vervoer of repatriëring;
    • de bepaling van de datum van vervoer;
    • de keuze van het vervoermiddel;
    • de noodzaak van medische begeleiding;
    • het eventueel meereizen van een reisgenoot die eveneens verzekerd is, om de vervoerde of gerepatrieerde persoon te vergezellen tot op de plaats van bestemming;
  – de organisatie van het gekozen vervoer naar de meest geschikte ziekenhuisinstelling voor gepaste verzorging; in geval van repatriëring wordt het vervoer georganiseerd tot een erkende ziekenhuisinstelling nabij de woonplaats van de verzekerde in België, of tot zijn woonplaats in België indien zijn toestand geen hospitalisatie vereist.
  De medische kosten van kleine aandoeningen of van lichte letsels die ter plaatse behandeld kunnen worden, worden slechts ten laste genomen binnen de limieten van deze overeenkomst; de organisatie van het vervoer wordt in dit verband beperkt tot de plaats waar de gepaste verzorging kan worden verstrekt;
- **Vooruitbetaling van medische kosten**
  Wanneer de verzekerde voor onmiddellijk betaalbare medische kosten komt te staan, kan de hulpverlener deze kosten voorschieten;
- **Aanwezigheid bij een gehospitaliseerde verzekerde**
  Wanneer een niet-vergezelde verzekerde tijdens een verblijf in het buitenland gehospitaliseerd moet worden, organiseert de hulpverlener de heen- en terugreis van een in België verblijvend familielid om zich naar de gehospitaliseerde te begeven, indien vanaf de eerste medische contacten blijkt dat vervoer of repatriëring onmogelijk uitgevoerd kan worden binnen de zeven dagen volgend op de aangifte van het voorval. Deze termijn van zeven dagen geldt evenwel niet voor een gehospitaliseerd kind van minder dan achttien jaar. De hulpverlener komt ook tegemoet in de verblijfkosten van het familielid dat zich naar de gehospitaliseerde verzekerde begeeft, en dit ten belope van maximaal 620 EUR;
- **Repatriëring van de andere verzekerde gezinsleden die de gehospitaliseerde verzekerde vergezellen**
  Wanneer een gebeurtenis tot de hospitalisatie van een ouder in het buitenland leidt en de minderjarige kinderen die deze verzekerde vergezellen, verhindert naar hun verblijfplaats in België terug te keren, organiseert de hulpverlener hun terugkeer van de plaats van immobilisatie naar hun verblijfplaats in België en betaalt hij de kosten ervan terug. Indien daarenboven niemand toezicht kan houden op de minderjarige kinderen die de verzekerde vergezellen,

organiseert de hulpverlener de begeleiding ervan door een door de familie aangeduide persoon die in België woont en neemt de kosten hiervan ten laste. De hulpverlener neemt indien nodig de heen- en terugreis en de verblijfskosten van de begeleider, ten belope van maximaal een nacht, ten laste. Wanneer een gebeurtenis tot de hospitalisatie van een verzekerd gezinslid in het buitenland leidt en de andere verzekerde gezinsleden die de gehospitaliseerde verzekerde vergezellen, verhindert naar hun verblijfplaats in België terug te keren, organiseert de hulpverlener hun terugkeer van de plaats van immobilisatie naar hun verblijfplaats in België en betaalt de kosten ervan terug;

- **Repatriëring bij overlijden**
  Wanneer een verzekerde overlijdt tijdens een verblijf in het buitenland, organiseert de hulpverlener het vervoer of de repatriëring van het stoffelijk overschot van de ziekenhuisinstelling of het mortuarium tot de woonplaats van de overledene in België of tot de begraafplaats in de nabijheid van de woonplaats. De kosten (met uitzondering van de begrafenisplechtigheid en van de teraardebestelling) worden terugbetaald ten belope van maximaal 1.490 EUR;
- **Opsporings- en reddingskosten**
  De hulpverlener betaalt tot 5.000 EUR per verzekerde persoon van de werkingskosten van een reddings- of opsporingsdienst naar aanleiding van een ongeval of verdwijning;
- **Opsturen van geneesmiddelen en hulpmiddelen**
  Indien de verzekerde geneesmiddelen, prothesen, brillen of contactlenzen verliest of indien deze gestolen worden, organiseert de hulpverlener de vervanging ervan en betaalt de verzending ervan. Dit gebeurt enkel indien deze geneesmiddelen en/of hulpmiddelen onmisbaar zijn voor de verzekerde en voorgeschreven werden door een arts en op voorwaarde dat gelijkaardige alternatieven in het buitenland niet beschikbaar zijn. De geneesmiddelen en prothesen dienen erkend te zijn door de Belgische Sociale Zekerheid. Voor de geneesmiddelen is een voorafgaand akkoord van de adviserende arts van de hulpverlener vereist en kan de tussenkomst van de hulpverlener geweigerd worden indien het gebruik van deze geneesmiddelen verboden is door de plaatselijke wetgeving. Deze geneesmiddelen en/of hulpmiddelen dienen binnen 30 dagen na de betaling vanwege de hulpverlener door de verzekerde terugbetaald te worden ten belope van de aankoopprijs ervan;
- **Doctor on call**
  Indien de verzekerde tijdens een verblijf in het buitenland getroffen wordt door een ernstig en onverwacht gezondheidsprobleem, organiseert en betaalt de hulpverlener een telefonisch contact met een arts in België. De verzekerde kan aldus aan deze arts zijn gezondheidstoestand uiteenzetten en met hem overleg plegen over de eventueel te nemen voorzorgsmaatregelen;
- **Psychologische bijstand**
  De psychologische bijstand, zoals hierna omschreven, wordt in het buitenland telefonisch georganiseerd indien deze onmiddellijk vereist is. Het betreft:
  – voor de verzekerde: De hulpverlener organiseert en betaalt de psychologische bijstand die vereist zou zijn bij een hospitalisatie van minimaal 5 overnachtingen ten gevolge van een ongeval voor zover deze voorgeschreven wordt door een arts. Deze bijstand wordt beperkt tot maximaal 5 sessies bij een psycholoog of een erkende psychotherapeut;
  – voor de nabestaanden: De hulpverlener organiseert en betaalt de psychologische bijstand voor de nabestaanden van de verzekerde die vereist zou zijn naar aanleiding van het overlijden van de verzekerde ten gevolge van een ongeval voor zover deze bijstand voorgeschreven wordt door een arts. Deze bijstand wordt beperkt tot maximaal 10 sessies bij een psycholoog of een erkende psychotherapeut.

Artikel 14: Initiatief van de prestaties, beslissing en verantwoordelijkheid

Nadat een gebeurtenis die in aanmerking komt voor tegemoetkoming zich heeft voorgedaan, dient elke prestatie onmiddellijk telefonisch aangevraagd te worden op het nummer +32 2 773 61 09 dat 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 bereikbaar is. Van zodra de hulpverlener op de hoogte gebracht is van een gebeurtenis die aanleiding geeft tot hulpverlening, neemt hij de leiding over de operaties. Hij beslist als enige over de hulpverlening die hij organiseert alsook over het aan te wenden vervoermiddel. De algemene verplichting van hulpverlening wordt opgeschort wanneer het aanbod van tussenkomst van de hulpverlener of zijn vraag om contacten te leggen geweigerd wordt, alsook bij weigering inlichtingen te verschaffen (inclusief deze betreffende eventuele andere verzekeringen met hetzelfde doel en aangaande dezelfde risico's als die welke verzekerd worden door onderhavige overeenkomst), onderzoeken, attesten of getuigschriften te verstrekken die hij nuttig acht om de aangehaalde gebeurtenis in te schatten, de ernst ervan te

bepalen, er de omstandigheden van vast te stellen, het eventueel bestaan van een in te roepen uitsluitingsgrond of de vereiste graad van verwantschap vast te stellen. Wanneer een verzekerde of zijn entourage een van de bovengenoemde prestaties zelf organiseert (zelf georganiseerde hulpverlening), komen de daarmee verband houdende kosten en uitgaven slechts in aanmerking voor terugbetaling wanneer de hulpverlener op de hoogte gebracht werd van deze werkwijze en hij uitdrukkelijk zijn voorafgaand akkoord gegeven heeft door toewijzing van een dossiernummer. Indien de hulpverlener geen akkoord gegeven heeft, heeft hij het recht om zijn tussenkomst te weigeren.

