

KBC-Collectieve Hospitalisatieverzekering

Algemene voorwaarden blz. 1

Doel van de verzekering

Bij hospitalisatie wegens ziekte, ongeval, bevalling of zwangerschapscomplicatie voorziet deze verzekering, onder de hierna bepaalde voorwaarden, in een vergoeding in de medische kosten die niet door het ziekenfonds worden terugbetaald. In de pre- en posthospitalisatieperiode en bij een aantal zware ziekten worden ook de kosten voor de ambulante medische zorgen vergoed zoals hierna bepaald.

Begripsomschrijvingen

Verzekeringnemer:

Degene die het contract sluit met KBC Verzekeringen.

Verzekeraar:

Zetel van de vennootschap: KBC Verzekeringen NV, NV met maatschappelijke zetel in België, Professor Roger Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven - BTW BE 0403.552.563 - RPR Leuven - IBAN BE43 7300 0420 0601 – BIC KREDBEBB. Onderneming toegelaten voor alle takken onder code 0014 (KB 4 juli 1979, BS 14 juli 1979) door de Nationale Bank van België, de Berlaimontlaan 14, 1000 Brussel, België.

Categorie:

De groep van personen voor wie de verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst sluit.

Aangeslotene:

De persoon die behoort tot de categorie omschreven in de verzekeringsovereenkomst en die aansluit tot de verzekering

Hoofdaangeslotene:

De aangeslotene die in dienst is bij de verzekeringnemer, er een mandaat uitoefent of er lid van is.

Verzekeringsjaar:

De periode van twaalf maanden die begint op de jaarlijkse hoofdvervaldag van de verzekeringsovereenkomst.

Wettelijke tegemoetkoming:

Iedere tussenkomst die door de Belgische wetgeving wordt voorzien door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en door de verplichte verzekering voor arbeidsongevallen of beroepsziekten, zoals die van toepassing is voor de werknemers.

Wachttijd:

Een éénmalige periode die per aangeslotene ingaat op zijn aansluitingsdatum.

Hospitalisaties en zware ziekten die aanvagen tijdens deze periode, zijn niet verzekerd.

Franchise:

Het bedrag van de verzekerde kosten dat steeds ten laste van de aangeslotene blijft.

Dit bedrag wordt toegepast per aangeslotene en per verzekeringsjaar.

Hospitalisatie:

Een medisch noodzakelijk verblijf van minstens één nacht in een ziekenhuis of een verblijf in een dagziekenhuis. Het verblijf in een dagziekenhuis wordt beschouwd als een hospitalisatie op voorwaarde dat de medische prestaties forfaitair door het RIZIV worden terugbetaald op basis van artikel 4 van de nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsorganismen.

Ziekenhuis:

Een instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis.

In deze verzekering worden de volgende instellingen niet als ziekenhuis beschouwd:

medisch-pedagogische inrichtingen, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, initiatieven voor palliatieve zorgverlening, inrichtingen uitsluitend bestemd om bejaarden, herstellenden of kinderen te huisvesten en instellingen, afdelingen en bedden van rust- en verzorgingstehuizen.

Ziekte:

Een aantasting van de gezondheid die gepaard gaat met objectieve symptomen en die te wijten is aan een andere oorzaak dan een ongeval.

Besmettelijke ziekte:

Een ziekte die het gevolg is van een infectie door micro-organismen (bacteriën, virussen, parasieten, schimmels en gisten).

Inflammatoire ziekte:

Ontstekingsproces dat niet het gevolg is van een besmettelijke ziekte.

Psychische en/of psychiatrische aandoeningen:

Aandoeningen die zijn opgenomen in de meest recente medische leidraad Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

Ongeval:

Een plotse gebeurtenis die een objectief vast te stellen lichamelijk letsel veroorzaakt en waarvan de

KBC- COLLECTIEVE HOSPITALISATIEVERZEKERING

Polisnummer: 53.150.057/003

**Scholengroep St. Rembert
Bruggestraat 23
8820 Torhout**

Tussenpersoon

IC Verzekeringen nv
Guimarstraat 1
1040 Etterbeek
ONDERN.NR: 0831623164

Inhoudstafel

1	Structuur van de polis	3
2	Speciale bijzondere voorwaarden.....	3
3	Bijzondere voorwaarden	4
3.1	Categorie van de aangeslotenen	4
3.2	Aansluiting.....	4
3.3	Wachttijd.....	4
3.4	Medische formaliteiten	5
3.5	Voorafbestaande aandoening.....	5
3.6	Uitsluiting.....	5
3.7	Verzekerde waarborgen.....	6
3.8	Premie	6
3.9	Betaling van de premie	7
3.10	Verdeling van de premie	8
4	Lijst van dure ziekenhuizen.....	9
5	Analyse van de verlangens en behoeften.....	10
6	Algemene voorwaarden	

1 Structuur van de polis

Deze polis omvat speciale bijzondere voorwaarden, bijzondere voorwaarden en algemene voorwaarden.

De bijzondere voorwaarden hebben voorrang op de algemene voorwaarden.

De speciale bijzondere voorwaarden hebben voorrang op de bijzondere voorwaarden en de algemene voorwaarden.

2 Speciale bijzondere voorwaarden

Niet van toepassing.

3 Bijzondere voorwaarden

3.1 Categorie van de aangeslotenen

De aangeslotenen zijn de personeelsleden van de verzekeringnemer en hun gezinsleden.

De gezinsleden zijn de inwonende partner en de inwonende, ongehuwde kinderen, die de leeftijd van 25 jaar nog niet hebben bereikt.

De gepensioneerde personeelsleden en hun gezinsleden kunnen verder aangesloten blijven.

3.2 Aansluiting

De aansluiting is facultatief voor de personeelsleden en voor hun gezinsleden.

De personeelsleden die op de begindatum van deze polis in dienst zijn, sluiten aan op deze begindatum. De personeelsleden die later in dienst komen, sluiten aan vanaf de 1ste dag van de maand samenvallend met of volgend op hun indiensttreding.

De gezinsleden van de aangesloten personeelsleden kunnen aansluiten:

- ofwel op dezelfde datum als het personeelslid;
- ofwel op een volgende hoofdvervaldag;
- ofwel op de datum van het huwelijk of van het begin van samenwonen of op de geboortedatum.
- In dit geval dient de aanvraag tot aansluiting ons binnen zestig dagen na de gebeurtenis te bereiken.

Kinderen worden evenwel slechts aangesloten op voorwaarde dat alle kinderen van de hoofdaangeslotene in de aanvraag zijn opgenomen en dat ook de partner aansluit. Deze verplichte aansluiting voor de partner en de kinderen geldt niet indien het bewijs wordt geleverd dat voor hen al een gelijkaardige verzekering is afgesloten.

De aanvraag tot aansluiting gebeurt schriftelijk, op de formulieren die de verzekeraar aan de verzekeringnemer bezorgt.

Indien de aangeslotene medisch aanvaard wordt, gebeurt de aansluiting pas vanaf dat de formaliteiten voor de medische aanvaarding zijn afgerond (zie ook verder 'medische formaliteiten')

3.3 Wachtijd

Er gelden geen wachttijden.

