



Ideal P&V Hospi

Individuele voortzetting

Algemene voorwaarden - PV 001-0248/01-2026



Inhoudsopgave

Deel I – Algemeenheden	3
Artikel 1 – Begripsbepalingen	3
Artikel 2 – Doel van de verzekering	6
Artikel 3 – Wachtijd	7
Artikel 4 – Verzekeringsgrenzen	7
Artikel 5 – Indeplaatsstelling	10
Artikel 6 – Medische formaliteiten	10
Artikel 7 – Schadeaangifte	10
Artikel 8 – Modaliteiten voor de terugbetaling	11
Artikel 9 – Expertise	12
Artikel 10 – Sancties	12
Artikel 11 – Inwerkingtreding van het contract en van de waarborg	13
Artikel 12 – Duur van het contract	13
Artikel 13 – Betaling van de premies	13
Artikel 14 – Niet-betaling van de premies	14
Artikel 15 – Tarifaire en contractuele wijzigingen	14
Artikel 16 – Adreswijziging	15
Artikel 17 – Wetgeving van toepassing - klachten	15
Deel 2 – Waarborgen	16
Artikel 18	16
Wettelijke vermeldingen	19



Ideal P&V Hospi (Individuele voortzetting)

DEEL I - Algemeenheden

Artikel I – Begripsbepalingen

AMBULANTE VERZORGING

Geneeskundige verzorging verstrekt buiten een *hospitalisatie*.

BUITENWETTELIJKE TUSSENKOMST

Elke terugbetaling voorzien krachtens om het even welke individuele of collectieve overeenkomst die hetzelfde oogmerk heeft als onderhavig contract, alsook de schadeloosstellende tussenkomsten verkregen van de verplichte of vrije aanvullende verzekeringen en/of diensten van de mutualiteiten.

DE MAATSCHAPPIJ

P&V Verzekeringen cv gevestigd te België, 1210 Brussel, Koningsstraat 151

ENDOSCOPISCHE EN VISCEROSYNTHESE MATERIAAL

Elk instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk ander artikel, alleen of in combinatie gebruikt, met inbegrip van het toebehoren en de software nodig voor de goede werking ervan, en door de fabrikant bestemd om uitsluitend bij de mens en hoofdzakelijk voor de volgende doeleinden te worden aangewend:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte, verwonding of handicap;
- onderzoek, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces,

waarbij de belangrijkste beoogde werking op het menselijk lichaam niet met farmacologische, chemische of immunologische middelen of door het metabolisme wordt bereikt, maar wel door dergelijke middelen kan worden ondersteund.

Het *endoscopische*- of *viscerosynthesemateriaal* dringt, gedurende de beoogde tijdsduur, gedeeltelijk of volledig in het lichaam binnen ofwel door een chirurgische ingreep ofwel door een natuurlijke lichaamsopening ofwel door het lichaamsoppervlak heen.

Enkel de materialen vermeld onder artikel 35 bis § 1 van de *nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen* komen in aanmerking.

ERNSTIGE ZIEKTEN

Een van de volgende ziekten:

Kanker – leukemie – ziekte van Hodgkin – ziekte van Parkinson – Multiple sclerose (MS) – difteritis – poliomyelitis – pokken – tyfus – miltvuur – tetanus – cerebrospinale meningitis – tyfuskoorts – paratyfuskoorts – encefalitis – cholera – AIDS – tuberculose (TBC) – diabetes – virale hepatitis – roodvonk – ziekte van Crohn – ziekte van Alzheimer – mucoviscidose – nieraandoening waarvoor nierdialysebehandeling noodzakelijk blijkt – ziekte van Pompe – amyotrofische laterale sclerose (ALS) – brucellose – ziekte van Guillain-Barré – ziekte van Creutzfeldt-Jacob – colitis ulcerosa – gele koorts – ebola – malaria – progressieve spierdystrofie – vlektyfus – Westnijkooorts.

GENEESMIDDEL

Ieder product dat uitsluitend in de apotheek wordt verkocht, dat voorgeschreven is door een arts en dat als dusdanig geregistreerd is door de minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.



HOSPITALISATIE

Ieder medisch noodzakelijk verblijf in een *ziekenhuis* dat is voorgeschreven door een arts, op voorwaarde dat er minstens één verblijfsdag in rekening wordt gebracht.

De daghospitalisatie (One-Day Clinic) wordt beschouwd als een volledige *hospitalisatie* voor zover er een *wettelijke tussenkomst* is binnen het kader van een forfait 'daghospitaal' (de groepen I tot 7 inbegrepen), een maxi-forfait of de prestatie 'dringende verzorging of intraveneus infuus' (oude mini-forfait).

IMPLANTAAT

Elk instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk ander artikel, alleen of in combinatie gebruikt, met inbegrip van het toebehoren en de software nodig voor de goede werking ervan, en door de fabrikant bestemd om uitsluitend bij de mens en hoofdzakelijk voor de volgende doeleinden te worden aangewend:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte, verwonding of handicap;
- onderzoek, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces,

waarbij de belangrijkste beoogde werking op het menselijk lichaam niet met farmacologische, chemische of immunologische middelen of door het metabolisme wordt bereikt, maar wel door dergelijke middelen kan worden ondersteund.

Het *implantaat* wordt op operatieve of medische wijze in het menselijk lichaam of in een natuurlijke opening geheel of gedeeltelijk geïmplanterd of het vervangt een deel van het epitheelweefsel. Het is bestemd om er na de ingreep gedurende tenminste dertig dagen te blijven en is enkel te verwijderen door een chirurgische of medische ingreep.

Enkel de materialen vermeld onder artikel 35 § 1 van de *nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen* komen in aanmerking.

INDEXATIE

De indexering gebeurt op basis van een eventuele representatieve index van de kosten, aanvaard door de geldende wetgeving op het ogenblik van de indexering, en op basis van de evolutie van de index der consumptieprijzen (basis index in voege op 1 januari 2008).

Indien de vervalldag van de jaarlijkse premie zich voordoet in het tweede semester, wordt de verhouding tussen de index van december van het laatste afgelopen jaar en deze van het jaar dat er aan voorafgaat berekend voor elk van de 2 indexen vermeld in §1.

De premie, de vrijstellingen en de als "indexeerbaar" aangeduide prestaties, worden geïndexeerd door ze te vermenigvuldigen met de grootste van deze 2 verhoudingen op voorwaarde dat deze groter is dan een eenheid.