Artikel 15: De financiële verbintenis van de hulpverlener

De kosten van de door de hulpverlener georganiseerde hulpverlening worden door deze laatste gedragen binnen de perken van deze verzekeringsovereenkomst. Aangezien de prestatieverstrekking in geen geval mag leiden tot financiële verrijking, trekt de hulpverlener van de door hem gedragen kosten evenwel de uitgaven af die zouden gemaakt zijn indien het schadegeval zich niet had voorgedaan, zoals trein-, autocar-, vliegtuig- of overzetkosten, diverse tolgelden en brandstofkosten van het voertuig, en hij behoudt zich het recht voor de ongebruikte vervoerbewijzen op te vragen. Buitenlandse communicatiekosten (telefoon, telefax, telex, telegram, internet) worden na voorlegging van bewijsstukken terugbetaald voor elke tot de hulpverlener gerichte communicatie betreffende een door deze verzekeringsovereenkomst verzekerde hulpverlening. Zelf georganiseerde hulpverlening wordt slechts terugbetaald ten belope van die welke de hulpverlener zou gedragen hebben indien hij de hulpverlening zelf had moeten organiseren. Schuldbekentenis: de dienstverleningskosten en elke betaling die door de hulpverlener vereffend wordt en die niet voor zijn rekening was, worden beschouwd als een voorschot aan de begunstigde. Laatstgenoemde verbindt zich ertoe dit voorschot terug te betalen zodra hij daartoe uitgenodigd wordt door de hulpverlener. Na dertig dagen worden de verschuldigde sommen forfaitair verhoogd met 20%, met een minimum van 123,95 EUR alsook met een interest van 1% per verstreken maand.

Artikel 16: Oproepen en hulpverlening in België

Voor de hulpverlening in België dient de verzekerde contact op te nemen met Allianz Partners, AWP P&C NV op het nummer +32 2 773 61 09. Allianz Partners, AWP P&C NV, hierna 'de hulpverlener' genoemd, ontvangt de oproepen, organiseert de hulpverlening en staat in voor de volgende diensten:

- **Infolijnen**
  De hulpverlener verstrekt van maandag tot vrijdag tussen 9.00u en 17.00u aan de verzekerde het adres en telefoonnummer van volgende medische diensten in België:
  – instellingen voor thuisverzorging;
  – verhuurders van medisch materiaal;
  – revalidatiecentra;
  – bejaardentehuizen.
  Voor informatie over de hiernavolgende diensten is de hulpverlener 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 bereikbaar:
  – ziekenhuisinstellingen;
  – geneesheren van wacht;
  – apothekers van wacht;
  – ziekenwagendiensten in de omgeving van de verzekerde;
- **Specifiek verzorgingspakket bij hospitalisatie**
  – de organisatie van de ziekenhuisopname en reserveren van een kamer in een erkende ziekenhuisinstelling;
  – de organisatie van huishoudelijke diensten gedurende 2 maanden na een hospitalisatie van minstens 3 overnachtingen: de hulpverlener organiseert voor de verzekerde de poetsdienst, de strijkhulp, de huishoudelijke hulp, de boodschappendienst en de tuinman;
  – kraamhulp: De betaling van kraamhulp na de bevalling (ook in geval van thuisbevalling) door een erkende instelling, is beperkt tot een maximum van vier (4) uren per dag gedurende vijf (5) opeenvolgende dagen. Het betreft de zorgen die thuis verstrekt worden door een erkende kraamverzorger aan de moeder, de pasgeborene(n) en het gezin;
  – de organisatie en betaling van het transport van en naar de ziekenhuisinstelling:
  Indien de verzekerde omwille van medische redenen niet in staat is zich op eigen krachten te verplaatsen, organiseert en betaalt de hulpverlener het vervoer per ziekenwagen naar de dichtstbijgelegen ziekenhuisinstelling of een ziekenhuisinstelling die beter aangepast is aan de medische toestand van de verzekerde voor zover het een

opname betreft van meer dan 1 overnachting. De hulpverlener kan ook voorzien in de terugkeer naar de woonplaats van de verzekerde;

– de organisatie en betaling van volgende diensten:
  • de oppas van kinderen tot 14 jaar tijdens de hospitalisatie van een ouder gedurende maximaal 8 dagen en beperkt tot 65 EUR per dag;
  • de oppas van hond en/of kat van de verzekerde tijdens zijn/haar hospitalisatie en beperkt tot 125 EUR;
  • de inhaallessen voor kinderen in het lager en secundair onderwijs na hun hospitalisatie voor zover zij verzekerd zijn en beperkt tot 250 EUR;
– de organisatie en betaling van een chauffeur:
  De hulpverlener zorgt na een hospitalisatie van minstens 3 overnachtingen van een verzekerde voor een vervangingschauffeur voor:
  • zover de verzekerde medisch ongeschikt werd bevonden om een voertuig te besturen;
  • maximaal 3 kalenderdagen (3 maal 8 uur);
  • zover het voertuig van de verzekerde rijklaar is en voldoet aan alle wettelijke reglementeringen.
  Deze vervangingschauffeur zal het voertuig van de verzekerde besturen. De hulpverlener verbindt zich ertoe deze dienst aan te bieden vanaf 6 uur na de oproep door de verzekerde en voorziet deze waarborg enkel in België;

• **Psychologische bijstand**
  – voor de verzekerde: De hulpverlener organiseert en betaalt de psychologische bijstand die vereist zou zijn bij een hospitalisatie van minimaal 5 overnachtingen ten gevolge van een ongeval voor zover deze voorgeschreven wordt door een arts. Deze bijstand wordt beperkt tot maximaal 5 sessies bij een psycholoog of een erkende psychotherapeut in België;
  – voor de nabestaanden: De hulpverlener organiseert en betaalt de psychologische bijstand voor de nabestaanden van de verzekerde die vereist zou zijn naar aanleiding van het overlijden van de verzekerde ten gevolge van een ongeval voor zover deze bijstand voorgeschreven wordt door een arts. Deze bijstand wordt beperkt tot maximaal 10 sessies bij een psycholoog of een erkende psychotherapeut in België;
• **Infolijn reisvoorbereiding**
  De hulpverlener helpt de verzekerde van maandag tot vrijdag tussen 9.00u en 17.00u bij de reisvoorbereiding door informatie te geven over:
  – de medische en hygiënische voorzorgsmaatregelen;
  – de verplichte en aanbevolen inentingen;
  – de administratieve formaliteiten voor reizigers, vervoermiddelen en huisdieren;
  – de adressen van buitenlandse consulaten en toerismebureaus in België;
  – de adressen van Belgische consulaten in het buitenland.

Voor de hulpverlening in België dient de verzekerde contact op te nemen met de hulpverlener op het nummer 02 773 61 09.

Wat is niet verzekerd?

Artikel 17: Uitsluiting

In de volgende gevallen wordt er geen bijstand aan personen verleend:
• ziekteherstel en aandoening waarvan de behandeling aan de gang is;
• terugval in een ziekte die al vastgesteld werd vóór de afreis en die een reëel risico van verergering inhoudt;
• de kosten opgelopen na het door de hulpverlener aangeduide tijdstip van repatriëring van de verzekerde wanneer deze laatste of zijn familie weigeren dat de repatriëring op het aangeduide tijdstip plaatsvindt;
• wanneer de verzekerde zich doelbewust buiten België begeeft om er verzorgd te worden.

5. Territoriale omvang van de waarborgen

Artikel 18: Wereldwijde dekking
De beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst is wereldwijd geldig, voor zover de voorwaarden van deze verzekeringsovereenkomst worden gerespecteerd. Wij betalen de kosten gemaakt tijdens een hospitalisatie buiten België (en buiten het land van woonplaats voor grensarbeiders) alleen terug als het gaat om een dringende hospitalisatie. Wij komen in geval van kosten voorgevallen in het buitenland tussen voor een bedrag van maximum 100.000 EUR per verzekerde per schadejaar.

6. Algemene vergoedingsvoorwaarden, beperkingen en uitsluitingen

Artikel 19: Voorafgaandelijke toestemming van de raadgevende arts van Allianz Benelux
Voor de volgende medische prestaties komen wij alleen tussen indien de verzekerde vóór de start van de behandeling het akkoord van onze raadgevende arts heeft gekregen:
- orthodontische behandelingen, plaatsing van tandprothesen of tandmateriaal, en parodontologische behandeling bij onderschrijving van het luik 'Uitbreiding naar tandzorg';
- tandzorg of -behandeling die tijdens een hospitalisatie door een stomatoloog wordt gepresteerd bij onderschrijving van het luik 'Hospitalisatie';
- plastische en reconstructiechirurgie;
- orthopedische protheses en materiaal;
- elke behandeling van obesitas;
- elke medische verzorging waarvoor de verzekerde zich doelbewust buiten België begeeft of waarvoor de verzekerde doelbewust een buitenlandse verstrekker inschakelt.

Onze raadgevende arts beoordeelt de noodzaak van de voorgestelde behandeling en bepaalt het toe te kennen bedrag van de tussenkomst op basis van omstandige rapporten (incl. de beschrijving, de duur en de gevraagde prijs van de behandeling). De verzekerde bezorgt deze rapporten ten laatste 15 dagen vóór de start van de behandeling of van de hospitalisatiedatum aan onze raadgevende arts.

Artikel 20: Schade ten gevolge van terrorisme
De hulpverlener en wij komen voor de medische kosten veroorzaakt door terrorisme slechts tussen binnen het kader, de perken en de tijdslimieten van de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme. Allianz Benelux NV lid is van de sectorale pool TRIP vzw, de rechtspersoon die werd opgericht ter uitvoering van de bepalingen van deze wet.