3.4 Medische formaliteiten

Algemeen

De verzekeraar stelt de aanvaarding van de aansluiting afhankelijk van de gunstige beoordeling van de medische formaliteiten. Iedere persoon, die tot de polis wenst toe te treden, dient een medische vragenlijst in te vullen.

Indien de medisch adviseur van de verzekeraar op basis van de ingevulde medische formaliteiten oordeelt dat er een blijvende uitsluiting of bijpremie nodig is, deelt de verzekeraar deze uitsluiting of bijpremie schriftelijk mee.

Indien de kandidaat-aangeslotene de uitsluiting aanvaardt, gaat zijn aansluiting in op de eerste van de maand volgend op de aanvaarding.

Indien een bijpremie nodig is, wordt de betaling van de bijpremie beschouwd als aanvaarding van deze bijpremie en geldt de aansluiting vanaf de betaling van de bijpremie.

De brief waarin de verzekeraar de uitsluitingen of bijpremie meedeelt, geldt als bijvoegsel bij de polis.

Aansluiting pasgeborene

Pasgeborenen kunnen zonder medische formaliteiten aansluiten bij de geboorte op voorwaarde dat:

- beide ouders en de andere kinderen van het gezin op de geboortedatum sedert minstens 9 maanden verzekerd zijn bij de verzekeraar. Deze verplichting voor de partner geldt niet indien het bewijs wordt geleverd dat voor hem/haar al een gelijkaardige verzekering is afgesloten.
- de aansluiting voor de pasgeborene gebeurt binnen de 60 dagen na de geboortedatum.

3.5 Voorafbestaande aandoening

Zie algemene voorwaarden artikel 7 (mededelingsplicht aangeslotene) en artikel 8 (gemelde voorafbestaande toestand).

3.6 Uitsluiting

In aanvulling op artikel 6 van de algemene voorwaarden zijn evenmin verzekerd de medische kosten die het gevolg zijn van een bevalling waarvan de bevruchting zich heeft voorgedaan voor de begindatum van de verzekeringswaarborg van de aangeslotene.

3.7 Verzekerde waarborgen

De volgende waarborgen zijn verzekerd:

- hospitalisatie
- ambulante medische zorgen pre- en posthospitalisatie
- ambulante medische en paramedische verzorging bij zware ziekten

Franchise

De franchise is het bedrag van de verzekerde kosten dat steeds ten laste van de aangeslotene blijft. Dit bedrag wordt toegepast per aangeslotene en per verzekeringsjaar.

Het bedrag van de franchise varieert in functie van het kamertype:

- Er wordt een franchise van 400 EUR ten laste gelegd van de aangeslotene per verzekeringsjaar, indien er een éénpersoonskamer gefactureerd wordt. Deze franchise van 400 EUR is van toepassing van zodra er tijdens het verzekeringsjaar éénmaal een éénpersoonskamer gefactureerd wordt, en blijft van toepassing bij eventuele bijkomende hospitalisaties tijdens hetzelfde verzekeringsjaar, al wordt voor deze bijkomende hospitalisaties een twee- of meerpersoonskamer gefactureerd.
- Voor hospitalisaties die uitsluitende in twee- of meerpersoonskamers gefactureerd worden, geldt een franchise van 250 EUR

Maximumbedragen

Tenzij anders bepaald in de algemene voorwaarden geldt er geen maximum verzekerd bedrag per verzekerde per verzekeringsjaar.

3.8 Premie

In de vermelde premies zijn de verzekeringstaks en eventuele andere heffingen of kosten begrepen.

Jaarpremie per:	nettopremie	taks en riziv	brutopremie
aangeslotene tot en met 20 jaar	: 91,92 EUR	17,76 EUR	109,68 EUR
aangeslotene vanaf 21 jaar tot en met 58 jaar	: 183,96 EUR	35,40 EUR	219,36 EUR
aangeslotene vanaf 59 jaar tot en met 65 jaar	: 367,92 EUR	70,92 EUR	438,84 EUR
aangeslotene vanaf 66 jaar tot en met 70 jaar	: 643,80 EUR	123,96 EUR	767,76 EUR
aangeslotene vanaf 71 jaar	: 919,80 EUR	177,12 EUR	1.096,92

Kosten en lasten

Op basis van de premie van toepassing op de uitwerkingsdatum van deze poliseditie worden de acquisitie- en administratiekosten als volgt geraamd :

- voor aangeslotene tot en met 20 jaar : acquisitiekosten 9,29 EUR en administratiekosten 11,45 EUR
- voor aangeslotene vanaf 21 jaar tot en met 58 jaar : acquisitiekosten 18,60 EUR en administratiekosten 22,92 EUR
- voor aangeslotene vanaf 59 jaar tot en met 65 jaar : acquisitiekosten 37,20 EUR en administratiekosten 45,84 EUR
- voor aangeslotene vanaf 66 jaar tot en met 70 jaar : acquisitiekosten 65,09 EUR en administratiekosten 80,22 EUR
- voor aangeslotene vanaf 71 jaar : acquisitiekosten 92,99 EUR en administratiekosten 114,61 EUR

Merk op dat als u verschillende verzekeringsovereenkomsten gaat vergelijken, u niet enkel de geraamde kosten en lasten van de overeenkomsten met elkaar mag vergelijken, maar ook andere elementen in aanmerking moet nemen, zoals de reikwijdte van de waarborgen, het bedrag van eventuele franchises of de uitsluitingsclausules.

De hierboven opgegeven ramingen geven een beter zicht op het premiegedeelte dat wordt aangewend voor de dekking van het risico dat door de verzekeringsovereenkomst wordt gedekt. Het saldo van de premie, na aftrek van de taksen en bijdragen alsook van de acquisitie- en administratiekosten, bestaat immers uit het gedeelte van de premie dat wordt aangewend om de contractueel vastgelegde prestaties te verrichten en uit de andere kosten dan hierboven vermeld (waaronder de samengevoegde en onderling gedeelde kosten van de schadegevallen en het beheer ervan).

Deze ramingen zijn berekend op grond van de boekhoudkundige gegevens van het laatste boekjaar van de verzekeringsonderneming, als goedgekeurd door haar algemene vergadering.

3.9 Betaling van de premie

De jaarlijkse hoofdvervaldag is 1 september.

De premie, met inbegrip van de taks en de kosten, dient door de verzekeringnemer bij het begin van iedere verzekeringsperiode aan de verzekeraar te worden betaald.

3.10 Verdeling van de premie

De premie, met inbegrip van de taks en de kosten, wordt verdeeld als volgt:

	ten laste van de verzekeringnemer	ten laste van de hoofdaangeslotene
hoofdaangeslotene	0 %	100 %
gezinsleden	0 %	100 %
gepensioneerde hoofdaangeslotene	0 %	100 %
gezinsleden van de gepensioneerde hoofdaangeslotene	0 %	100 %

4 Lijst van dure ziekenhuizen

Voor onderstaande lijst van ziekenhuizen blijft 50% van de ziekenhuisfactuur ten laste van de aangeslotene indien deze bij een verblijf van minstens één nacht gekozen heeft voor een éénpersoonskamer met supplementen voor de patiënt of bij een verblijf in een dagziekenhuis gekozen heeft voor een één- of tweepersoonskamer met supplementen voor de patiënt.