Indien de vervalldag van de jaarlijkse premie zich voordoet in het eerste semester, wordt de verhouding tussen de index van december van het voorlaatste afgelopen jaar en deze van het jaar dat eraan voorafgaat berekend voor elk van de 2 indexen vermeld in §1.

De premie, de vrijstellingen en de als "indexeerbaar" aangeduide prestaties, worden geïndexeerd door ze te vermenigvuldigen met de grootste van deze 2 verhoudingen op voorwaarde dat deze groter is dan een eenheid.

MEDISCHE HULPMIDDELEN

De brilglazen, de contactlenzen, de gehoorapparaten, de breukbanden, de orthopedische zolen, de gipsschelpen, de lumbostaten, de spalken, de tracheecanules, het materiaal voor incontinentie en stoma opgenomen in de artikelen 27 § 1, 30 en 31 van de *nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen*, met uitsluiting van alle andere materialen of apparaten.

NEMER

De natuurlijke- of rechtspersoon die het contract onderschrijft en die de premies betaalt.

NOMENCLATUUR DER GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN

Het geheel van codes bedoeld in artikel 35 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zoals vastgelegd op 19 februari 2008.

ONGEVAL

Een plotse gebeurtenis die de lichamelijke gaafheid van de *verzekerde* aantast door de onverwachte uitwerking van een aan het organisme uitwendige oorzaak, onafhankelijk van zijn wil en waarvoor een medische behandeling noodzakelijk wordt.



ORTHOPEDISCH APPARAAT

Apparaat bestemd om misvormingen van het lichaam te corrigeren, vermeld in artikel 29 § I (sectie A tot D) van de *nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen*, met uitsluiting van elk ander apparaat.

PALLIATIEVE ZORGEN

De zorgen die aan een verzekerde worden verstrekt in de terminale fase van een gedekte *ernstige ziekte* met een fatale prognose op korte termijn.

De tussenkomst van de *maatschappij* is beperkt tot een hospitalisatieperiode van maximum 12 maanden.

PREMIE

Bedrag betaald door de *nemer* aan de *maatschappij* in ruil voor de verzekerde waarborgen.

PROTHESE

Apparaat dat een lid of een orgaan geheel of gedeeltelijk vervangt vermeld in artikel 29 § I (sectie E-F-G-J) alsook de borstprothesen vermeld in artikel 27 § I van de *nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen* met uitsluiting van elk ander *prothese*.

SYNTHESEMATERIAAL

Synthesemateriaal is kunstmatig samengesteld materiaal, dat gebruikt wordt voor de verbinding van afzonderlijke elementen tot één geheel, en dat op operatieve of medische wijze in het menselijk lichaam wordt ingeplant (bij voorbeeld : schroeven, bouten, ...).

Enkel de materialen vermeld onder artikel 28 § I van de *nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen* komen in aanmerking.

VERZEKERDE

De natuurlijke persoon op wiens hoofd het risico berust van de verzekerde gebeurtenis.

VERZEKERINGSJAAR

De periode tussen twee opeenvolgende verjaardagen van de datum van inwerkingtreding van onderhavig contract, vermeld in de bijzondere Voorwaarden.

VRIJSTELLING

Deel van de verzekerde kosten dat ten laste blijft van de *nemer* en dat in de bijzondere Voorwaarden van het contract is bedongen. De *vrijstelling* wordt éénmaal per verzekerde en per verzekeringsjaar toegepast.

De *vrijstelling* wordt slechts één enkele maal aangerekend indien :

- tijdens eenzelfde verzekerd voorval meerdere verzekerden gelijktijdig worden gehospitaliseerd;
- een *hospitalisatie* wordt voortgezet in het volgende verzekeringsjaar.

Zij wordt niet aangerekend in het kader van een verblijf in een gemeenschappelijke kamer, met inbegrip van een daghospitalisatie, alsook in het kader van de terugbetaling van ambulante kosten met betrekking tot een gedekte *ernstige ziekte*. De *vrijstelling* is indexeerbaar.

WACHTTIJD

De periode die ingaat op de aanvangsdatum van de waarborg en ten vroegste op het ogenblik van betaling van de eerste *premie* en gedurende dewelke de verzekerde nog niet van de waarborgen geniet.



WETTELIJKE TUSSENKOMST

A. voor de kosten gemaakt in België:

elke terugbetaling voorzien krachtens de wetgeving betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering, de beroepsziekten en de arbeidsongevallen met inbegrip van de wet op de maximumfactuur in de gezondheidszorgenverzekering.

B. voor de kosten gemaakt in het buitenland:

elke terugbetaling voorzien krachtens een overeenkomst gesloten tussen België en het betrokken land betreffende de sociale zekerheid of, bij gebrek hiervan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgevingen.

ZIEKENHUIS

Elke openbare of privé-instelling die wettelijk erkend wordt als ziekenhuis.

Worden bijgevolg niet beschouwd als ziekenhuis:

- de ziekenhuizen of gedeelten van ziekenhuizen die in het bezit zijn van een speciale vergunning als rust- en verzorgingstehuis;
- de psychiatrische verzorgingstehuizen;
- de medische-pedagogische instellingen;
- de instellingen bestemd voor kuurbehandelingen zoals thermalisme, thalassotherapie, hygiëno-dieetkuren of ontwenningsskuren ten gevolge van drugs, alcohol- of medicijngebruik;
- de rusthuizen of andere instellingen die huisvesting bieden aan bejaarden, herstellenden of kinderen;
- het beschut wonen.

ZIEKTE

De aantasting van de fysieke of mentale gezondheid van de verzekerde die niet te wijten is aan een ongeval en die objectieve symptomen vertoont welke een onbetwistbare diagnose mogelijk maken en waarvoor een medische behandeling noodzakelijk is.

Artikel 2 – Doel van de verzekering

De *maatschappij* waarborgt, binnen de grenzen van de algemene en bijzondere Voorwaarden:

- de terugbetaling van de medische kosten en de verblijfkosten, bij *hospitalisatie* met een diagnostisch, helend of palliatief oogmerk ten gevolge van een *ziekte*, een *ongeval*, een zwangerschap of een bevalling.
De thuisbevalling wordt gelijkgesteld met een bevalling in een ziekenhuisomgeving.
De *maatschappij* waarborgt eveneens de terugbetaling van hospitalisatiekosten die voortvloeien uit preventieve testen in verband met wiegendood;
- de terugbetaling van de kosten voor *ambulante verzorging* pre- en posthospitalisatie;
- de terugbetaling van de kosten voor *ambulante verzorging* in geval van een gedekte *ernstige ziekte*.