Artikel 21: Uitsluitingen die gelden voor alle waarborgen
De hulpverlener en wij komen nooit tussen voor kosten:
- die direct of indirect voortvloeien uit:
  - oorlog of eender welke andere militaire gebeurtenis;
  - oproer, burgeronlusten, collectieve geweldplegingen van politieke, ideologische of sociale aard, al dan niet gepaard gaand met opstand tegen de overheid of alle gestelde machten, indien de verzekerde actief en vrijwillig aan die gebeurtenissen heeft deelgenomen;
  - een misdaad, misdrijf of vechtpartij, indien de verzekerde er vrijwillig aan heeft deelgenomen;
  - een zelfmoordpoging;
  - alcoholisme of toxicomanie, alsook de ziekten of de ongevallen en hun gevolgen die de verzekerde overkomen wanneer hij onder de invloed is van alcohol, verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, of deze veroorzaakt door misbruik van geneesmiddelen, op voorwaarde dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestand en de kosten;
  - ieder feit of opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong, wanneer deze voortvloeien uit de radioactieve, toxische, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire grondstoffen, radioactieve producten, radioactief afval of iedere bron van ioniserende stralingen;
  - het gebruik van wapens of tuigen die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van een atoomkern;

  - iedere bezoldigde sportactiviteit, met inbegrip van de trainingen, in de zin van de wet van 24 februari 1978 betreffende de arbeidsovereenkomst voor betaalde sportbeoefenaars;
- die de verzekerde of de begunstigde opzettelijk veroorzaakt of die het gevolg zijn van een kennelijk roekeloze daad, behalve in geval van redding van personen of goederen.

Voorliggend contract verschaft geen enkele dekking of prestatie voor zover deze dekking, prestatie of onderliggende zaak of activiteit enige toepasselijke wet of reglementering van de Verenigde Naties, de Europese Unie of om het even welke andere wet of reglementering schendt betreffende economische of commerciële sancties.

III. DE AANVRAAG EN BEREKENING VAN DE TUSSENKOMST

7. Hoe verloopt de aanvraag?

Artikel 22: De aangifte van een hospitalisatie

Elke verzekerde die in het bezit is van een **AssurCard** kan een hospitalisatie in België onmiddellijk en elektronisch aangeven via het AssurCard systeem voor de beveiligde elektronische uitwisseling van gegevens. Voor hospitalisaties buiten België of waarvoor het AssurCard systeem niet beschikbaar is, moet de verzekerde het schadegeval uiterlijk binnen drie maanden nadat het zich heeft voorgedaan, bij ons aangeven. Indien de aangifte na de termijn van drie maanden gebeurt, verliest de verzekerde het recht op de tussenkomst niet als hij kan aantonen dat de aangifte zo vlug werd gedaan als redelijkerwijze mogelijk. De verzekerde bezorgt ons een behoorlijk ingevuld **digitaal** aangifteformulier, samen met een **digitale** kopie van alle originele bewijsstukken (factuur van de ziekenhuisinstelling in geval van hospitalisatie), getuigschriften en verslagen die aantonen dat de aangegeven kosten werkelijk zijn gemaakt. Het is niet mogelijk om papieren documenten in te dienen. Allianz kan de originele stukken wel ten allen tijde opvragen.

Artikel 23: AssurCard

Elke verzekerde krijgt een elektronische kaart. Deze kaart zorgt er voor dat de verzekerde geen medische kosten moet voorschieten (voorschot) in geval van opname in een ziekenhuis dat is uitgerust met de AssurCard infrastructuur. Wij betalen in dat geval de gemaakte kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. Door gebruik te maken van AssurCard aanvaardt de verzekerde of zijn vertegenwoordiger de volgende voorwaarden:

- de verzekerde stemt er mee in dat de medische gegevens in het kader van de hospitalisatie worden overgemaakt aan onze adviserende arts. Deze toestemming wordt bij elke hospitalisatie hernieuwd;
- de niet door deze overeenkomst gedekte kosten en de in de bijzondere voorwaarden vermelde schadevrijstelling blijven ten laste van het verzekerde personeelslid van de verzekeringnemer. Het personeelslid betaalt deze kosten aan ons terug, na ontvangst van een eerste afrekeningsbrief.

Het is belangrijk dat de verzekerde werknemer de voorgeschoten kosten die hem ten laste blijven snel terugbetaalt. Indien dat niet gebeurt, kunnen de volgende stappen worden ondernomen:

- wij zenden een eerste aanmaning tot terugbetaling. Op dat moment schorten wij elke betaling in het kader van deze overeenkomst op;
- indien het verzekerde personeelslid na de eerste aanmaning de kosten niet terugbetaalt, ontvangt hij van ons een tweede aanmaning waarvan een afschrift naar de verzekeringnemer wordt gestuurd;
- indien het verzekerde personeelslid binnen een termijn van vijf dagen vanaf de datum van de tweede aanmaning niet heeft betaald, kunnen hij en zijn verzekerde gezinsleden hun AssurCard niet langer gebruiken. Wij hebben dan het recht de betrokken kaart(en) in te trekken;
- ten slotte geven wij de verzekerde per brief kennis van onze wens om de verzekerde te dagvaarden voor de niet-terugbetaalde bedragen. Wij melden hem ook dat deze procedure het verlies van zijn hoedanigheid van verzekerde met zich meebrengt.

Artikel 24: De aangifte van ambulante kosten

Elke verzekerde kan apotheekkosten in België veilig en elektronisch aangeven via het AssurPharma systeem. De verzekerde hoeft dankzij dit systeem geen papieren attesten (BVAC-attest) naar de verzekeraar te sturen. Voor de andere ambulante kosten of de apotheekkosten waarvoor het AssurPharma systeem niet beschikbaar is, moet de verzekerde de bewijsstukken van de ambulante kosten uiterlijk binnen drie maanden nadat het zich heeft voorgedaan, bij ons op digitale manier aangeven. Indien de aangifte na de termijn van drie maanden gebeurt, verliest de verzekerde het recht op de tussenkomst niet als hij kan aantonen dat de aangifte zo vlug als mogelijk werd gedaan. De verzekerde bezorgt ons een behoorlijk ingevuld **digitaal** aangifteformulier, samen met een **digitale** kopie van alle bewijsstukken, voorschriften, getuigschriften en verslagen die aantonen dat de aangegeven kosten werkelijk zijn gemaakt. Het is niet mogelijk om papieren documenten in te dienen. Allianz kan de originele stukken wel ten allen tijde opvragen. Merk op dat het medische voorschrift de volgende gegevens moet bevatten om aanleiding te kunnen geven tot een tussenkomst:

- de naam en voornaam van de patiënt;
- de naam en voornaam, en RIZIV-nummer van de voorschrijver;
- de datum van het voorschrift en/of de datum van het begin van de behandeling;
- de handtekening van de voorschrijver.

Artikel 25: De oproep voor hulpverlening

Elk verzoek tot hulpverlening dient telefonisch aangevraagd te worden op het nummer +32 2 773 61 09, onmiddellijk nadat een gebeurtenis die in aanmerking komt voor tegemoetkoming zich heeft voorgedaan. De hulpverlener en wij kunnen alle bijkomende medische stukken opvragen die noodzakelijk zijn voor de beoordeling en verwerking van het schadegeval. Door zich aan te sluiten bij deze verzekeringsovereenkomst verbindt de verzekerde zich ertoe deze stukken bij zijn behandelende arts op te vragen. Een digitale kopie van de bewijsstukken moeten in ons bezit zijn binnen een termijn van één jaar te rekenen vanaf de aanvang van het schadegeval. Allianz kan de originele stukken opvragen, indien nodig. Alle medische gegevens worden vastgesteld door onze adviserende arts en/of die van de hulpverlener. Indien onze adviserende arts op grond van voornoemde medische stukken geen standpunt kan innemen, stemt de verzekerde ermee in zijn medewerking te verlenen aan de medische onderzoeken waarvoor hij in dat verband zou worden uitgenodigd.

8. Hoe verloopt de berekening?

Artikel 26: Berekening van de tussenkomst voor hospitalisatiekosten

Wij berekenen onze tussenkomst als volgt:

- van het totaal van de verzekerde hospitalisatiekosten trekken we eerst de volgende bedragen af:
  - het bedrag van de tegemoetkomingen van de ZIV of van de sociale zekerheid van het land van verblijf. Indien de verzekerde om welke reden dan ook geen aanspraak kan maken op deze tegemoetkomingen, trekken we een fictief bedrag af dat gelijk is aan het bedrag aan tegemoetkomingen waar een werknemer volgens het nomenclatuurnummer van de prestatie en de Belgische ZIV wetgeving recht op zou hebben;
  - het bedrag van alle andere tegemoetkomingen waarop hij recht heeft, met inbegrip van de tegemoetkomingen in het kader van de vrije aanvullende verzekering bij zijn ziekenfonds;
- de kosten ten laste van de patiënt worden integraal terugbetaald, voor zover er op de hospitalisatiefactuur minstens één medische prestatie terugbetaald wordt door de ZIV;
- op het verkregen bedrag aan hospitaalkosten passen we de in deze overeenkomst bepaalde beperkingen toe;
- vervolgens passen we het terugbetalingspercentage toe zoals bepaald in de bijzondere voorwaarden van deze overeenkomst;
- ten slotte passen we de maximale grensbedragen toe (plafonds) die in de algemene en bijzondere voorwaarden zijn bepaald.