Deze beperking geldt enkel indien de patiënt zelf kiest voor een kamer met supplementen voor de patiënt. Indien de behandelende arts oordeelt dat het medisch noodzakelijk is dat de patiënt in een éénpersoonskamer verblijft, geldt deze beperking niet.

Deze beperking geldt voor de onderstaande lijst van ziekenhuizen. Deze lijst is geldig vanaf 01/02/2022 en kan aangepast worden op basis van het criterium zoals omschreven in de algemene voorwaarden. De recentste versie deze lijst kan u terugvinden op onze website www.kbc.be onder de zoekterm "dure ziekenhuizen" of opvragen bij uw tussenpersoon.

1. 1000 Brussel - Jules Bordet Instituut
2. 1000 Brussel - UMC Sint-Pieter - Site Sint-Pieter
3. 1000 Brussel - UMC Sint-Pieter - Site César De Paepe
4. 1020 Brussel - UVC Brugmann - Site Victor Horta
5. 1020 Brussel - Centrum voor Traumatologie en Revalidatie (CTR)
6. 1030 Brussel - UVC Brugmann - Site Paul Brien
7. 1040 Brussel - Iris Ziekenhuizen Zuid - Site Baron Lambert
8. 1050 Brussel - Iris Ziekenhuizen Zuid - Site Etterbeek-Elsene
9. 1070 Brussel - Iris Ziekenhuizen Zuid - Site Joseph Bracops
10. 1070 Brussel - Erasmus Ziekenhuis ULB
11. 1070 Brussel - CHIREC – Site St-Anna - St-Remi
12. 1083 Brussel - CHIREC - Site Basiliek
13. 1160 Brussel - CHIREC - Site Delta
14. 1180 Brussel - CHIREC - Site Edith Cavell
15. 1190 Brussel - Iris Ziekenhuizen Zuid - Site Molière Longchamp
16. 1200 Brussel - Universitair Ziekenhuis St-Luc UCL
17. 1420 Braine-l'Alleud - CHIREC - Site Braine-l'Alleud - Waterloo

5 Analyse van de verlangens en behoeften

De verzekeraar heeft samen met de verzekeringnemer de verlangens en behoeften geanalyseerd die de verzekeringnemer heeft in het kader van de toekenning van een ziektekostenverzekering aan de categorie van aangeslotenen.

De verzekeringnemer wenst aan de aangeslotene een vergoeding in de medische kosten toe te kennen bij hospitalisatie wegens ziekte, ongeval, bevalling of zwangerschapscomplicatie.

Als onderdeel van deze gezamenlijke analyse heeft de verzekeraar ook gepeild naar de kennis van de verzekeringnemer over het wettelijk kader. De verzekeringnemer heeft te kennen gegeven dat hij voldoende geïnformeerd is om met kennis van zaken te kunnen beslissen.

Op basis van deze analyse en de productfiche beveelt de verzekeraar deze KBC- Collectieve Hospitalisatieverzekering aan, met de waarborgomschrijvingen en de modaliteiten zoals opgenomen in de bijzondere en de algemene voorwaarden.

De verzekeringnemer erkent dat hij:

- uitdrukkelijk gewezen is op en geïnformeerd over de modaliteiten en kenmerken van dit verzekeringsproduct inclusief het wettelijke kader ervan en hij erkent dat dit beantwoordt aan zijn verlangens en behoeften.
- het informatiedocument over het verzekeringsproduct heeft ontvangen.

KBC-Collectieve Hospitalisatieverzekering

Algemene voorwaarden blz. 2

oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van het slachtoffer ligt.

Ambulante medische zorgen:

Medische zorgen die worden verleend op een ogenblik dat er geen hospitalisatie van de aangeslotene is.

Thuisbevalling:

Een bevalling buiten een ziekenhuis onder deskundige begeleiding van een bevoegd en erkend geneesheer of verloskundige.

Ambulante bevalling:

een bevalling in het ziekenhuis waarbij de moeder het ziekenhuis verlaat binnen de 8 uur na de bevalling. De ambulante bevalling wordt in dit contract gelijkgesteld met thuisbevalling.

Mortuariumkosten:

Kosten van bewaring van een overledene in het rouwcentrum van het ziekenhuis.

Reconstructieve en niet-reconstructieve esthetische of plastische heelkunde:

1. Reconstructieve heelkunde

- Beoogt herstelheelkunde ingevolge een gewaarborgde ziekte, ongeval/trauma of congenitale afwijking, al dan niet met functionele hinder; men tracht ook de vorm zo mooi mogelijk te maken.
- Ze betreft niet veranderingen opgetreden door veroudering, zwangerschap of overgewicht.

2. Niet-reconstructieve heelkunde

- Beoogt de correctie van of wijziging aan uitwendige lichaamsvormen.

Voorafbestaande toestand:

Een ziekte of lichaamsgebrek dat zich reeds gemanifesteerd heeft vóór de aansluitingsdatum van de aangeslotene, alsook een ongeval dat is gebeurd voor die datum.

Farmaceutische specialiteit:

Een geneesmiddel geproduceerd door een farmaceutisch bedrijf.

1 Aangeslotenen

De categorie van aangeslotenen en de aansluitingsvoorwaarden worden vermeld in de bijzondere voorwaarden van deze verzekeringsovereenkomst.

De aangeslotene kan enkel een natuurlijke persoon zijn.

2 Waarborgen

De verzekeraar voorziet in een tussenkomst in de in dit deel vermelde kosten. Dit zijn de gewaarborgde kosten. De omvang van de tussenkomst wordt toegelicht in het deel 'vergoeding door de verzekeraar'.

a. waarborg hospitalisatie

De verzekeraar voorziet in een tussenkomst in de kosten die tijdens een hospitalisatie van de aangeslotene wegens ziekte, ongeval, bevalling of zwangerschapscomplicatie werden gemaakt voor de hierna genoemde verstrekkingen, voor zover deze medisch noodzakelijk zijn:

- raadplegingen, onderzoeken, behandelingen en farmaceutische en homeopathische specialiteiten. De farmaceutische en homeopathische specialiteiten moeten opgenomen zijn in de lijst van de specialiteiten van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- verblijf van de aangeslotene in een ziekenhuis;
- prothesen of orthopedische toestellen op doktersvoorschrift;
- tandimplantaten en tandprothesen worden terugbetaald op voorwaarde dat deze rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de hospitalisatie en in hoofde van de aangeslotene recht geven op een wettelijke tegemoetkoming voorzien door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- de kosten van aangepast medisch vervoer van de aangeslotene en/of zijn donor naar of van het ziekenhuis, op voorwaarde dat zij bewezen worden aan de hand van een factuur;
- onderzoeken en behandelingen van de pasgeborenen uitgevoerd tijdens de duur van de hospitalisatie van de moeder;
- palliatieve zorgen die verleend worden in een door het RIZIV als zodanig erkende dienst binnen een ziekenhuis.
- de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening gebracht worden.