VERZEKERINGSGEBIED

De verzekering is geldig in de gehele wereld voor zover de *verzekerde* zijn gewone verblijfplaats of zijn woonplaats in België heeft en hij gedekt is door het Belgisch sociale zekerheidsstelsel van de gezondheidszorgen.

Niettemin, in geval van een *hospitalisatie* in het buitenland worden de waarborgen enkel toegestaan indien de *hospitalisatie* een dringend en onvoorzien karakter vertoont of indien de *verzekerde* een voorafgaand akkoord verkregen heeft van de medisch adviseurs van de *maatschappij*.

Artikel 3 – Wachtijd

De *wachtijd* is 3 maanden.

Deze wordt opgeheven voor:

- a) de *ongevallen*;
- b) de volgende besmettelijke *ziekten*:
miltvuur, cholera, kinkhoest, difterie, dysenterie, encefalitis, febris recurrens, tyfus en paratyfus, hersenvliesontsteking, bof, waterpokken, paludisme, poliomyelitis, mazelen, rode hond, roodvonk, pokken, vlektyfus;
- c) de echtgeno(o)t(e) van een persoon die, op datum van het huwelijk, sedert minstens 3 maanden verzekerd is, voor zover de verzekering afgesloten wordt binnen 60 dagen volgend op de datum van het huwelijk en de waarborgen niet groter zijn dan deze van de reeds verzekerde persoon;
- d) de pasgeboren kinderen van de nemer voor zover één der ouders de *wachtijd* heeft volbracht en de verzekering afgesloten wordt binnen 60 dagen volgend op de geboortedatum en de waarborgen niet groter zijn dan deze van de vader of de moeder.

De *wachtijd* is eveneens van toepassing voor waarborgverhogingen gevraagd door de nemer.

Artikel 4 – Verzekeringsgrenzen

De tussenkomst van de *maatschappij* is geplafonneerd op 1.250.000 euro (indexeerbaar) per verzekeringsjaar en per verzekerde.

A. Zijn van de verzekering uitgesloten, de kosten die voortvloeien uit:

- 1) een toestand die bestond op de datum van onderschrijving of zich heeft voorgedaan gedurende de *wachtijd*, met inbegrip van een zwangerschap of een bevalling en de gevolgen ervan.
De uitsluiting is evenwel niet van toepassing voor de gevallen opgenomen in artikel 3 die zich hebben voorgedaan na de aansluiting;
- 2) een *ongeval* of een *ziekte* die het gevolg is van het beoefenen van om het even welke sport waarvoor de verzekerde bezoldigingen of vergoedingen ontvangt die onderworpen zijn aan sociale zekerheidsafhoudingen;
- 3) een *ongeval* of een *ziekte* alsook hun gevolgen, die voortvloeien uit:
 - a) een oorlogsfeit, burgeroorlog of gelijkaardige feiten, in de hoedanigheid van burger of militair. Daden van terrorisme, in de betekenis van de wet van 1 april 2007, zijn evenwel wel gedekt. Schade veroorzaakt door wapens en tuigen bestemd om te exploderen door wijziging van de atoomstructuur, blijft echter steeds uitgesloten;
 - b) elk feit, of opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong die voortvloeien uit het gebruik van radioactieve producten en/of om het even welke vorm van ioniserende stralingen, behalve een niet experimentele behandeling die medisch voorgeschreven is.
 - c) een grove schuld van de verzekerde, welke als volgt wordt gedefinieerd:
 - 1) de vrijwillige deelneming van de verzekerde aan oproer of aan collectieve gewelddaden, behalve:
 - indien de verzekerde optreedt in hoedanigheid van lid van de ordediensten;
 - zich in een toestand van wettige zelfverdediging bevindt;
 - in geval van stakingen, betogingen of vergelijkbare syndicale initiatieven, de verzekerde geen actieve rol heeft gespeeld in de gewelddaden;
 - 2) de vrijwillige deelneming aan een misdaad of aan een vergrijp, aan vechtpartijen, weddenschappen of uitdagingen;
 - 3) elke opzettelijke daad van de verzekerde met het oogmerk de fysieke integriteit aan te tasten, alsook elke roekeloze of onmiskenbaar gevaarlijke daad.
Onder roekeloze of onmiskenbaar gevaarlijke daad dient men te verstaan een vrijwillige of bewuste daad die de verzekerde blootstelt aan een gevaar waarvan hij zich bewust had moeten zijn.



De waarborg blijft evenwel verworven indien de *verzekerde* optreedt met het oogmerk levens of goederen te redden;

- 4) dronkenschap, alcoholische vergiftiging, alcoholisme, toxicomanie of het misbruik van *geneesmiddelen*, stimulerende middelen, drugs, verdovende middelen of hallucinaties verwekkende middelen.
- 4) verzorgingen en behandelingen van een lichaamsgebrek of een lichamelijke afwijking waarvan de *verzekerde* kennis had en die bestond vóór de datum van zijn aanvaarding tot de verzekering, zelfs indien het lichaamsgebrek of de lichamelijke afwijking geen enkele behandeling nodig had;
- 5) schoonheidsverzorgingen en behandelingen en de gevolgen ervan, tenzij deze welke voortvloeien uit een *ziekte* of een *ongeval* waarvoor de *maatschappij* tussenkomst verleent;
- 6) verzorgingen en behandelingen die niet onmiddellijk tot doel hebben de aandoeningen te doen verdwijnen, hierin eveneens begrepen : kuren, cosmetische-, hygiënische- voedings- of versterkende producten, dranken, enz;
- 7) verzorgingen of behandelingen van een *ziekte* of van letsels die medisch niet controleerbaar zijn;
- 8) verzorgingen of behandelingen van een *ziekte* of van letsels die geen fysieke en objectieve symptomen vertonen die de diagnose onbetwistbaar maken;
- 9) het onderhoud, de oppas en de bijstand van de *verzekerde*;
- 10) verzorgingen en behandelingen wanneer de *verzekerde* geïnterneerd of geplaatst is;
- 11) experimentele verzorgingen en behandelingen of verzorgingen en behandelingen die niet officieel erkend zijn door de Belgische medische wetenschap
- 12) transplantatieprocedures die hebben plaatsgevonden in omstandigheden waarbij sprake is van transplantatie-gerelateerde misdrijven, waaronder maar niet beperkt tot illegale orgaanhandel en gedwongen orgaandonatie;
- 13) verzorgingen en behandelingen van kaakbeen- en tandaandoeningen, met uitzondering van:
 - a) de aandoeningen die het gevolg zijn van een *ongeval* of een *ziekte* waarvoor de *maatschappij* de waarborgen heeft toegestaan;
 - b) de extractie van wijsheidstanden;
- 14) een *ziekte* die bestond en zich had voorgedaan vóór de onderschrijvingsdatum van het contract of gedurende de *wachttijd* alsook de gevolgen van die *ziekte*. De waarborg is niettemin verworven indien de eerste symptomen van de *ziekte*, alsook de behandelingen die eruit voortvloeien, plaatsvinden na de aanvang van de waarborg of wanneer de *ziekte* niet werd gediagnosticeerd binnen de twee jaar volgend op de onderschrijving van het contract;
- 15) een *ongeval* dat zich voordoet vóór de onderschrijvingsdatum van het contract alsook de gevolgen van het *ongeval*;