Wij betalen hospitalisatiekosten terug op basis van de kosten hernomen op de hospitalisatiefactuur voor zover deze overeenkomen met

- de prijzen die het ziekenhuis heeft bekendgemaakt voor de kamer waar de verzekerde verblijft;
- de ereloonsupplementen die de medische raad van het ziekenhuis heeft goedgekeurd en die op alle gehospitaliseerde patiënten worden toegepast.

Wij houden geen rekening met eventuele hogere bedragen die de verzekerde rechtstreeks met een behandelende arts of met het ziekenhuis afspreekt.

Artikel 27: Berekening van de tussenkomst voor ambulante kosten

Wij berekenen de tussenkomst voor ambulante kosten als volgt:

- van het totaal van de ambulante kosten trekken we eerst de volgende bedragen af:
  - het bedrag van de tegemoetkomingen van de ZIV of van de sociale zekerheid van het land van verblijf. Indien de verzekerde om welke reden dan ook geen aanspraak kan maken op deze tegemoetkomingen, trekken we een fictief bedrag af dat gelijk is aan het bedrag aan tegemoetkomingen waar een werknemer volgens het nomenclatuurnummer van de prestatie en de Belgische ZIV wetgeving recht op zou hebben;
  - het bedrag van alle andere tegemoetkomingen waarop hij recht heeft, met inbegrip van de tegemoetkomingen in het kader van de aanvullende verzekering bij zijn ziekenfonds;
- op de resterende ziektekosten passen we de in deze overeenkomst bepaalde beperkingen toe;
- vervolgens passen we het terugbetalingspercentage toe dat in de bijzondere voorwaarden van deze overeenkomst is bepaald;
- ten slotte passen we de maximale grensbedragen (plafonds) toe die in de algemene en bijzondere voorwaarden van deze overeenkomst zijn bepaald.

9. Hoe verloopt de betaling?

Artikel 28: De betaling van de hospitalisatiefactuur

Elke verzekerde die in het bezit is van een **AssurCard**, kan het stelsel van derde betaler genieten bij een hospitalisatie in een Belgisch ziekenhuis dat is uitgerust met de AssurCard infrastructuur, voor zover dat de Verzekeraar akkoord gaat met de vergoeding van de kosten. Dit betekent dat wij de hospitalisatiefactuur rechtstreeks ontvangen en betalen aan het ziekenhuis conform de algemene en bijzondere voorwaarden van deze overeenkomst. Dit geldt enkel op voorwaarde dat wij vooraf het schadegeval aanvaard hebben. Indien het stelsel van derde betaler niet kan toegepast worden, dan betalen wij de prestaties aan de verzekerde, personeelslid-hoofdverzekerde van de onderneming die deze ziekteverzekeringsovereenkomst onderschreven heeft, ofwel aan zijn erfgenamen, ofwel aan iedere door deze verzekerde uitdrukkelijk aangeduide persoon. De hospitalisatiefactuur wordt betaald binnen de tien kalenderdagen die volgen op de dag dat wij de factuur hebben ontvangen, op voorwaarde dat wij in het bezit zijn van het volledige dossier betreffende de medische kosten van de verzekerde en dat wij hebben vastgesteld dat het schadegeval beantwoordt aan de algemene en bijzondere voorwaarden van deze overeenkomst. Van zodra de verzekeringswaarborg verschuldigd is, of ingeval wij die al zouden hebben betaald, treden wij in de rechten van de verzekeringnemer of van de verzekerde tegen alle aansprakelijke derden. De verzekeringnemer en/of de verzekerde kunnen niet volledig of gedeeltelijk afzien van hun verhaalrecht ten opzichte van enige derde, zonder onze schriftelijke goedkeuring. De verzekeringnemer en/of de verzekerde dient ons ten slotte alle inlichtingen te verschaffen die wij nodig hebben om dit verhaalsrecht uit te kunnen oefenen ten aanzien van derden.

Artikel 29: De betaling van de ambulante kosten

De prestaties worden uitbetaald aan de verzekerde, personeelslid-hoofdverzekerde van de onderneming die deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst onderschreven heeft, ofwel aan zijn erfgenamen, ofwel aan iedere door de verzekerde uitdrukkelijk aangeduide persoon. De facturen worden betaald binnen de maand waarin wij de aanvragen tot tegemoetkoming en de bijhorende bewijsstukken hebben ontvangen.

IV. DE VERZEKERDEN

10. Wie kan zich aansluiten?

Artikel 30: Aansluiting bij de overeenkomst

De verzekeringnemer sluit de personeelsleden vermeld in de Bijzondere Voorwaarden aan bij deze ziekteverzekerings-overeenkomst. De personeelslid-hoofdverzekerde kiest er zelf voor om de leden van zijn gezin aan te sluiten. De aansluiting van de personeelsleden neemt ten vroegste aanvang vanaf de datum van hun indiensttreding. De aansluiting van de gezinsleden neemt aanvang op de datum van de aansluitingsaanvraag, op voorwaarde dat de eerste premie is betaald binnen de voorziene termijn. Van zodra een personeelslid en de medeverzekerden zijn aangesloten genieten ze van de waarborgen van de overeenkomst. Wij bezorgen hen een verzekeringsattest dat de datum van aansluiting vermeldt. De eventueel toe te passen wachttijden worden berekend vanaf die datum.

Artikel 31: Verplichte aansluiting van het personeel

Elke werknemer die deel uitmaakt van de personeelscategorie vermeld in de Bijzondere Voorwaarden en die aan de volgende voorwaarden voldoet, moet binnen de drie maanden worden aangesloten als hoofdverzekerde:

- met een arbeidsovereenkomst aangeworven door de verzekeringnemer en effectief aan het werk zijn bij de verzekeringnemer op het ogenblik van de aansluiting;
- niet de leeftijd van 65 jaar hebben bereikt, behalve in het geval waarin hij nog steeds aan het werk is;
- onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid, met hoofdverblijfplaats in België of in een ander land van de Europese Unie en als 'grensarbeider' erkend zijn. Een grensarbeider is elke persoon die als werknemer werkt in een lidstaat en woont in een andere lidstaat waarnaar hij gewoonlijk dagelijks of minstens eenmaal per week terugkeert.

De afgevaardigde bestuurders en de zaakvoerders met het zelfstandigenstatuut aan wie de verzekeringnemer regelmatig en minstens eenmaal per maand een loon toekent of toewijst, worden gelijkgesteld met personeelsleden die met een arbeidsovereenkomst zijn aangeworven. Elke werknemer moet worden aangesloten binnen een termijn van drie maanden. De premies zijn steeds verschuldigd vanaf de aanvangsdatum van de overeenkomst (voor bestaande werknemers) of de datum van indiensttreding (in het geval van een nieuwe aanwerving). De algemene en bijzondere voorwaarden van deze overeenkomst zijn niet van toepassing op de personeelsleden-hoofdverzekerden en hun gezin-medeverzekerden die meer dan drie maanden buiten België verblijven onder het statuut van gedetacheerd personeel, expatpersoneel of elke andere specifieke regeling die een langdurig verblijf in het buitenland impliceert.

Artikel 32: Facultatieve aansluiting van de gezinsleden

De hoofdverzekerde kan vragen om de volgende gezinsleden als 'medeverzekerde' aan te sluiten:

- de echtgenoot, de wettelijk samenwonende en de feitelijke partner die de Belgische sociale zekerheid geniet en zijn hoofverblijfplaats in België heeft op hetzelfde adres als het personeelslid;
- de kinderen van de hoofdverzekerde en zijn partner, die minder dan 25 jaar oud zijn, en kinderbijslag genieten.

Als het gaat om de echtgenoot, de wettelijk samenwonende of de feitelijke partner van een grensarbeider of om de kinderen die in een ander land dan de Europese Unie wonen, vragen we het bewijs te leveren dat ze op hetzelfde adres wonen als het personeelslid en de sociale zekerheid genieten van België of van het land waar ze wonen. De hoofdverzekerde die de aansluiting van de gezinsleden vraagt, moet dit doen voor alle gezinsleden.

Artikel 33: Procedure voor de aansluiting

De hoofdverzekerde vraagt zijn aansluiting en deze van het gezinslid aan binnen de drie maanden vanaf de indiensttreding van het personeelslid. De aansluiting gebeurt zonder medische formaliteiten te vragen. De aansluiting moet worden aangevraagd binnen **een termijn van drie maanden** vanaf de datum van indiensttreding van het personeelslid of vanaf de datum waarop de gezinssamenstelling is gewijzigd voor de aansluiting van de gezinsleden (huwelijk, geboorte, domiciliëring van de wettelijk samenwonende op het adres van het personeelslid-hoofdverzekerde). Ingeval van facultatieve aansluiting na drie maanden, wordt de aansluiting als laattijdig beschouwd en komen we gedurende een termijn van twaalf maanden niet tussen voor medische kosten. Deze wachttermijn van twaalf maanden geldt eveneens wanneer de gezinsleden opnieuw worden aangesloten nadat de hoofdverzekerde de aansluiting van de gezinsleden eerder had stopgezet.