KBC-Collectieve Hospitalisatieverzekering

Algemene voorwaarden blz. 3

Daarnaast voorziet de verzekeraar ook een tussenkomst voor de volgende kosten:

- kosten van bij-overnachting op dezelfde kamer door één van de ouders of door de voogd bij een hospitalisatie van een verzekerd minderjarig kind;
- kosten voor de tussenkomst van een donor als die tussenkomst voor de behandeling van de aangeslotene medisch vereist is. De donor dient ofwel de partner, ofwel een bloed- of aanverwant van de aangeslotene te zijn. De verzekeraar betaalt de hospitalisatiekosten van de donor terug op voorwaarde dat deze zich vrijwillig en bewust laat hospitaliseren met het oog op het donorschap.

De verzekeraar voorziet in een tussenkomst van de kosten voor esthetische of plastische behandelingen die het rechtstreekse gevolg zijn van een verzekerd ongeval of een verzekerde ziekte en die behoren tot:

- de reconstructieve esthetische of plastische heelkunde of
- de niet-reconstructieve esthetische of plastische heelkunde die een functioneel karakter heeft, voor zover het RIZIV deze behandeling heeft goedgekeurd. Ereloonsupplementen worden in dit geval niet mee vergoed.

Andere esthetische en plastische behandelingen worden niet vergoed.

Binnen de waarborg hospitalisatie wordt alleen een tussenkomst voorzien in de kosten die rechtstreeks verband houden met de reden van de hospitalisatie.

b. waarborg pre- en posthospitalisatie

Deze waarborg heeft enkel betrekking op de periode van twee maanden voor het begin van een verzekerde hospitalisatie en zes maanden na het beëindigen ervan.

De verzekeraar voorziet in een tussenkomst in de kosten die in deze periode werden gemaakt voor de volgende verstrekkingen indien zij medisch noodzakelijk zijn voor de aangeslotene:

- raadplegingen, onderzoeken en behandelingen op doktersvoorschrift, op voorwaarde dat zij recht geven op een wettelijke tegemoetkoming;

- farmaceutische en homeopathische specialiteiten indien zij op doktersvoorschrift zijn gekocht in een apotheek en op voorwaarde dat zij zijn opgenomen in de lijst van de specialiteiten van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- prothesen of orthopedische toestellen op doktersvoorschrift, op voorwaarde dat deze in hoofde van de aangeslotene recht geven op een wettelijke tegemoetkoming voorzien door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. De kosten voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet terugbetaald; voor kinderen betaalt de verzekeraar de latere medische prothesen of orthopedische toestellen terug in de mate dat de plaatsing vereist is door het groeiproces, en dit tot de leeftijd van 21 jaar;
- huur en leveringskosten van medisch materiaal op doktersvoorschrift.

Deze waarborg omvat eveneens een terugbetaling van de genoemde kosten gemaakt door de donor als zijn tussenkomst voor de behandeling van de aangeslotene medisch vereist is. De donor dient ofwel de partner, ofwel een bloed- of aanverwant van de aangeslotene te zijn. De verzekeraar betaalt de kosten van de donor terug op voorwaarde dat de donor zich vrijwillig en bewust laat hospitaliseren met het oog op het donorschap.

Binnen de waarborg pre- en posthospitalisatie wordt alleen een tussenkomst in de kosten voorzien die rechtstreeks verband houden met de reden van de hospitalisatie.

c. waarborg medische en paramedische verzorging bij zware ziekten

Deze waarborg is van toepassing als de aangeslotene lijdt aan één van de volgende ziekten: aids, amyotrofe lateraal sclerose, brucellose, cerebrospinale meningitis, cholera, dementie, difterie, encefalitis, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, nierdialyse, paratyfus, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofieën, roodvonk, suikerziekte, tetanos, tuberculose, tyfus, virale hepatitis, vlektyfus, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson en ziekte van Pompe.

In dat geval voorziet de verzekeraar in een tussenkomst voor de volgende medisch noodzakelijke verstrekkingen op voorwaarde dat zij rechtstreeks verband houden met de zware ziekte:

KBC-Collectieve Hospitalisatieverzekering

Algemene voorwaarden blz. 4

- raadplegingen, onderzoeken en behandelingen op doktersvoorschrift, op voorwaarde dat zij recht geven op een wettelijke tegemoetkoming;
- farmaceutische en homeopathische specialiteiten indien zij op doktersvoorschrift zijn gekocht in een apotheek en op voorwaarde dat zij zijn opgenomen in de lijst van de specialiteiten van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- huur en leveringskosten van medisch materiaal op doktersvoorschrift.

d. alternatieve geneeswijzen

De verzekeraar voorziet in een tussenkomst in de kosten voor alternatieve geneeswijzen zoals acupunctuur, chiropraxie, osteopathie en raadplegingen bij een homeopaat overeenkomstig de voorwaarden van één van de hoger genoemde waarborgen vermeld onder punt 2 a, 2b en 2c en voor zover deze geneeswijzen worden toegepast door personen die wettelijk gemachtigd zijn de geneeskunde uit te oefenen.

e. thuisbevalling of ambulante bevalling

Bij thuisbevalling of ambulante bevalling betaalt de verzekeraar een forfaitaire vergoeding van 625 EUR waarin de vergoeding van de kosten voor ambulante medische zorgen voor en na de bevalling begrepen is.

3 Vergoeding door de verzekeraar

a. recht op terugbetaling

De verzekeraar voorziet in een tussenkomst in de gewaarborgde kosten die gemaakt zijn tijdens de duur van de aansluiting bij de verzekeringsovereenkomst. De omvang van de tussenkomst wordt in dit deel toegelicht.

Enkel de gewaarborgde kosten die gefactureerd zijn door een ziekenhuis of door een centrale inningsdienst van het ziekenhuis komen in aanmerking voor terugbetaling binnen de waarborg hospitalisatie.

b. vergoeding op basis van het persoonlijk aandeel

De gewaarborgde kosten worden verminderd met de wettelijke tegemoetkoming voorzien voor de betreffende verstrekking.

Het saldo is het persoonlijke aandeel in de gewaarborgde kosten.

Indien de aangeslotene om welke reden ook deze wettelijke tegemoetkoming niet ontvangt of hij er geen recht op heeft, dan houdt de verzekeraar niettemin rekening met een fictieve tegemoetkoming die gelijk is aan de wettelijke tegemoetkoming.

c. beperking van de terugbetaling bij hospitalisatie in een ziekenhuis dat het criterium overschrijdt

Bij een hospitalisatie in één van de weinige ziekenhuizen waarvan de toepasselijke supplementen het criterium overschrijden, blijft 50% van het persoonlijk aandeel ten laste van de verzekerde indien deze gekozen heeft voor een éénpersoonskamer met supplementen voor de patiënt. Deze regel geldt niet indien de verzekerde gekozen heeft voor een twee- of meerpersoonskamer maar omwille van medische redenen in een éénpersoonskamer moet verblijven.