B. Genieten beperkte tussenkomsten, de kosten die voortvloeien uit:

- 1) een *ziekte* die bestond en zich had voorgedaan vóór de onderschrijvingsdatum van het contract of gedurende de *wachttijd* alsook de gevolgen van die *ziekte*;
- 2) een *ongeval* dat zich voordoet vóór de onderschrijvingsdatum van het contract alsook de gevolgen van het *ongeval*;

In de gevallen voorzien in de punten 1) en 2) hierboven wordt enkel een forfaitaire tussenkomst van 8 euro (indexeerbaar) per hospitalisatiedag betaald gedurende een, al dan niet aaneengesloten, periode van 90 dagen uitgespreid over de gehele duurtijd van het contract of latere gelijkaardige contracten onderschreven bij de *maatschappij*, indien deze *ziekte* of dat *ongeval* werden vermeld op het formulier 'medische vragenlijst'.

- 3) een inenting, een sterilisatie, de contraceptieve behandelingen, de impotentiebehandelingen en de transseksualiteitbehandelingen, een kunstmatige inseminatie of een fertilisatie, de in vitro bevruchting inbegrepen, het



opzoeken van de oorzaken van de onvruchtbaarheid, de behandelingen tegen de onvruchtbaarheid en dit ongeacht het aantal behandelingen uitgevoerd sinds de aanvangsdatum van het contract;

- 4) het plaatsen van een tandprothese of een *implantaat* ingevolge een *ongeval*, hartchirurgie of een *ernstige ziekte* die het trekken van de tanden noodzakelijk maakte;

Het geheel van deze kosten hernomen in de hierboven vermelde punten 1 tot 4 mag nooit de som van 720 euro (indexeerbaar) per *verzekerde* overschrijden over de gehele duurtijd van het contract of latere gelijkaardige contracten onderschreven bij de maatschappij.

- 5) psychotherapeutische, psychosomatische en psychiatrische behandelingen van elke aard (inbegrepen de behandelingen tegen depressies, overspanning, stress, enz.).

In deze gevallen worden enkel de hospitalisatiekosten gedekt gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van 2 jaar gespreid over de hele duurtijd van het contract of latere gelijkaardige contracten onderschreven bij *de maatschappij*;

De kosten in verband met de hospitalisaties hernomen in punten 1 tot 5, alsook de gevolgen en/of verwikkelingen van deze hospitalisaties, zullen ten laste worden genomen, volgens de hierboven vermelde beperkingen, op voorwaarde dat de verzekering ten minste 2 jaar in voege is voor de gehospitaliseerde *verzekerde*.

- 6) de medisch noodzakelijke ingrepen:

- op het neustussenschot;
- die het volume en/of de vorm van de borsten veranderen;
- die het gewicht, vorm of lichaamsvolume veranderen;

alsook de gevolgen en/of verwikkelingen van deze ingrepen en dit zonder af te wijken van artikel 4.A van de onderhavige algemene Voorwaarden. In deze gevallen worden de kosten enkel ten laste genomen indien de verzekering ten minste 5 jaar in voege is voor de gehospitaliseerde *verzekerde*;

- 7) *prothesen* hernomen in artikel 29 § 1 sectie G en J van de *nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen*.

In deze gevallen, worden de kosten gedekt tot beloop van maximum 7.200 euro (indexeerbaar) over de hele duurtijd van het contract of latere gelijkaardige contracten onderschreven bij de maatschappij.

C. Ongevallen of ziekten te wijten aan een daad van terrorisme.

Onder terrorisme wordt verstaan: een clandestien georganiseerde 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.

De schade veroorzaakt door wapens of tuigen die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern, wordt niet gedekt door deze overeenkomst.

De *maatschappij* dekt schade veroorzaakt door terrorisme. De *maatschappij* is hiertoe lid van de VZW TRIP. Overeenkomstig de wet van 3 mei 2024 betreffende de schadeloosstelling van slachtoffers van een daad van terrorisme en betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme, wordt de uitvoering van alle verbintenissen van alle verzekeraars die lid zijn van de VZW in het geval van een bij koninklijk besluit erkende daad van terrorisme beperkt tot 1,7 miljard euro per kalenderjaar voor de schade veroorzaakt door alle gebeurtenissen erkend als daden van terrorisme voorgevallen tijdens dat kalenderjaar. Dit bedrag wordt elk jaar aangepast op 1 januari volgens de ontwikkeling van het indexcijfer der consumptieprijzen, met als basis het indexcijfer van november 2022. Ingeval van wettelijke of reglementaire wijziging van dit basisbedrag, zal het gewijzigde bedrag automatisch van toepassing zijn vanaf de eerstvolgende vervaldag na de wijziging, tenzij de wetgever uitdrukkelijk in een andere overgangsregeling voorziet.

Indien het totaal van de berekende of geraamde schadevergoedingen groter is dan het bedrag genoemd in de vorige alinea, wordt een evenredigheidsregel toegepast: de uit te keren schadevergoedingen worden beperkt ten belope van de verhouding van het bedrag genoemd in de vorige alinea of de nog beschikbare middelen voor dat kalenderjaar ten opzichte van de uit te keren schadevergoedingen toegerekend aan dat kalenderjaar.



Uitbetalingsregeling

Overeenkomstig voornoemde wet van 3 mei 2024 wordt een daad van terrorisme als dusdanig erkend bij een koninklijk besluit overlegd in de Ministerraad na advies van het OCAD en het federaal parket. Het Comité voor schadeafwikkeling bepaalt binnen veertien dagen na de bekendmaking in het Staatsblad van het koninklijk besluit dat de daad van terrorisme als dusdanig erkent of de voorlopige relatieve plafonds of het absolute plafond bedoeld in artikel 12 van de wet van 3 mei 2024 zouden kunnen worden bereikt bij de schadeloosstelling van de schade. Binnen dezelfde termijn bepaalt het Comité, overeenkomstig artikel 15 van de genoemde wet, het percentage van de schadevergoeding dat door de verzekeraars die lid zijn van de VZW TRIP ingevolge de gebeurtenis dient te worden vergoed. Het Comité kan dit percentage herzien. Ten laatste op 31 december van het derde jaar volgend op het jaar van de gebeurtenis, neemt het Comité een definitieve beslissing omtrent het uit te betalen percentage van schadeloosstelling.