Elk pasgeboren kind is verzekerd vanaf de dag van de geboorte. Wij passen geen wachttermijnen toe op voorwaarde dat de aansluitingsaanvraag binnen drie maanden na de geboorte in ons bezit is en het personeelslid-hoofdverzekerde en de gezinsleden-medeverzekerden aangesloten waren op het ogenblik van de geboorte.

11. Wanneer stopt de aansluiting?

Artikel 34: Voor de personeelsleden

Het personeelslid verliest zijn hoedanigheid van (hoofd)verzekerde:

- wanneer hij niet meer in dienst is bij de verzekeringnemer met een arbeidsovereenkomst of als zelfstandige of geen deel meer uitmaakt van de personeelscategorie vermeld in de Bijzondere Voorwaarden;
- wanneer hij kiest voor het pensioenstelsel of het 'stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag' (SWT);
- wanneer hij de leeftijd van 65 jaar bereikt, behalve wanneer hij na die leeftijd nog effectief aan het werk is bij de werkgever;
- wanneer hij zijn aansluiting uitdrukkelijk beëindigt. De aangeslotene die zijn aansluiting beëindigt, kan nadien niet meer vragen om aangesloten te worden, behalve wanneer hij het bewijs levert dat hij elders was verzekerd voor een identieke dekking en zonder dekkingsonderbreking;
- wanneer hij ons de kosten of de in de schadevrijstelling, die van hem worden geëist na gebruik te hebben gemaakt van de derde-betalersdienst AssurCard, niet terugbetaalt.

Artikel 35: Voor de gezinsleden

De gezinsleden verliezen hun hoedanigheid van (mede)verzekerde:

- wanneer het verzekerde personeelslid de hoedanigheid van verzekerde verliest of in geval van overlijden van het personeelslid;
- het kind verliest de hoedanigheid van verzekerde wanneer het de leeftijd van 25 jaar heeft bereikt, geen kinderbijslag meer geniet, of niet meer volledig of gedeeltelijk ten laste van de verzekerde is wegens echtscheiding of het einde van de wettelijke of feitelijke samenwoning;
- de echtgenoot verliest de hoedanigheid van verzekerde in geval van echtscheiding of wanneer hij niet meer onderworpen is aan de Belgische sociale zekerheid of aan de sociale zekerheid van het land van verblijf;
- de wettelijk of feitelijk samenwonende partner verliest de hoedanigheid van verzekerde wanneer de wettelijke of feitelijke samenwoning wordt beëindigd en hij niet meer gedomicilieerd is op het adres van het personeelslid of niet meer onderworpen is aan de Belgische sociale zekerheid of aan de sociale zekerheid van het land van verblijf;
- wanneer het gezinslid zijn aansluiting uitdrukkelijk beëindigt. Het gezinslid kan nadien niet meer vragen om aangesloten te worden, behalve wanneer hij bewijst dat hij elders was verzekerd, voor een identieke dekking en zonder dekkingsonderbreking;
- wanneer zij en het personeelslid de kosten of de in de bijzondere voorwaarden vermelde schadevrijstelling die van hem worden geëist na gebruik te hebben gemaakt van de derde-betalersdienst AssurCard, niet terugbetalen.

12. Hoe verloopt de individuele voortzetting?

Artikel 36: Individuele voortzetting van de waarborg hospitalisatie

Wanneer de hoofdverzekerde gedurende minstens twee jaren ononderbroken bij een ziektekostenverzekering is aangesloten, en de hoofdverzekerde het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliest (voor een niet uitgesloten reden), heeft hij het recht om de hospitalisatieverzekering individueel voort te zetten, zonder medische formaliteiten en zonder wachttijd. De medeverzekerden genieten hetzelfde recht. Deze individuele overeenkomst zal opgemaakt worden op basis van de voorwaarden en de tarieven van de individuele verzekeringsovereenkomsten zoals wij die aanbieden op het ogenblik van onderschrijving. De toegekende waarborgen zullen gelijksoortig zijn aan en beperkt zijn tot die van deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, brengt de hoofdverzekerde binnen dertig dagen na het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden verzekering op

de hoogte van het precieze tijdstip van dit verlies en van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten. Daarbij informeert hij de hoofdverzekerde over de termijn waarbinnen deze en, in voorkomend geval, de medeverzekerde het recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen. De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar, maakt tegelijkertijd onze contactgegevens over aan de hoofdverzekerde. De hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde, beschikken over een termijn van dertig dagen om ons kennis te geven van hun voornemen om de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst individueel voort te zetten. De hoofdverzekerde en in voorkomend geval de medeverzekerde hebben het recht die termijn met dertig dagen te verlengen, op voorwaarde dat wij daarvan vooraf schriftelijk of elektronisch in kennis werden gesteld. Wanneer de medeverzekerde het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van die verzekering door de hoofdverzekerde, beschikt de medeverzekerde over een termijn van honderdenvijf dagen te rekenen van het tijdstip waarop hij voornoemd voordeel verliest om ons in kennis te stellen van zijn voornemen om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen. In alle andere gevallen zal de individuele voortzetting gebeuren met medische formaliteiten. Het recht op individuele voortzetting geldt niet voor de waarborgen voor ambulante ziektekosten.

V. DE PREMIE

13. Wie betaalt de premie?

Artikel 37: Tenlasteneming van de premies

De premies worden, tenzij anders vermeld in de bijzondere voorwaarden, ten laste genomen:

- door de verzekeringnemer om de verzekerde voordelen te waarborgen ten gunste van de personeelsleden-hoofdverzekerden; Hij betaalt deze premies globaal en volledig aan ons, de verzekeringsonderneming;
- door de personeelsleden-hoofdverzekerden om de verzekerde voordelen te waarborgen ten gunste van de medeverzekerden; Zij betalen deze premies rechtstreeks aan ons, verzekeringsonderneming.

14. Hoeveel bedraagt de premie?

Artikel 38: Bedrag van de premie

Het bedrag van de premie wordt bepaald in de bijzondere voorwaarden. Daarbij worden de maandelijkse kosten per verzekerde per waarborg vermeld (exclusief premietaksen en de eventuele ZIV bijdrage). De premie wordt verhoogd met de premietaksen en bijdragen die gelden voor aanvullende ziektekostenverzekeringen.

Artikel 39: Indexering van de premie

De in de bijzondere voorwaarden bepaalde premie varieert jaarlijks in functie van

- het indexcijfer van de consumptieprijzen van de maand juni voorafgaand aan de hoofdvervaldag van onderhavig contract en in het Belgisch Staatsblad is gepubliceerd; of
- de laatst gekende specifieke medische index wanneer de evolutie van deze specifieke medische index hoger is dan de evolutie van de index van de consumptieprijzen op dezelfde datum.

De specifieke indexcijfers worden toegepast in functie van de waarborgen. Wij geven de verzekeringnemer jaarlijks kennis van de wijziging van de premie. De verzekeringnemer kan de indexering van de premie niet inroepen om deze beroepsgebonden ziekteverzekering op te zeggen.

Artikel 40: Wijziging van de premie

Als de premie vermeld in deze beroepsgebonden overeenkomst niet volstaat om de toegekende waarborgen te dekken, kunnen wij de voorwaarden, de vrijstellingen en de premie herzien op de jaarlijkse vervaldag van deze verzekeringsovereenkomst. Wij geven de verzekeringnemer ten laatste drie maanden vóór de jaarlijkse vervaldag kennis

van de doorgevoerde wijziging. Bij elke kennisgeving kan de verzekeringnemer de ziekteverzekeringsovereenkomst binnen twee maanden vanaf de kennisgeving door de verzekeringsonderneming opzeggen.

15. Hoe wordt de premie betaald?

Artikel 41: Wijze van premiebetaling
De premies zijn maandelijks en vooraf betaalbaar bij wijze van overschrijving of maandelijks door middel van bankdomiciliëring. Zij zijn verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand van aansluiting. Voor de personen aangesloten tijdens de eerste helft van de maand (1-15), wordt een maandelijkse premie berekend per persoon. Voor de personen aangesloten tijdens de tweede helft van de maand (16-31), wordt de premie voor de aansluitingsmaand niet aangerekend. Voor de personen die deze verzekering verlaten tijdens de eerste twee weken van de maand (1-15), wordt de maandelijkse premie van die maand niet aangerekend. Voor de personen die deze verzekering tijdens de twee laatste weken verlaten (16-31), wordt de premie voor deze vertrekmaand aangerekend. De premies worden verhoogd met alle toeslagen zoals tegenwoordige of toekomstige taksen en bijdragen tenzij anders vermeld in de bijzondere voorwaarden.