Het criterium is een bedrag dat rekening houdt met de maximum ereloon- en kamersupplementen die door de ziekenhuizen in België kunnen worden toegepast in geval van ziekenhuisopname in een éénpersoonskamer. Omdat KBC zijn verzekerden rechtszekerheid wil geven werd dit criterium neergelegd bij een notaris. Voor vragen over het criterium kan u terecht bij uw tussenpersoon. De lijst van de instellingen die al dan niet aan het criterium voldoen kan u terugvinden op de website www.kbc.be onder de zoekterm "dure ziekenhuizen".

d. andere beperkingen

Bij hospitalisatie wegens een psychische of psychiatrische aandoening worden de gewaarborgde kosten terugbetaald voor een al dan niet aaneengesloten hospitalisatieperiode van maximaal twee jaar, te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op terugbetaling.

De vergoeding voor vervoerskosten is beperkt tot 1 250 EUR per aangeslotene en zijn donor en per verzekeringsjaar.

e. franchise

Het bedrag van de franchise is afhankelijk van de keuze van de verzekeringnemer en wordt vermeld in de bijzondere voorwaarden.

Voor een hospitalisatie die zich uitstrekt over twee verzekeringsjaren, wordt de franchise slechts éénmaal toegepast.

KBC-Collectieve Hospitalisatieverzekering

Algemene voorwaarden blz. 5

De franchise geldt niet voor de waarborg ambulante kosten bij zware ziekten, voor de waarborg thuisbevalling en voor de waarborg ambulante bevalling, indien gekozen wordt voor de forfaitaire vergoeding.

4 Vrije keuze van de aangeslotene

De aangeslotene heeft de vrije keuze van ziekenhuis, van kamer en van arts, voor zover deze laatste wettelijk gemachtigd is het beroep uit te oefenen. Bij de keuze voor een ziekenhuis op de lijst van dure ziekenhuizen is er een beperkte tussenkomst voor een eenpersoonskamer. U vindt de actuele lijst op onze website www.kbc.be onder de zoekterm "dure ziekenhuizen".

5 Dekking in geval van terrorisme

Deze waarborg dekt de schade veroorzaakt door terrorisme overeenkomstig de wetgeving betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme.

De verzekeraar is hiertoe lid van de VZW TRIP. Overeenkomstig de hierboven genoemde wet kan de uitvoering van alle verbintenissen van alle verzekeringsondernemingen die lid zijn van de VZW TRIP beperkt worden in het geval dat in 1 kalenderjaar het totale uit te keren bedrag van alle verbintenissen van alle verzekeringsondernemingen samen het bij wet bepaalde bedrag zou overschrijden.

Indien de beperking van het uit te keren bedrag van toepassing blijkt te zijn, zal dit gebeuren door toepassing van een percentage dat vastgesteld wordt overeenkomstig de hierboven genoemde wetgeving.

De aangeslotene of de begunstigde kan tegenover de verzekeraar aanspraak maken op de uitkering van zodra dit percentage is vastgesteld.

6 Uitsluitingen

a. de volgende kosten zijn niet verzekerd

- bezigheidstherapie, kuurbehandelingen, internering, wettelijke inenting;
- alle experimentele of niet-beproefde behandelingen;
- revalidatiebehandelingen die niet rechtstreeks het gevolg zijn van een gewaarborgde ziekte,

een gewaarborgd ongeval of een chirurgische ingreep waarvoor dekking verworven is;

- prothesen die niet medisch noodzakelijk zijn voor het dagelijks gebruik maar als aanvullende prothese wordt gebruikt vb. voor sportbeoefening of hobby's.

b. zijn evenmin verzekerd, de medische kosten die het gevolg zijn van

- de lopende hospitalisaties die aanvangen voor de begindatum van de verzekeringswaarborg voor de aangeslotene;
- aandoeningen waarbij de aangeslotene subjectieve klachten vertoont die niet door objectief waarneembare afwijkingen kunnen worden verklaard;
- contraceptieve behandeling, sterilisatie, en de gevolgen en verwickelingen ontstaan binnen een periode van twee maanden na deze ingrepen of behandelingen;
- poging tot zelfmoord; letsels die door de aangeslotene vrijwillig toegebracht of gezocht zijn (wettige zelfverdediging of pogingen tot het redden van mensen, dieren of goederen vallen hier niet onder); geweldpleging op personen door de aangeslotene of het kwaadwillig beschadigen of ontvreemden van goederen;
- een ziekte voortvloeiend uit een overmatig gebruik van alcoholhoudende dranken of van verdovings-, hallucinerende of andere geestesverruimende of geestesverminderende middelen, tenzij de aangeslotene bewijst dat het gebruik van deze middelen medisch verantwoord was.
- een ongeval terwijl de aangeslotene zich bevindt in staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie of zich onder invloed bevindt van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, tenzij de aangeslotene het bewijs levert dat er geen oorzakelijk verband is tussen het ongeval en deze omstandigheden;
- oproer, onlusten, collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale aard, al dan niet vergezeld van opstand tegen de overheid of tegen welke gevestigde macht ook, voor zover de aangeslotene er vrijwillig en actief heeft aan deelgenomen;

KBC-Collectieve Hospitalisatieverzekering

Algemene voorwaarden blz. 6

- een oorlogsgebeurtenis (nochtans blijft de waarborg van kracht indien het conflict uitbreekt tijdens het verblijf van de aangeslotene in het buitenland en op voorwaarde dat de aangeslotene niet actief heeft deelgenomen aan de vijandelijkheden);
- kernreacties, radioactiviteit en ioniserende stralen, met uitzondering van de bestralingen ingevolge een medische behandeling;
- schade met inbegrip van deze die voortvloeit uit terroristische daden, veroorzaakt door wapens of tuigen die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern;
- ongevallen die gebeuren tijdens sportbeoefening in het kader van een arbeidsovereenkomst.

7 Mededelingsplicht aangeslotene

De aangeslotene is verplicht op het ogenblik van de aansluiting bij de verzekeringsovereenkomst alle gegevens mee te delen die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de verzekeraar.

Wanneer de aangeslotene gegevens verzwijgt of onjuist meedeelt, kan de verzekeraar de aansluiting vernietigen of aanpassen zoals in de wet voorzien.

8 Gemelde voorafbestaande toestand

Indien een voorafbestaande toestand uitdrukkelijk gemeld werd in de correct ingevulde medische vragenlijst, zijn de gevolgen of verwickelingen daarvan verzekerd vanaf het derde jaar na de aansluiting van de aangeslotene, tenzij het anders bepaald is in de bijzondere voorwaarden of een bijvoegsel

9 Territoriale geldigheid

Het contract geldt over de hele wereld.

Wanneer de medische zorgen in een andere lidstaat van de Europese Unie worden verleend of in een land waarmee België een overeenkomst heeft afgesloten die betrekking heeft op gezondheidszorg, wordt de wettelijke tegemoetkoming bepaald en berekend volgens de internationale afspraken tussen de betrokken landen. Voor het overige blijven de bepalingen gelden van het punt. 'Vergoeding door de verzekeraar'

Wanneer de medische zorgen niet in een lidstaat van de Europese Unie worden verleend en wanneer België met het betreffende land dienaangaande geen overeenkomst heeft getekend, komt de verzekeraar tussen voor de helft van de persoonlijk te betalen verzekerde kosten, met een maximum van 6 250 EUR per hospitalisatie.