De verzekerde, de begunstigde of de benadeelde kan tegenover de *maatschappij* pas aanspraak maken op de schadevergoeding nadat het Comité het percentage heeft vastgesteld. De *maatschappij* betaalt het verzekerde bedrag uit overeenkomstig het percentage vastgesteld door het Comité.

Indien het Comité het percentage verlaagt, zal de verlaging van de schadevergoeding niet gelden voor de reeds uitgekeerde schadevergoedingen, noch voor de nog uit te keren schadevergoedingen waarvoor de *maatschappij* reeds een beslissing aan de verzekerde of de begunstigde heeft meegedeeld.

Indien het Comité het percentage verhoogt, geldt de verhoging van de schadevergoeding voor alle aangegeven schadegevallen voortvloeiend uit de gebeurtenis erkend als terrorisme.

Indien het Comité vaststelt dat de bedragen genoemd in artikel 12 van de wet van 3 mei 2024 onvoldoende zijn voor het vergoeden van alle geleden schade of indien het over onvoldoende elementen beschikt om te oordelen of dit bedrag voldoende is, wordt de lichamelijke schade bij voorrang vergoed.

Elke beperking, uitsluiting en/of spreading in de tijd van de uitvoering van de verbintenissen van de *maatschappij*, bepaald in een koninklijk besluit, zal van toepassing zijn overeenkomstig de modaliteiten voorzien in dat koninklijk besluit.

Artikel 5 – Indeplaatsstelling

Wanneer de *maatschappij* tussenkomst verleent of moet verlenen krachtens onderhavig contract, treedt zij in alle rechten en vorderingen van de verzekerde tegen derden die aansprakelijk zijn voor het schadegeval en de medische verstrekkers, binnen de grenzen van de tussenkomst van de *maatschappij*. Bijgevolg mag de verzekerde geen afstand van verhaal doen zonder voorafgaandelijk schriftelijk akkoord van de *maatschappij*.

Artikel 6 – Medische formaliteiten

Bij de onderschrijving van het contract, is elke verzekerde gehouden een formulier "medische vragenlijst" in te vullen en te ondertekenen, welke aan de medisch-adviseurs van de *maatschappij* zal voorgelegd worden.

Deze formaliteit wordt evenwel afgeschaft voor de pasgeboren kinderen van de nemer, voor zover de vader of de moeder sedert ten minste 12 maanden verzekerd is op datum van de geboorte, de verzekering afgesloten wordt binnen de 60 daaropvolgende dagen en de waarborgen niet groter zijn dan deze van de vader of de moeder.

Artikel 7 – Schadeaangifte

- 1) Een schadegeval dient bij de *maatschappij* zo snel mogelijk aangegeven te worden nadat zich een gebeurtenis heeft voorgedaan die aanleiding kan geven tot een tegemoetkoming. Deze schadeaangifte moet geschieden op de door de *maatschappij* geleverde formulieren.
- 2) De nemer en de verzekerde moeten alles in werk stellen om:
 - alle informatie in verband met de schadegevallen en hun gevolgen te verstrekken;
 - de afgevaardigden van de *maatschappij* toe te laten bij hen te komen informeren;



- de artsen van de *maatschappij* toe te laten de *verzekerde* te onderzoeken;
- de gevolgen van het schadegeval te voorkomen en beperken.

Daarom zal de *verzekerde* alles in het werk stellen om aan de *maatschappij* alle medische attesten te bezorgen die deze noodzakelijk zou achten.

- 3) De bewijsstukken van de uitgaven die recht kunnen geven op terugbetaling, moeten uiterlijk 3 jaar na de opmaak ervan bij de *maatschappij* worden ingediend. Na deze termijn worden ze niet meer in aanmerking genomen en wordt voor de bewuste kosten geen enkele terugbetaling meer uitgevoerd.

Onder bewijsstukken verstaat men:

- de originele facturen;
- de fotokopieën van de attesten van verstrekte hulpen;
- de afrekening afgeleverd door de mutualiteit met betrekking tot de wettelijke tussenkomst;
- de gedetailleerde kwijtingen van de apotheek.

Op deze stukken moet het volgende worden vermeld:

- de identiteit van de *verzekerde*;
- het detail van de prestaties en de kosten, alsook het codenummer van het RIZIV;
- de datum van elke prestatie;
- de identiteit van de voorschrijver of verstrekker.

Voor de betaling van de prestaties behoudt de *maatschappij* zich het recht voor vertaalde bewijsstukken te eisen indien deze werden opgemaakt in een andere dan één van de drie landstalen of in het Engels.

De *maatschappij* wordt eigenaar van de bewijsstukken zodra zij deze ontvangen heeft.

- 4) Op vraag van de *maatschappij* zal de *verzekerde* volgende stukken voorleggen:

- documenten waarmee op afdoende wijze het gezinsinkomen kan worden vastgesteld, alsook de eventuele tussenkomsten in het kader van de wet op de maximumfactuur en dit voor de jaren die door de *maatschappij* worden opgegeven;
- een attest vanwege de mutualiteit van de *verzekerde* waarin voor het lopende boekjaar een overzicht wordt gegeven van de reeds in aanmerking genomen uitgaven voor de toepassing van het plafond voorzien door de wet op de maximumfactuur;
- het bewijs dat de facturen, waarvoor terugbetaling wordt gevraagd, aan de prestatieverlener werden betaald.

Artikel 8 – Modaliteiten voor de terugbetaling

De terugbetaling wordt als volgt berekend:

- van het bedrag van de onkosten die onder de waarborg van onderhavig contract vallen, worden de *wettelijke en/of buitenwettelijke tussenkomsten* afgetrokken;
- het saldo, verminderd met de eventuele *vrijstelling*, wordt door de *maatschappij* terugbetaald tot beloop van het plafond vastgesteld in de onderhavige algemene Voorwaarden alsook de bijzondere Voorwaarden.

De terugbetaling geschiedt met een minimum van 250 euro (indexeerbaar), tenzij het gaat om het eindsaldo.