16. Wat als de premie niet wordt betaald?

Artikel 42: Gevolgen bij niet-betaling van de premies
Bij niet-betaling van een maandelijks premiegedeelte versturen wij een ingebrekestelling. Deze ingebrekestelling voorziet in een termijn van zestien dagen vanaf de datum van de aangetekende brief om de verschuldigde sommen te betalen. Indien de premies binnen die termijn niet in ons bezit zijn, wordt de waarborg geschorst vanaf de zestiende dag na de datum van de ingebrekestelling. De waarborg heeft opnieuw uitwerking de dag nadat de premies volledig aan ons zijn betaald. Tijdens de periode van schorsing en ten vroegste de zestiende dag volgend op de aanvang van die schorsing, kan de verzekeringsmaatschappij de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst per aangetekende brief opzeggen. Zestien dagen nadat de aangetekende brief werd verstuurd treedt de opzegging in werking, tenzij de premies ondertussen werden betaald.

VI. OVERIGE BEPALINGEN

17. Verplichtingen van de verzekeringnemer en van de verzekerden

Artikel 43: Verplichtingen
De verzekeringnemer en de hoofdverzekerde en/of de medeverzekerden zijn verplicht:
- ons op digitale wijze of per e-mail alle aangiften en mededelingen te doen, nodig voor de vlotte uitvoering van deze overeenkomst;
- ons ten laatste binnen een termijn van dertig dagen in te lichten over elke wijziging in het statuut van de verzekerden (aansluiting, verlies van hoedanigheid van verzekerde...);
- ons op de hoogte te brengen van alle inlichtingen, zodat wij het recht op de prestaties van deze overeenkomst kunnen beoordelen;
- ons binnen dertig dagen op de hoogte te brengen over iedere wijziging van de woonplaats. De kennisgevingen die wij moeten doen naar de verzekeringnemer of de verzekerde, worden geldig verricht op het laatste ons gemelde post- en/of e-mailadres.

De verzekeringnemer is verplicht om
- de hoofdverzekerde onmiddellijk in te lichten over de mogelijkheid voor de verzekerde om individueel een bijkomende premie te betalen om een eventuele individuele voortzetting voor te financieren;

- de hoofdverzekerde ten laatste dertig dagen na het verlies van het voordeel van deze verzekering op de hoogte te brengen van het precieze tijdstip van dit verlies en van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten;

De verzekerde moet zich gedragen op een wijze die het risico van de verzekeraar en de schade waarvoor die moet tussenkomen, zo klein mogelijk houdt. Zo niet kan de verzekeraar de tussenkomst weigeren of beperken.

Artikel 44: Kennisgevingen
Elke kennisgeving die voor ons bestemd is, moet worden gedaan via het in onze documenten vermelde e-mailadres. Elke kennisgeving wordt geacht gedaan te zijn op de datum van verzending via e-mail.

18. Duurtijd van de overeenkomst

Artikel 45: Datum van inwerkingtreding en duurtijd van de overeenkomst
Deze verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum vermeld in de bijzondere voorwaarden, van zodra de verzekeringsovereenkomst is ondertekend en de eerste premie is betaald. De verzekeringsovereenkomst heeft geen uitwerking indien deze premie uiterlijk 45 dagen na het opsturen van het borderel met alle verzekerden niet is betaald. De verzekeringsovereenkomst loopt tot en met de jaarlijkse vervaldag van het jaar volgend op de inwerkingtreding. Tenzij de verzekeringsovereenkomst drie maanden voor de vervaldag per aangetekend schrijven werd opgezegd, wordt de verzekeringsovereenkomst elk jaar stilzwijgend verlengd voor een periode van één jaar. De verzekeringsovereenkomst eindigt van rechtswege op het moment dat de verzekeringnemer failliet wordt verklaard of wanneer hij betrokken is in een procedure van gerechtelijke reorganisatie. De prestaties stoppen van zodra de verzekeringsovereenkomst eindigt of wanneer een persoon niet langer is aangesloten.

19. Aanpassingen bij wijziging van de regelgeving

Artikel 46: Wijziging van de regelgeving
In geval van wettelijke of reglementaire wijzigingen die een betekenisvolle invloed hebben op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties, behouden wij ons het recht voor de verzekeringsvoorwaarden en schadevrijstellingen te wijzigen, na de verzekeringnemer ervan gewaarschuwd te hebben. Het gaat bijvoorbeeld om conventionele, wettelijke of reglementaire wijzigingen in de sociale zekerheid, de verplichte verzekering tegen arbeidsongevallen en ongevallen op de weg naar en van het werk of beroepsziekten of de wet op de ziekenhuizen. De verzekeringnemer kan de overeenkomst in elk geval opzeggen binnen twee maanden na de kennisgeving van de wijziging.

20. Geschillen en klachten

Artikel 47: Minnelijke medische expertise
In het geval van meningsverschil tussen onze adviserende arts en de door de verzekerde gekozen arts, wordt een minnelijke medische expertise aangevraagd. Elke partij duidt daarbij een arts aan die als deskundige optreedt. Bij meningsverschil tussen de twee deskundigen duiden laatstgenoemden een derde deskundige aan: de beslissing die het aldus samengestelde college neemt, rekening houdend met de bepalingen van deze overeenkomst, is niet vatbaar voor beroep, is onherroepelijk en onweerlegbaar. Indien één van de partijen verzuimt haar deskundige aan te duiden binnen een termijn van zestien dagen na verzoek daartoe per aangetekende brief of indien de door de partijen aangeduide deskundigen het niet eens worden over de aanduiding van de derde deskundige, gebeurt de aanduiding op verzoek van de meest gerede partij door de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg van het gerechtelijk arrondissement van de woonplaats of de maatschappelijke zetel van die partij. Iedere partij staat in voor de kosten en de honoraria van de deskundige die zij aanduidt, met inbegrip van alle onderzoeken of bijkomende medische handelingen die de deskundige in het kader van de expertise zou kunnen vragen. Iedere partij staat in voor de helft van de kosten en honoraria van de derde deskundige, met inbegrip van alle onderzoeken en bijkomende medische handelingen die de derde deskundige in het kader van de expertise zou kunnen vragen.

Artikel 48: Toepasselijke wetgeving - bevoegde rechtbank
Het Belgische recht is van toepassing op deze verzekeringsovereenkomst. Betwistingen tussen de partijen betreffende de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst vallen onder de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken. Indien de verzekeringnemer niet in België gevestigd is, is alleen de Rechtbank van Eerste Aanleg van Brussel bevoegd.

21. Belangenconflicten

Artikel 49: Preventie van belangenconflicten
Allianz wil belangenconflicten voorkomen die het onderschrijvingsproces, het beheer en de uitvoering van haar verzekeringsovereenkomsten kan verstoren. Een belangenconflict is elke situatie die strijdig is of zou kunnen zijn met de belangen van de kandidaat-verzekeringnemer omdat belangen die verschillen van de zijne (bv.: die van de verzekeraar of de tussenpersoon) hem ertoe zouden kunnen aanzetten een overeenkomst af te sluiten of een dienst te genieten die niet met zijn belangen strookt. Het preventiebeleid van Allianz heeft als doel belangenconflicten op te sporen, te onderzoeken en te vermijden. U kunt elk belangenconflict melden via e-mail: complaintscustomer@allianz.be.

VII. DEFINITIES

Ongeval
Een aantasting van de lichamelijke integriteit van de verzekerde veroorzaakt door een plotselinge gebeurtenis waarvan één der oorzaken buiten het slachtoffer ligt.

Orthopedisch toestel
Apparaat bestemd om lichamelijke afwijkingen te corrigeren, ter compensatie voor een afwezige of gebrekkige functie, ter ondersteuning van een gewrichts- of spierstructuur of om het lichaam of één van zijn delen te beschermen, te immobiliseren of te ondersteunen.

Hulpverlener
Allianz Partners,
AWP P&C NV - Belgian branch,
Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel
verzekeringsmaatschappij toegelaten onder codenummer 2769 om de tak 'Hulpverlening' (tak 18 - K.B. van 18/01/1982 B.S. van 23/01/1982) uit te oefenen - H.R.B. 438.736 - K.B.O. Ondernemingsnummer 0837.437.919.

AssurCard
Elektronische kaart die het derdebetalerprincipe mogelijk maakt dankzij de beveiligde elektronische uitwisseling van de hospitalisatiefacturen met de verzekeringsonderneming.

AssurPharma
Beveiligde elektronische uitwisseling van de gegevens vermeld op het apothekersattest (BVAC) met de verzekerings-onderneming.

Hoofdverzekerde - medeverzekerden
De hoofdverzekerde is de persoon die op het moment van de aansluiting beroepsmatig verbonden is met de verzekeringnemer. De gezinsleden van de hoofdverzekerde die eveneens de waarborg van de beroepsgebonden verzekering genieten, worden medeverzekerden genoemd.

Beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst
De ziektekostenverzekering die gesloten is door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van meerdere personen die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer verbonden zijn. Deze personen worden de 'hoofdverzekerde' genoemd. De verzekeringnemer kan ook een beroepsgebonden ziektekostenverzekering ten behoeve van de leden van het gezin van de hoofdverzekerde afsluiten. Deze personen worden de 'medeverzekerde' genoemd. Zij bestaat uit onderhavige algemene voorwaarden, de bijzondere voorwaarden en de eventuele bijlagen.

Wachttijd
In de bijzondere voorwaarden bepaalde periode die aanvangt op de aansluitingsdatum en gedurende welke de verzekeringsonderneming geen enkele terugbetaling verschuldigd is. Voor ongevallen wordt er geen wachttijd toegepast.