De verzekeraar verleent geen waarborg indien de aangeslotene zich in België bevindt en met het oog op de medische verzorging afreist naar het buitenland, tenzij er tussen de aangeslotene en het RIZIV een voorafgaandelijk terugbetalingsakkoord is.

10 Schadegevallen

a. aangifte

Een schadegeval wordt bij voorkeur vooraf aangegeven, hetzij via KBC Mobile, hetzij telefonisch op het nummer 016/24 24 24.

Er kan ook schriftelijk aangifte worden gedaan ter attentie van KBC Verzekeringen, schadedienst gezondheidszorg – SHO, Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven.

In ieder geval dient de aangeslotene binnen een termijn van vijftien dagen na het begin van het schadegeval aangifte te doen van het schadegeval. De aangifte bevat alle nuttige inlichtingen.

Alle latere medische bewijsstukken en andere essentiële documenten betreffende het schadegeval moeten zo spoedig mogelijk aan de verzekeraar worden overgemaakt.

Indien de aangiftetermijn overschreden wordt en er daardoor een nadeel ontstaat voor de verzekeraar, kan de verzekeraar de prestatie verminderen tot beloop van het door hem geleden nadeel. De waarborg kan geweigerd worden indien de aangiftetermijn met bedrieglijk opzet niet werd nagekomen.

De verzekeraar verleent niettemin volledige waarborg indien aangetoond wordt dat de laattijdige aangifte te wijten is aan overmacht of dat de aangifte werd gedaan zo snel als redelijkerwijs mogelijk was. De terugbetaling voor de waarborg hospitalisatie gebeurt uitsluitend op basis van de gedetailleerde originele factuur.

b. terugbetalingstermijn

De verzekeraar betaalt binnen dertig dagen. Deze termijn begint nadat hij alle bewijsstukken van de

KBC-Collectieve Hospitalisatieverzekering

Algemene voorwaarden blz. 7

aangeslotene ontvangen heeft. Bij betwisting begint de termijn van dertig dagen pas op het ogenblik dat de betwisting werd beëindigd.

c. medische controle

De verzekeraar mag op ieder ogenblik de juistheid van de aangifte laten onderzoeken door een arts die de verzekeraar aanduidt.

d. Betwistingen

Bij meningsverschil over de medische aspecten van deze verzekering wordt het geschil beslecht door twee artsen waarvan de ene aangeduid wordt door de aangeslotene en de andere door de verzekeraar.

Komen deze artsen niet tot een akkoord dan stellen zij een derde arts aan die als opdracht heeft zich uit te spreken over het geschil. Worden zij het niet eens over de benoeming, dan zal de bevoegde rechtbank een derde arts aanduiden.

Elke partij draagt de kosten en het ereloon van haar arts. De kosten en het ereloon van de derde arts worden door de partijen, elk voor de helft, gedragen.

e. subrogatie

Bij een schadegeval waarvoor een andere persoon kan aansprakelijk gesteld worden, treedt de verzekeraar, tot beloop van zijn uitgaven, in de rechten van de verzekeringnemer, de aangeslotene of de begunstigde.

Behoudens bij kwaad opzet, wordt dit subrogatierecht niet uitgeoefend tegen de verzekeringnemer, de aangeslotene, de echtgenoot (echtgenote) en de bloed- en aanverwanten in de rechte lijn of tot de tweede graad van de aangeslotene, noch op zijn gasten, inwonende gezinsleden en huispersoneel.

Verhaal is echter wel mogelijk tegen de genoemde personen in de mate dat hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een verzekering gedekt is.

11 Begin, duur en einde van de verzekering

a. begin en duur van de verzekering

De verzekering vangt aan op de datum die in de verzekeringsovereenkomst vermeld is, op

voorwaarde dat de overeenkomst ondertekend is en de eerste premie betaald is.

De verzekeringsovereenkomst heeft een duur van één jaar vanaf de begindatum. Ze wordt telkens stilzwijgend voor een zelfde duur verlengd.

De verzekering begint en eindigt telkens om nul uur.

b. Opzegging van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst kan evenwel jaarlijks door de verzekeringnemer of door de verzekeraar opgezegd worden bij een ter post aangetekende brief en dit ten minste drie maanden voor de jaarlijkse hoofdvervaldag. De postdatum geldt hierbij als bewijs.

De verplichtingen van de verzekeraar vervallen op de ingangsdatum van de opzegging.

De verzekeraar stopt de uitbetaling van de lopende schadegevallen op de ingangsdatum van de opzegging.

c. einde van de verplichtingen van de verzekeraar ten aanzien van de aangeslotenen

De verplichtingen van de verzekeraar vervallen ten aanzien van de hoofdaangeslotene en de gezinsleden vanaf de eerste dag van de maand volgend op het ogenblik dat de hoofdaangeslotene niet meer tot de verzekerde categorie behoort.

De verplichtingen van de verzekeraar vervallen ten aanzien van de gezinsleden vanaf de eerste dag van de maand volgend op:

- het ogenblik dat het gezinslid niet meer tot de verzekerde categorie behoort
- het ogenblik van het overlijden van de hoofdaangeslotene
- de schriftelijke opzegging door het gezinslid

12 Premie

a. betaling van de premie

De premie, met inbegrip van de taks en de kosten, is verschuldigd en eisbaar op de vervaldag.

De premievoeten en de betalingsmodaliteiten zijn vastgesteld in de bijzondere voorwaarden.

KBC-Collectieve Hospitalisatieverzekering

Algemene voorwaarden blz. 8

De premie is voor iedere aangeslotene verschuldigd voor de periode van aansluiting zoals omschreven in de bijzondere voorwaarden.

De verzekeringnemer staat in voor de inning van de premies bij de aangeslotenen en voor betaling ervan aan de verzekeraar. Betaling door de aangeslotene aan de verzekeringnemer, is niet tegenstelbaar aan de verzekeraar.

Alle belastingen, taksen en heffingen die, zowel nu als in de toekomst, van toepassing zijn op de verzekeringsovereenkomst en op alle sommen die om een of andere reden verschuldigd zijn omwille van deze verzekeringsovereenkomst, vallen ten laste van de verzekeringnemer of de aangeslotenen

b. niet betaling van de premie

Indien de volledige premie, met inbegrip van de taks en de kosten niet binnen dertig dagen na de hoofdvervaldag betaald is aan de verzekeraar, herinnert de verzekeraar de verzekeringnemer door middel van een aangetekende brief aan de hoofdvervaldag en aan de gevolgen van de niet-betaling. De brief geldt als ingebrekestelling.

Geeft de verzekeringnemer hieraan geen gevolg binnen vijftien dagen na het versturen van de aangetekende brief, dan zijn de waarborgen geschorst vanaf de eerste dag na die periode. De waarborg geldt pas opnieuw vanaf de dag die volgt op de volledige betaling, om nul uur.