De terugbetalingen geschieden in euro.

De prestaties gefactureerd in een andere valuta worden in aanmerking genomen op basis van de gemiddelde officiële koers van deze valuta op de dag van de facturatie.

Behoudens bijzondere overeenkomst, wordt de terugbetaling aan de *nemer* verricht.

Op uitdrukkelijk verzoek van de *nemer* en mits akkoord van de *maatschappij*, kunnen voorschotten en/of de hospitalisatiefactuur rechtstreeks worden geregeld door de *maatschappij* aan het ziekenhuis, namelijk indien het totaal ervan niet hoger is dan de terugbetaalbare kosten aan de *nemer* (eventuele terugbetaling van *ambulante kosten* inbegrepen). Het eventueel saldo wordt terugbetaald aan de *nemer*.

Gesteld dat de terugbetaling door de *maatschappij* toch groter zou zijn dan de prestaties waartoe zij volgens huidig contract gehouden is, dan komt het overschot toe aan de *maatschappij*. De *nemer* verbindt zich tot de terugbetaling ervan, binnen 30



dagen volgend op de vraag van de *maatschappij*. Bij gebrek kan de *maatschappij*, tot volledige terugbetaling alle prestaties jegens de verzekerde opschorten.

Artikel 9 – Expertise

Elke medische betwisting wordt voorgelegd aan twee medische deskundigen, de ene aangesteld door de verzekerde, de andere door de *maatschappij*.

Worden de medische deskundigen het niet eens, dan kiezen zij samen een derde deskundige die soeverein beslist.

Duidt één van de partijen zijn deskundige niet aan of worden de partijen het niet eens over de keuze van de derde, dan zal deze aangewezen worden door de Voorzitter van de Rechtbank van Eerste Aanleg van de hoofdzetel van de *maatschappij* op verzoek van de meest gerede partij.

Elke partij draagt de honoraria en kosten van zijn deskundige. De honoraria en kosten van de derde deskundige, de kosten van diens aanwijzing alsook de kosten van aanvullende medische onderzoeken worden gelijk verdeeld.

De deskundigen zijn vrijgesteld van elke gerechtelijke formaliteit.

De conclusies van beide medische deskundigen of van de derde deskundige verbinden de partijen en zijn onherroepelijk.

Artikel 10 – Sancties

1. Opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen

Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de *maatschappij* misleidt bij de beoordeling van dat risico, is het contract nietig. De *premies* die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de *maatschappij* kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, komen haar toe.

2. Niet opzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen

Wanneer het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens niet opzettelijk geschiedt, stelt de *maatschappij* voor, binnen de termijn van één maand te rekenen van de dag waarop zij van het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens kennis heeft gekregen, het contract te wijzigen met uitwerking op de dag waarop zij kennis heeft gekregen van het verzwijgen of van het onjuist meedelen van gegevens.

De *maatschappij*, indien zij het bewijs levert dat zij het risico nooit zou hebben verzekerd, mag het contract binnen dezelfde termijn opzeggen.

Indien het voorstel tot wijziging van het contract door de *nemer* wordt geweigerd of indien, na het verstrijken van één maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet aanvaard wordt, kan de *maatschappij* het contract opzeggen binnen 15 dagen.

De *maatschappij* zal het contract evenwel niet kunnen opzeggen wanneer het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens betrekking hebben op een *ziekte* of aandoening waarvan de symptomen zich vóór de aanvang van het contract reeds hadden gemanifesteerd en deze *ziekte* of aandoening niet gediagnosticeerd werd binnen een termijn van twee jaar na de aanvang van het contract.

De *maatschappij* kan zich in geen geval beroepen op een onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist mededelen van gegevens, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een *ziekte* of aandoening die zich nog op geen enkele wijze hadden gemanifesteerd.

3. Onrechtmatig betalingen

De *maatschappij* heeft het recht de terugbetaling te eisen van de onrechtmatig betaalde vergoedingen en de gemaakte kosten.

Bovendien, bij fraude of poging tot fraude van de *nemer* of de verzekerden om onrechtmatige vergoedingen te bekomen of bij weigering om onrechtmatig verkregen vergoedingen aan de *maatschappij* te restitueren, en onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen, dan:

- heeft de *maatschappij* het recht het contract op te zeggen;
- is de *maatschappij* tot de volledige terugbetaling, tot geen enkele prestatie gehouden.



4. Verlies van het voordeel van het contract

Indien de *nemer* of de *verzekerden* de verplichtingen van dit contract niet nakomen, is de *maatschappij* tot geen enkele prestatie gehouden.

Deze alinea is echter niet van toepassing indien de *nemer* of de *verzekerden* bewijzen dat deze tekortkoming te wijten was aan overmacht of dat ze de *maatschappij* geen enkel nadeel heeft berokkend.

Artikel 11 – Inwerkingtreding van het contract en van de waarborg

Het contract gaat ten vroegste in op de datum vermeld in de bijzondere Voorwaarden, doch niet vóór de betaling van de eerste *premie*.

De betaling van de eerste *premie* houdt in dat de voorwaarden van het contract door de *nemer* werden aanvaard.

De waarborg treedt in werking, voor een verzekerde, ten vroegste na ontvangst, door de *maatschappij*, van de formulieren 'verzekeringsvoorstel' en 'vragenlijst gezondheidstoestand' naar behoren ingevuld en ondertekend alsook na betaling van de eerste *premie* voor deze verzekerde.

De *maatschappij* is tot geen enkele prestatie gehouden vóór de inwerkingtreding van het contract of de waarborg.

Indien binnen een termijn van 30 dagen na de datum van inwerkingtreding, vermeld in de bijzondere Voorwaarden, de eerste *premie* niet werd betaald, wordt het contract als nietig beschouwd.

Artikel 12 – Duur van het contract

Het contract wordt voor een onbepaalde duur gesloten.

De *nemer* kan het contract opzeggen op het einde van elk *verzekeringsjaar* mits een opzeg van drie maanden per aangetekende brief aan de *maatschappij* betekend.

De verplichtingen van de *maatschappij* en de voordelen van de waarborgen nemen een einde:

- a) zodra de *nemer* overlijdt;
- b) zodra de *nemer* zijn woonplaats of gewone verblijfplaats buiten België kiest;
- c) indien het voordeel van de Belgische wettelijke gezondheidszorgenverzekering wordt opgeheven;
- d) wanneer de *maatschappij* of de *nemer* de verzekering opzegt overeenkomstig de algemene Voorwaarden.