Ziekenhuisinstelling - ziekenhuis
Wettelijk als ziekenhuis erkende geïdentificeerde instelling waar wetenschappelijk beproefde diagnose- en behandelingsmiddelen aangewend worden, met uitzondering van:
- de forensische psychiatrische instellingen;
- de tehuizen voor het voorlopige verblijf van psychiatrische patiënten, de plaatsen van beschut wonen (I.B.W.) en de psychiatrische verzorgingstehuizen (P.V.T.);
- de medisch-pedagogische instellingen;
- de instellingen die bestemd zijn voor gewone huisvesting van bejaarden, herstellende personen of kinderen en de kuuroorden;
- de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen (R.V.T.) en de centra van dagverpleging, zelfs als deze in een ziekenhuisinstelling zijn geïntegreerd.

Verzekeringsonderneming
Allianz Benelux NV,
Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel,
verzekeringsmaatschappij toegelaten onder codenummer 0097 om alle takken 'Leven' en 'niet Leven' te beoefenen (K.B. van 04/07/1979 - B.S. van 14/07/1979, K.B. van 19/05/1995 - B.S. van 16/06/1995) - H.R.B. 574 - K.B.O. Ondernemingsnummer 0403.258.197.

Ziektekosten
Voor zover zij aanleiding geven tot wettelijke tegemoetkoming, zij voorgeschreven of uitgevoerd worden door een geneesheer en zij gemaakt worden gedurende een hospitalisatie:
- kosten van verblijf in een ziekenhuisinstelling;
- kosten betreffende een medische of paramedische verstrekking;
- aankoop van geneesmiddelen voorgeschreven door een geneesheer voor de verzekerde;
- kosten voor een prothese of een orthopedisch toestel;
- het medische materiaal.

Ambulante ziektekosten
De kosten bepaald in de laatste vier punten van de elfde definitie hierboven, wanneer zij gemaakt worden buiten een hospitalisatie.

Medisch noodzakelijke kosten
De toegediende curatieve medische en paramedische handelingen die aangepast zijn aan en die direct verband houden met de door de geneesheer gestelde diagnose. Zijn derhalve uitgesloten, voorschriften die verstrekt worden op grond van persoonlijke redenen of redenen van gerieflijkheid.

Contractuele schadevrijstelling
Het in de bijzondere voorwaarden bepaalde gedeelte van de terugbetaalbare kosten dat ten laste van de verzekerde blijft.

Schadejaar
Het schadejaar wordt berekend vanaf de eerste dag van de eerste hospitalisatie en eindigt 365 dagen later.

Verzekeringsjaar
Periode tussen twee jaarlijkse vervaldagen van het contract.

Hospitalisatie
Het verblijf van ten minste één nacht in een ziekenhuisinstelling, voor zover de gezondheidstoestand van de patiënt het vereist en met de bedoeling hem zo vlug mogelijk een curatieve behandeling toe te dienen. De algemene en bijzondere voorwaarden kunnen een uitbreiding voorzien van deze definitie.

Verblijfskosten
Het bedrag omvat:
- de prijs van een verzorgingsdag;
- het supplement gefactureerd, binnen de wettelijke grenzen, voor het verblijf in een basiseenpersoonskamer (d.w.z. de aparte kamer die het minst duur door het ziekenhuis wordt gefactureerd) van het kamergamma dat in het betrokken ziekenhuis voorgesteld wordt;
- het dagelijks forfait voor de geneesmiddelen.

Wettelijke tegemoetkoming
- Onder Belgische wetgeving die in geval van ziekte of ongeval van toepassing is op de werknemers verstaat men:
  - de wetgeving betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV);
  - de wetgeving betreffende de arbeidsongevallen en ongevallen op de weg van en naar het werk;
  - de wetgeving betreffende de beroepsziekten.
- Onder wettelijke tegemoetkoming verstaat men:
  - voor de gedane uitgaven in België: elke terugbetaling waarin wordt voorzien door de Belgische wetgeving die van toepassing is op de werknemers;
  - voor de kosten opgelopen in het buitenland: elke terugbetaling waarin wordt voorzien door een met dat land gesloten overeenkomst betreffende de sociale zekerheid voor werknemers.

Ziekte
Elke verslechtering van de gezondheid van de verzekerde, die niet te wijten is aan een ongeval en die objectieve symptomen vertoont die een diagnose alsook de geschikte therapeutische behandeling volgens erkende medische standaarden toelaten.

Medisch materiaal
- Tijdens de hospitalisatieperiode en hernomen op de ziekenhuisfactuur:
  - de middelen bestemd om de hoofdmedicatie te versterken, te vervolledigen of toe te dienen, zoals verbanden, spuiten, steunkousen ..., met uitzondering van de brilmonturen en brilglazen, contactlenzen en tandmateriaal en het medisch materiaal dat gebruikt wordt tijdens een ingreep of behandeling, meestal voor eenmalig gebruik, bv. een tang, een spreider,...;
  - het implanteerbaar medisch materiaal: een voorwerp of toestel dat volledig of gedeeltelijk in het lichaam wordt geplaatst ter bevordering van de genezing, ter behandeling of verlichting van een ziekte of voor het toedienen van medicatie vb. pacemaker, netjes, bouten enz.;

- Buiten de hospitalisatieperiode:
  - het kleine medisch materiaal aangekocht bij een organisme dat in België erkend is of bij de apotheek; dit wil zeggen de middelen bestemd om de hoofdmedicatie te versterken, te vervolledigen of toe te dienen, zoals verbanden, spuiten, steunkousen...;
  - het zware medisch materiaal en de medische hulpmiddelen gehuurd bij een organisme dat in België erkend is of bij een apotheek; dit wil zeggen de middelen bestemd om de fysische toestand of de mobiliteit van de patiënt te verbeteren zoals een bed, krukken, een rolstoel, en de toestellen of apparaten die gebruikt worden om een diagnose te stellen of worden aangewend ter preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte. bv.: aerosoltoestel, bloeddrukmeter, spirometer, glucosemeter, enz ...;
  - de overige gedekte kosten worden beschreven in de algemene voorwaarden.

Medische technieken en behandelingen
Medisch aanvaarde (en dus voldoende beproefde) technieken en behandelingen op basis van wetenschappelijk bewijs, die het resultaat zijn van klinisch onderzoek voor de behandeling van ziekten en waarvan de resultaten gevalideerd zijn en aanvaard voor toepassing in de courante medische praktijk (Evidence Based Medecine).

Geneesmiddel
Elk product dat uitsluitend in een apotheek verkrijgbaar is, dat door een geneesheer wordt voorgeschreven en dat als dusdanig werd geregistreerd door de bevoegde minister.

Farmaceutisch product
Indien vermeld op de verblijfsfactuur:
- elke enkelvoudige of samengestelde substantie, voorgeschreven door een geneesheer, die geregistreerd is als geneesmiddel door de Minister van Volksgezondheid en die therapeutische eigenschappen heeft of die toegediend kan worden om een medische diagnose te stellen of om fysiologische functies te herstellen, te verbeteren of te wijzigen;
- de farmaceutische specialiteiten voorgeschreven door een geneesheer en als dusdanig geregistreerd door de Minister van Volksgezondheid;
- de generische geneesmiddelen voorgeschreven door een geneesheer.

Verzekeringnemer
De onderneming die de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst onderschrijft.

Preventie
De prestaties voor opsporing van ziekten en preventieve geneeskunde.

Prothese
Toestel dat een lid of een orgaan geheel of gedeeltelijk vervangt en aan de verzekerde persoon wordt bevestigd. Elk getransplanteerd orgaan wordt gelijkgesteld met een prothese.

Gezondheid
Toestand van volledig lichamelijk en geestelijk welzijn die niet uitsluitend bestaat uit de afwezigheid van ziekte of een gebrek.

Schadegeval
Elke gebeurtenis die aanleiding geeft tot verzekeringswaarborg ingevolge onderhavige beroepsgebonden verzekeringsovereenkomst.

Terrorisme

Onder terrorisme wordt verstaan: een clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld wordt gepleegd op personen of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onveiligheid te scheppen of de overheid onder druk te zetten, ofwel om het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren. (Wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme)

Bescherming van de persoonsgegevens

Deze verzekeringsovereenkomst wordt onderschreven ten gunste van uw personeelsleden en, in voorkomend geval, hun gezinsleden. In deze context verzamelen en verwerken wij, uw verzekeraar, hun persoonsgegevens zoals u ons die doorgeeft.
Behalve voor de verwerking van persoonsgegevens over de gezondheid, waarvoor de formele, uitdrukkelijke en persoonlijke toestemming van de verzekerde moet en zal gevraagd worden, is de voorafgaande toestemming van uw personeelsleden en, in voorkomend geval, hun gezinsleden, niet vereist.
Wij, uw verzekeraar, handelen als onafhankelijke verwerkingsverantwoordelijke in de betekenis van de GDPR. Als het beheer van uw verzekeringsovereenkomst aan een extern beheerder werd toevertrouwd, treedt deze op als verwerker in de betekenis van de GDPR en verwerkt hij alleen persoonsgegevens op basis van onze instructies en in onze naam.
Hieronder leggen wij u uit hoe en waarom wij de persoonsgegevens gebruiken van uw werknemers en, in voorkomend geval, hun gezinsleden, die verzekerd zijn door deze verzekeringsovereenkomst en lichten wij ook de rechten en verplichtingen toe van deze personen.
Wij nodigen u uit wat volgt aandachtig te lezen en die informatie ook door te geven aan uw werknemers, die ze op hun beurt aan hun gezinsleden zullen overmaken. Als verzekeringnemer is het inderdaad uw verantwoordelijkheid dat de informatie over de verwerking van persoonsgegevens, zoals hieronder weergegeven, effectief wordt overgemaakt aan uw personeelsleden, zodat zij hun rechten kunnen uitoefenen.