De verzekeringsovereenkomst is opgezegd met uitwerking vanaf de zestiende dag na de ingang van de schorsing.

c. indexatie

De verzekeraar kan de premie en/of de vrijstelling en/of de prestaties aanpassen aan de index der consumptieprijzen of op grond van een specifieke medische index indien en voor zover deze index de index der consumptieprijzen overschrijdt.

De specifieke medische index wordt berekend door de FOD Economie en wordt in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd.

De specifieke medische index van toepassing op dit contract is 'de index voor de waarborg eenpersoonskamer'.

De verzekeraar beslist jaarlijks uiterlijk op 31 december over de aanpassing. De aanpassing zal gebeuren op de eerste jaarlijkse premievervaldag

vanaf 1 januari van het daarop volgende kalenderjaar.

Om de indexatie te bepalen vergelijkt de verzekeraar de evolutie van de laatst gepubliceerde specifieke medische index ten opzichte van de index gepubliceerd in het daaraan voorafgaande kalenderjaar met de evolutie van de index der consumptieprijzen van de maand juni van het zelfde kalenderjaar ten opzichte van deze van de maand juni van het daaraan voorafgaande kalenderjaar.

d. tariefaanpassing

Bij tariefaanpassing (verschillend van indexatie) past de verzekeraar de premie en de bijdragen aan deze wijziging aan vanaf de volgende hoofdvervaldag. De verzekeraar verwittigt de verzekeringnemer van deze tariefverhoging en overeenkomstige premiewijziging minstens vier maanden voor de jaarlijkse vervaldag van de verzekeringsovereenkomst.

13 Persoonlijk voortzetten van de verzekering

a. principe

De aangeslotene die het voordeel van deze verzekeringsovereenkomst verliest, heeft het recht deze verzekeringsovereenkomst individueel verder te zetten, op voorwaarde dat de hoofdaangeslotene gedurende de twee jaar die aan het verlies van deze verzekering voorafgaat, ononderbroken aangesloten was bij één of meer opeenvolgende polissen hospitalisatieverzekering bij een verzekeringsonderneming. Dit recht bestaat niet wanneer de aangeslotene deze collectieve polis vrijwillig verlaat om een andere reden dan ontslag of in geval van bedrog.

De verzekeringnemer of indien van toepassing, de curator of de vereffenaar, brengt de hoofdaangeslotene ten laatste dertig dagen na het beëindigen van de aansluiting schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het precieze tijdstip van beëindiging en de mogelijkheid om de overeenkomst individueel verder te zetten.

Het verzoek tot persoonlijk voortzetten moet de verzekeraar bereiken binnen een termijn van 105 dagen na het verlies van het voordeel van deze verzekering. De voortzetting wordt zonder medische formaliteiten aanvaard. Eventuele uitsluitingen en bijpremies die van toepassing zijn voor de collectieve hospitalisatieverzekering blijven evenwel behouden. Er is geen nieuwe wachttijd.

KBC-Collectieve Hospitalisatieverzekering

Algemene voorwaarden blz. 9

Voor de voortgezette hospitalisatieverzekering gelden de voorwaarden van de individuele hospitalisatie-verzekering die op dat ogenblik van toepassing zijn. De individuele hospitalisatieverzekering biedt minstens waarborgen die gelijksoortig zijn met de waarborgen van deze verzekering.

De individuele verzekeringsovereenkomst begint op de eerste dag die volgt op het einde van de aansluiting bij de collectieve verzekeringsovereenkomst.

Het tarief dat in de voortgezette hospitalisatie-verzekering wordt toegepast, is het tarief van de individuele hospitalisatieverzekering, dat overeenstemt met de leeftijd van de aangeslotene op het ogenblik van de voortzetting.

Zodra men overstapt naar een individuele overeenkomst, verandert in de meeste gevallen het tarief. Het individuele tarief zal rekening houden met de leeftijd op het ogenblik van de individuele voortzetting wat tot een hogere premie kan leiden dan de premie in de collectieve overeenkomst.

De wetgever voorziet in de mogelijkheid voor de aangeslotene om deze tariefsprong op te vangen, door jaar na jaar ononderbroken bijkomende premies te betalen.

b. einde van de verplichtingen van de verzekeraar

Wanneer de aangeslotene de polis individueel voortzet, geldt het volgende:

Schadegevallen onder de waarborg Hospitalisatie die een aanvang hebben genomen vóór het tijdstip waarop de aangeslotene het voordeel van deze collectieve polis verliest en doorlopen na dit verlies, zullen afgehandeld worden op basis van de voorwaarden van deze collectieve polis.

Ook voor de waarborg Pre- en Posthospitalisatie blijven de voorwaarden en termijnen van deze collectieve polis van toepassing op het schadegeval waarvan sprake in vorige alinea.

Schadegevallen onder de waarborg Zware Ziekten die een aanvang hebben genomen vóór het tijdstip waarop de aangeslotene het voordeel van deze collectieve polis verliest en doorlopen na dit verlies, zullen afgehandeld worden op basis van de voorwaarden van deze collectieve polis tot het einde van de verzekerde periode. Dit is de periode waarop de laatst betaalde premie slaat. Vanaf die datum wordt het schadegeval verder afgehandeld op basis

van de voorwaarden van de individuele voortgezette polis.

14 Administratieve verplichtingen

a. verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer bezorgt het informatiedocument over het verzekeringsproduct, de voorwaarden van deze verzekeringsovereenkomst en de eventuele wijzigingen eraan aan elke hoofdaangeslotene.

De verzekeringnemer brengt de hoofdaangeslotene onmiddellijk op de hoogte van de plaats waar de hoofdaangeslotene informatie over deze verzekering kan vinden. Hij brengt de hoofdaangeslotene tevens op de hoogte van de mogelijkheid van de (hoofd)aangeslotene om gezinsleden door te geven voor aansluiting of schraping aan deze verzekering en de wijze waarop deze aansluiting/schraping kan worden doorgeven

Hij brengt de hoofdaangeslotene onmiddellijk op de hoogte van de wettelijke mogelijkheid tot prefinanciering van de tariefsprong zoals vermeld in het artikel 'persoonlijk verderzetten van de verzekering'.

De verzekeringnemer deelt de verzekeraar een lijst met de te verzekeren personen mee. Deze lijst bevat volgende gegevens:

- de naam, de voornaam, de geboortedatum, het geslacht, het adres en de datum van indiensttreding van de hoofdaangeslotenen;
- de naam, de voornaam, de geboortedatum, het geslacht, het adres en de verwantschap van de te verzekeren gezinsleden.

De verzekeringnemer moet bij verandering van adres de verzekeraar schriftelijk verwittigen, om het de verzekeraar mogelijk te maken om correct communicaties te verzenden, en om alle betrokkenen correct te kunnen identificeren. De mededelingen van de verzekeraar aan de verzekeringnemer worden steeds geldig gericht aan het laatste adres dat de verzekeringnemer heeft opgegeven.

Indien de verzekeraar informatie ontvangt over (wijziging van) een adres van een te verzekeren persoon via een andere bron dan de verzekeringnemer, is het de verzekeraar toegelaten om rekening te houden met dit nieuwe adres en dit nieuwe adres te delen met de verzekeringnemer en te gebruiken in alle communicatie en documentatie.