Niettemin, wanneer de *nemer* overlijdt, of wanneer hij zijn woonplaats of gewone verblijfplaats buiten België kiest, hebben de overlevende *verzekerden* of de *verzekerden* die hun woonplaats of gewone verblijfplaats nog in België hebben, het recht het contract voort te zetten voor zover zij binnen twee maanden een andere *nemer* aanduiden.

De waarborgen nemen eveneens een einde voor de *verzekerde* die overlijdt of die zijn woonplaats of gewone verblijfplaats buiten België kiest of zodra hij niet meer onderworpen is aan het stelsel van de Belgische wettelijke gezondheidszorgenverzekering.

Voor de *verzekerde* voor wie de voordelen van de waarborgen eindigen, zijn de tussenkomsten beperkt tot het bedrag van de onkosten ten gevolge van een *hospitalisatie* die zich voordeed vóór de stopzetting van de voordelen van de waarborgen, voor de prestaties voorzien in de punten I en II van artikel 18 B. van de algemene Voorwaarden (basiswaarborg "hospitalisatie" en aanvullende waarborg ambulante "pre- en posthospitalisatie").

Wat betreft de 'aanvullende waarborg ambulante verzorging "ernstige ziekten"' voorzien in punt III van artikel 18 B. van de algemene Voorwaarden, zullen de tussenkomsten beperkt zijn tot het bedrag van de onkosten tot op de datum van de stopzetting van de voordelen van de waarborgen.

Artikel 13 – Betaling van de premies

De *premie* wordt verhoogd met de taks op de verzekeringsverrichtingen en de andere belastingheffingen of sociale bijdragen gevestigd op dat bedrag.

De *premie*, zoals hierboven aangegeven, is vooruit betaalbaar volgens de periodiciteit voorzien in de bijzondere Voorwaarden.



De *premie* is haalbaar. Het verzoek te betalen staat gelijk met het aanbieden van de kwitantie ten huize.

De *premie*, wordt volledig gestort door de *nemer* voor al de *verzekerden* samen en wordt in rekening gebracht voor iedere *verzekerde* vanaf de eerste dag van de maand van zijn toetreding.

De *premie* wordt bepaald in functie van de leeftijd van de *verzekerde* bij de ondertekening van het contract.

Wanneer de *verzekerde* evenwel de leeftijd van 18 jaar bereikt, wordt de *premie*, op de eerstvolgende jaarlijkse vervalddag van het contract, aan de nieuwe leeftijd aangepast.

De *premie* is indexeerbaar overeenkomstig de modaliteiten hernomen in de rubriek '*indexatie*'.

Artikel 14 – Niet-betaling van de premies

Bij niet-betaling van de *premie* of een gedeelte van de *premie* in de loop van het contract, stuurt de *maatschappij* een aangetekende brief naar de *nemer*, waarin deze laatste een periode van 15 dagen wordt verleend om de *premie* alsnog te betalen.

Na verstrijking van deze periode wordt de waarborg rechtens geschorst. De waarborg gaat pas opnieuw in na verstrijking van een nieuwe *wachttijd* van 3 maanden, beginnend de dag na de volledige betaling van de hoofdsom en van de kosten.

Indien de *nemer* nalaat binnen de gestelde termijn te betalen, behoudt de *maatschappij* zich het recht voor het contract op te zeggen vanaf het verstrijken van een termijn van 15 dagen te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing.

Bij schorsing van de waarborgen voor niet-betaling van de *premie*, is de *maatschappij* tot geen enkele prestatie gehouden voor de schadegevallen die zich voordoen gedurende de schorsingsperiode. De *premies* die tijdens de schorsing van de waarborg vervallen, blijven aan de *maatschappij* verschuldigd bij wijze van schadevergoeding. Het recht van de *maatschappij* is evenwel beperkt tot de verzekeringspremies van twee opeenvolgende jaren.

Artikel 15 – Tarifaire en contractuele wijzigingen

Op verzoek van de *nemer* en met wederzijds akkoord van de partijen, kan de *maatschappij* de technische grondslagen van de *premie* en de dekkingsvoorwaarden wijzigen in het belang van de *nemer*.

De *maatschappij* behoudt zich het recht voor, binnen de grenzen van de wetgeving, de *premie* en/of de algemene en bijzondere Voorwaarden van het contract te wijzigen, meer bepaald in geval van wijziging van beroep of statuut in het stelsel van sociale zekerheid van de *verzekerde*.

Met uitzondering van deze laatste gevallen, mag de *maatschappij*, wanneer zij van deze mogelijkheid gebruik maakt, de nieuwe voorwaarden vanaf de eerstvolgende jaarlijkse vervalddag toepassen.

Ofwel deelt zij deze wijziging ten minste 120 dagen vóór deze vervalddag mee aan de *nemer*, ofwel heeft de *nemer* de mogelijkheid om het contract binnen 90 dagen na ontvangst van deze mededeling op te zeggen.

Na deze termijnen worden de nieuwe voorwaarden geacht aanvaard te zijn.

Artikel 16 – Adreswijziging

Om geldig te zijn, moeten de mededelingen en kennisgevingen bestemd voor *de maatschappij* aan haar hoofdzetel worden gericht.

Deze bestemd voor de *nemer* geschieden geldig op het adres dat deze in het contract heeft opgegeven.

De *nemer* moet *de maatschappij* van elke wijziging van woonplaats en gewone verblijfplaats op de hoogte brengen binnen 30 dagen na deze wijziging.

Bij gebrek gebeurt elke kennisgeving geldig op het bij *de maatschappij* laatst bekende adres.

Indien de *nemer*, ingevolge deze adreswijziging, niet meer aan de voorwaarden voldoet om te genieten van de premiereducties verbonden aan de verblijfplaats, zullen de tussenkomsten van *de maatschappij* proportioneel met deze reducties worden verminderd voor de zorgen die werden verstrekt en de kosten die werden gemaakt verbonden aan schadegevallen die zich hebben voorgedaan tussen het ogenblik van adreswijziging en de dag van aangifte van deze wijziging bij *de maatschappij*.

Wanneer de *nemer* niet meer voldoet aan de voorwaarden om te genieten van de premiereducties verbonden aan de verblijfplaats, zullen deze reducties geschrapt worden vanaf de 1^{ste} van de maand die volgt op de kennisgeving van de adreswijziging.

Artikel 17 – Wetgeving van toepassing - klachten

De Belgische wetgeving is van toepassing op onderhavig contract.