Waarom gebruiken wij de persoonsgegevens van uw werknemers en hun gezinsleden?

We verzamelen en verwerken hun persoonsgegevens uitsluitend voor de volgende doeleinden:
- de evaluatie van de risico's die het contract verzekert;
- het beheer van de commerciële relatie;
- het beheer van de verzekeringsovereenkomst en/of de eventuele schadegevallen;
- het toezicht op het evenwicht van de verzekeringsportefeuille van onze onderneming;
- de preventie van misbruik en verzekeringsfraude;
- de terugvordering van schadekosten bij aansprakelijke derden;
- de verplichte verstrekking van informatie over de verzekeringssituatie aan de belastings-, socialezekerheids- of controleautoriteiten.

Op welke rechtsgronden mogen wij de persoonsgegevens verwerken?

Voor elke hierboven vermelde doelstelling worden de gegevens verzameld en verwerkt in overeenstemming met de wetgeving op de bescherming van persoonsgegevens en andere nationale wetgevingen zoals, bijvoorbeeld, de wet op het statuut van en het toezicht op verzekerings- of herverzekeringsondernemingen van 13 maart 2016 of de wet van 04 april 2014 betreffende de verzekeringen, en dit op de volgende rechtsgronden:
- de verwerking van de gegevens die noodzakelijk zijn voor de evaluatie van de risico's die het contract verzekert, het beheer van de commerciële relatie en ook het beheer van de verzekeringsovereenkomst en/of de eventuele schadegevallen, wordt gerechtvaardigd door de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst;
- de verwerking van medische gegevens is ook wel noodzakelijk voor de uitvoering van de overeenkomst, maar stoelt op de toestemming van de betrokken persoon;
- de verwerking van gegevens die noodzakelijk zijn voor het toezicht op het evenwicht van de verzekeringsportefeuille van onze onderneming, de preventie van misbruik en verzekeringsfraude en de terugvordering van schadekosten bij aansprakelijke derden, berust op ons gerechtvaardigd belang van verwerkingsverantwoordelijke;

- de gegevensoverdracht in het kader van de verplichte verstrekking van informatie over de verzekeringssituatie aan de belastings-, socialezekerheids- of controleautoriteiten, wordt gerechtvaardigd door de geldende wettelijke en fiscale bepalingen.

Geen enkele wettelijke bepaling verplicht uw werknemers of hun gezinsleden ertoe ons hun persoonsgegevens te verstrekken of te laten verwerken. Maar als zij ons die gegevens niet verstrekken, zullen wij hun aansluiting en eventuele schadegevallen niet kunnen beheren.

Aan wie worden de persoonsgegevens overgedragen?

Deze gegevens worden gedeeld met sommige van onze diensten binnen het strikte kader van hun taken. Het gaat om medewerkers van de diensten contractbeheer of schadegevallen, de juridische dienst en compliance (controle van de conformiteit), de dienst interne audit, actuariële diensten, financiële en budgettaire controle en adviserende geneesheren.

Binnen de afgebakende context van de opgesomde doelstellingen en voor zover noodzakelijk, delen wij deze persoonlijke gegevens ook met uw makelaar, onze herverzekeraar, onze externe auditeurs, deskundigen, de ombudsman van de verzekeringen, juridisch adviseurs en onderaannemers (inclusief de beheerder van het contract) en met de Belgische of buitenlandse administraties (pensioenen, Belgische of buitenlandse belastingoverheden in het raam van onze reportingverplichtingen FATCA en CRS, sociale zekerheid, controleoverheden).

Om veiligheidsredenen en om deze gegevens op te slaan of onze informaticatoepassingen te beheren, moeten wij deze persoonsgegevens soms overdragen aan een andere gespecialiseerde vennootschap van de Groep Allianz binnen of buiten de Europese Unie. De Groep Allianz heeft voor deze overdrachten zeer strenge regels bepaald die werden goedgekeurd door de overheden voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en die Allianz Benelux naleeft. Deze regels maken de verbintenis uit die de Groep Allianz en Allianz Benelux zijn aangegaan om de verwerking van de persoonsgegevens op een correcte manier te beschermen, waar die zich ook bevinden.

Welke rechten hebben uw personeelsleden en hun gezinsleden op het gebied van hun persoonsgegevens?

- het recht van toegang;
- het recht die te laten verbeteren indien zij onjuist of onvolledig zijn;
- het recht die te laten wissen in bepaalde omstandigheden, bijvoorbeeld wanneer zij niet langer noodzakelijk zijn voor het doel dat werd nagestreefd bij hun inzameling of verwerking;
- het recht op beperking van de verwerking in sommige omstandigheden, bijvoorbeeld de beperking van het gebruik van gegevens waarvan u de juistheid betwist in de periode waarin wij die moeten controleren;
- het recht een klacht in te dienen bij de bevoegde overheid;
- het recht u te verzetten tegen de verwerking;
- het recht op overdraagbaarheid van uw persoonsgegevens, meer bepaald het recht om uw persoonsgegevens in een gestructureerde, gangbare en leesbare vorm te verkrijgen of die onmiddellijk aan een andere verwerkingsverantwoordelijke over te dragen;
- het recht om uw instemming met de verwerking van uw gegevens op elk moment in te trekken.

Bewaring van uw persoonsgegevens

Wij bewaren uw persoonsgegevens zolang als noodzakelijk voor de hoger aangehaalde doelstellingen of zolang een wet dat eist. De bewaartermijn van contractgegevens of gegevens over schadebeheer eindigt na afloop van de wettelijke verjaringstermijn die volgt op de afsluiting van het laatste schadegeval dat gedekt is door de verzekeringsovereenkomst. De bewaartermijn verschilt dus sterk van verzekering tot verzekering.

Meer informatie over ons beleid rond gegevensbescherming is beschikbaar op onze website: https://allianz.be/nl/prive/bescherming-persoonsgegevens.html.

Vragen, uitoefening van rechten en klachten

1. Vragen en uitoefening van rechten

Uw werknemers en, in voorkomend geval, hun gezinsleden kunnen hun vragen over de verwerking van hun persoonsgegevens rechtstreeks naar Allianz Benelux sturen:

- ofwel via e-mail naar: privacy@allianz.be

- ofwel per post naar het adres: Allianz Benelux NV, Juridische dienst en compliance/Gegevensbescherming, Koning , Albert II-laan, 32, 1000 Brussel, België

Het is van belang dat zij bij hun vraag een bewijs voegen van hun identiteit als aanvrager, of zelfs een doorgestreepte recto versokopie van hun identiteitskaart.

2. Klachten over de verwerking van de persoonsgegevens
Elke klacht over de verwerking van de persoonsgegevens kan naar de bovenstaande post- en mailadressen gestuurd worden, of naar de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel, www.privacycommission.be.

Behandeling van klachten
Het Belgisch recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst. Onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen, kan u elke klacht over de uitvoering van het contract richten aan de dienst Klachtenbeheer van Allianz Benelux: Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel, tel. 02/214.77.36, fax 02/214.61.71, klachten@allianz.be, www.allianz.be. Indien u niet tevreden bent na het antwoord van onze dienst Klachtenbeheer, kan u contact opnemen met de Ombudsman van de Verzekeringen: de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel, tel. 02/547.58.71, fax 02/547.59.75, info@ombudsman-insurance.be, www.ombudsman-insurance.be. Allianz Benelux is als verzekeraar verplicht deel te nemen aan een procedure van buitengerechtelijke regeling van consumentengeschillen. De Ombudsdienst van de Verzekeringen is een gekwalificeerde entiteit om een oplossing te zoeken voor een verzekeringsgeschil buiten het gerechtelijk systeem om.

Allianz Benelux NV, Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel, tel.: +32 2 214.61.11, www.allianz.be
BE 0403.258.197, RPR Brussel, IBAN: BE74 3100 1407 6507, BIC: BBRUBEBB
Verzekeringsonderneming toegelaten door de NBB (Nationale Bank van België) en geïdentificeerd onder nummer 0403.258.197 om alle takken 'Leven' en 'niet-Leven' te beoefenen, NBB: de Berlaimontlaan 14, 1000 Brussel, www.nbb.be
Verantwoordelijke uitgever: Paul Möller, Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel, tel.: +32 2 214.61.11 - V1076 NL - 04/2023

Je Makelaar
Je beste Verzekering