KBC-Collectieve Hospitalisatieverzekering

Algemene voorwaarden blz. 10

De verzekeringnemer verbindt zich ertoe de informatie correct, tijdig en volledig te bezorgen en bovendien op een manier die vermijdt dat de privacy van de betrokken partijen geschonden kan worden.

De verzekeringnemer is verantwoordelijk voor de gevolgen die voortvloeien uit alle onnauwkeurige, onvolledige, onjuiste of laattijdige inlichtingen die door hem gegeven worden. De verzekeraar is niet aansprakelijk voor de eventuele schade die hierdoor zou ontstaan. De schade die de verzekeraar hierdoor zou lijden kan worden verhaald op de verzekeringnemer.

b. verplichtingen van de (hoofd)aangeslotene

Ter identificatie van de te verzekeren gezinsleden dient de hoofdaangeslotene een gegevensformulier in te vullen. Dit formulier wordt door de verzekeraar afgeleverd.

De hoofdaangeslotene machtigt de verzekeringnemer om, zolang hij aangesloten is, de premies die hijzelf desgevallend verschuldigd is, van zijn bezoldiging af te houden.

De aangeslotene moet bij verandering van woonplaats of van werkelijke verblijfplaats de verzekeraar schriftelijk verwittigen.

De mededelingen van de verzekeraar aan de aangeslotenen worden geldig gericht aan het laatste adres dat de aangeslotene heeft opgegeven.

De (hoofd)aangeslotene verbindt zich ertoe de informatie correct, tijdig en volledig te bezorgen en bovendien op een manier die vermijdt dat de privacy van de betrokken partijen geschonden kan worden.

De (hoofd)aangeslotene is verantwoordelijk voor de gevolgen die voortvloeien uit alle onnauwkeurige, onvolledige, onjuiste of laattijdige inlichtingen die door hem gegeven worden. De verzekeraar is niet aansprakelijk voor de eventuele schade die hierdoor zou ontstaan. De schade die de verzekeraar hierdoor zou lijden kan worden verhaald op de (hoofd)aangeslotene.

c. verplichtingen van de verzekeraar

Op elke hoofdvervaldag bezorgt de verzekeraar de verzekeringnemer een lijst met de verzekerde personen en de respectievelijke premies. Deze lijst maakt deel uit van de verzekeringsovereenkomst.

De verzekeraar is niet aansprakelijk voor de gevolgen van tekortkomingen van de

verzekeringnemer aan zijn verplichtingen op basis van deze verzekeringsovereenkomst.

De verzekeraar verbindt zich ertoe de informatie die hij moet aanleveren correct, tijdig en volledig te bezorgen en bovendien op een manier die vermijdt dat de privacy van de betrokken partijen geschonden kan worden.

De verzekeraar is verantwoordelijk voor de gevolgen die voortvloeien uit alle onnauwkeurige, onvolledige, onjuiste of laattijdige inlichtingen die door hem gegeven worden. De verzekeringnemer is niet aansprakelijk voor de eventuele schade die hierdoor zou ontstaan. De schade die de verzekeringnemer of aangeslotene hierdoor zou lijden kan worden verhaald op de verzekeraar.

15 Toepasselijk recht en rechtsbevoegdheid

Op deze overeenkomst is het Belgische recht van toepassing. Alle geschillen tussen partijen in verband met de overeenkomst behoren tot de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken.

16 Klachten

Uw tussenpersoon is het eerste aanspreekpunt voor uw klachten. Als u niet tot overeenstemming komt, kunt u terecht bij KBC-Klachtenmanagement, Brusselsesteenweg 100, 3000 Leuven, klachten@kbc.be. tel. 016/ 43 25 94.

Komt u niet tot een passende oplossing, dan kunt u zich richten tot de Ombudsman van de Verzekeringen, die optreedt voor de hele sector, de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel, info@ombudsman.as, www.ombudsman.as.

U behoudt evenwel steeds het recht om een gerechtelijke procedure in te leiden.

17 Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

De verzekeraar vindt de bescherming van de privacy erg belangrijk en streeft ernaar persoonsgegevens op een wettelijke, eerlijke en transparante manier te verwerken. De verzekeraar verwerkt de persoonsgegevens van de (kandidaat)

KBC-Collectieve Hospitalisatieverzekering**Algemene voorwaarden blz. 11**

verzekeringnemer, verzekerde, aangeslotene of begunstigde in overeenstemming met de privacywet, zijn privacyverklaring en de contracten die hij met de (kandidaat-)verzekeringnemer heeft. Meer uitgebreide informatie over de verwerking en uitwisseling van gegevens door de verzekeraar en over de rechten van de betrokkenen is te vinden in de algemene privacyverklaring van de verzekeraar (beschikbaar via www.kbc.be/privacy of bij de tussenpersoon). Die privacyverklaring wordt regelmatig geactualiseerd.

Vertegenwoordigers en ondernemingen die aan de verzekeraar gegevens meedelen van natuurlijke personen die met hen verbonden zijn, gaan de verbintenis aan die mededeling alleen te doen in de mate dat dat wettig kan en de betrokken natuurlijke personen daarvan en van hun rechten voldoende op de hoogte zijn en ermee instemmen waar nodig. De onderneming bewaart hiervan de bewijzen en zullen die op verzoek van de verzekeraar aan de verzekeraar bezorgen. De onderneming vrijwaart de verzekeraar voor alle aanspraken (van de betrokkenen of de privacycommissie) op dat vlak.

Als een betrokkene het niet eens is met de manier waarop de verzekeraar zijn persoonsgegevens verzamelt en verwerkt, dan raadt de verzekeraar deze aan om de nodige stappen te ondernemen, bijvoorbeeld door dat kenbaar te maken via de voorziene kanalen zoals beschreven in de privacyverklaring.

18. Rijksregisternummer

De verzekeraar kan voor een correcte identificatie van een aangeslotene een rijksregisternummer van deze aangeslotene opvragen bij de verzekeringnemer en/of aangeslotene.

De verzekeringnemer gaat de verbintenis aan het rijksregisternummer van een aangeslotene alleen te bezorgen in de mate dat dat wettig kan en dat hij een geldige toestemming heeft van de aangeslotene voor het bezorgen aan en gebruiken door de verzekeraar van dit rijksregisternummer. De verzekeringnemer bewaart hiervan de bewijzen en zal deze op verzoek van de verzekeraar aan de verzekeraar bezorgen. De verzekeringnemer vrijwaart de verzekeraar voor alle aanspraken op dit vlak.

De hoofdaangeslotene die een rijksregisternummer bezorgt van een aangeslotene gaat de verbintenis aan het rijksregisternummer alleen te bezorgen in de mate dat dat wettig kan en dat hij een geldige toestemming heeft van de aangeslotene voor het bezorgen aan en gebruiken door de verzekeraar van dit rijksregisternummer. De hoofdaangeslotene bewaart hiervan de bewijzen en zal deze op verzoek

van de verzekeraar aan de verzekeraar bezorgen. De hoofdaangeslotene vrijwaart de verzekeraar voor alle aanspraken op dit vlak.