Voor elke klacht m.b.t. onderhavig contract kan de verzekeringsnemer zich richten tot:

- In eerste instantie: de dienst Klachtenmanagement van P&V, Koningsstraat 151, 1210 Brussel, tel.: 02/250.90.60
E-mail: klacht@pv.be
- In beroep: de Ombudsman v/d Verzekeringen, de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel, www.ombudsman-insurance.be.

Dergelijke klacht sluit de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure te starten niet uit.

DEEL 2 – Waarborgen

Artikel 18

A. Beperking van de tussenkomst:

1. De *maatschappij* verbindt er zich toe, binnen de grenzen voorzien in de algemene en bijzondere Voorwaarden, de kosten terug te betalen door de *verzekerde* gemaakt in geval van:

- *hospitalisatie*;
- *ambulante verzorging* pre- en posthospitalisatie;
- de gedekte *ernstige ziekten*.

De verzekering komt tussen in de kosten waarvoor er een Belgische wettelijke tussenkomst is voorzien, voor het gedeelte dat ten laste blijft van de *verzekerde* na aftrek van deze *wettelijke tussenkomst* en binnen de limieten van de reglementaire maximumbedragen die wettelijk voorzien zijn door de ziekenhuizen;

2. Wanneer de wettelijk voorziene tussenkomst niet werd betaald wegens een administratieve tekortkoming van de *verzekerde* tegenover de Belgische wettelijke gezondheidszorgenverzekering, betaalt de *maatschappij* de prestaties binnen de limieten vermeld in punt 1 maar, na aftrek van een fictieve *wettelijke tussenkomst*;
3. Indien een buitenwettelijke tussenkomst welke verschuldigd zou zijn bij afwezigheid van de effecten van huidig contract niet of nog niet werd betaald, verricht de *maatschappij* de terugbetaling zoals bepaald in punt 1 hiervoor, waarbij fictief rekening wordt gehouden met deze tussenkomst.
4. Wanneer er voor de gefactureerde kosten geen *wettelijke tussenkomst* bestaat, wordt de tussenkomst van de *maatschappij* vastgesteld op:

Basiswaarborg

- 100% van de kosten voor *geneesmiddelen* en de kosten hernomen in punten B.10 en B.11 hierna;
- 50% van de andere kosten hernomen in de punten B.1 tot B.5 en van B.7 tot B.9 hierna, die ten laste blijven van de *verzekerde*.

Niettemin, indien de *hospitalisatie* plaats vindt in een gemeenschappelijke kamer of in een tweepersoonskamer, zonder ereloon-supplementen, worden de kosten, uitgezonderd de erelonen, aan 100% terugbetaald.

Aanvullende waarborgen

- 100 % van de kosten voor *geneesmiddelen*;
- 50 % van de andere terugbetaalbare onkosten.

B. De terugbetaling betreft:

I Basiswaarborg: Hospitalisatie

1. de verblijfkosten in een *ziekenhuis*;
2. in geval van een *hospitalisatie* van een kind jonger dan 15 jaar, de verblijfkosten van de vader of de moeder, of een ander persoon mits de voorafgaande toelating van de *maatschappij*, in hetzelfde *ziekenhuis* als dit van het opgenomen kind;
3. de kosten verbonden aan het donorschap van organen indien de medische behandeling van de *verzekerde* dit vereist. De verblijfkosten van de donor worden terugbetaald op voorwaarde dat hij zich vrijwillig en bewust laat hospitaliseren met het oog op het schenken van een orgaan;
4. de kosten van medische prestaties:
- erelonen van de artsen;
 - onderzoeken, analyses en behandelingen;
 - heilkundige ingrepen en verwante kosten (bijstand, narcose, operatiezaal);

Enkel de kosten hernomen op de hospitaalfactuur of opgevraagd door de centrale inningdienst van het ziekenhuis worden in aanmerking genomen.

5. de kosten van paramedische prestaties door een arts voorgeschreven (bijvoorbeeld: kinesithérapie, fysiotherapie, massage, revalidatie, enz);

Enkel de kosten hernomen op de hospitaalfactuur of opgevraagd door de centrale inningdienst van het ziekenhuis worden in aanmerking genomen.

6. de kosten van allopathische en homeopathische geneesmiddelen alsook de verbanden voorgeschreven door een arts;
7. de kosten van *medische hulpmiddelen* voorgeschreven door een arts;
8. de kosten van medische *prothesen* en *orthopedische apparaten* voorgeschreven door een arts;
9. de kosten van het *endoscopische-, viscerosynthese-, synthesemateriaal en implantaten* voorgeschreven door een arts;

De behoorlijk opgemaakte kosten hernomen in de punten B.7, B.8 en B.9 hierboven zijn gedekt, met uitzondering van de kosten voor herstellingen, vervangingen en onderhoud.

10. de kosten van **dringend** vervoer per ziekenwagen of per helikopter indien gerechtvaardigd door de gezondheidstoestand van de verzekerde, (zelfs indien er geen wettelijke tussenkomst is);
De kosten van repatriëring zijn evenwel uitgesloten.

11. de kosten voor mortuarium gefactureerd door het ziekenhuis in geval van overlijden van de verzekerde in dit ziekenhuis.

Enkel de kosten in rechtstreeks verband met de reden van hospitalisatie worden in aanmerking genomen.

II Aanvullende waarborg : ambulante "pre- en posthospitalisatie" verzorging.

12. De kosten van ambulante zorgen, die in rechtstreeks verband staan met een gedekte *hospitalisatie*, en die verstrekt worden tijdens de periode van **twee maanden** vóór de *hospitalisatie* en **zes maanden** die volgen op het ontslag uit het ziekenhuis.

De terugbetaling is **schadevergoedend**, en behelst:

1. de prestaties van de artsen tijdens een bezoek of raadpleging met inbegrip van de onderzoeken, analyses en behandelingen, de injecties en de kleine chirurgische ingrepen;
2. de paramedische prestaties voorgeschreven door een arts en uitgevoerd door een verple(e)g(st)er, een kinesitherapeut(e), een fysiotherapeut(e), een logopedist(e), erkend door de Minister van volksgezondheid;
3. de *geneesmiddelen* en verbanden afgeleverd door een apotheker en voorgeschreven door een arts;
4. de kosten van *medische hulpmiddelen, prothesen en orthopedische apparaten* voorgeschreven door een arts.
De behoorlijk opgemaakte kosten zijn gedekt, met uitzondering van de kosten voor herstellingen, vervangingen en onderhoud.

De vervoerkosten zijn niet in deze waarborg opgenomen.

III Aanvullende waarborg: ambulante verzorging "ernstige ziekten".

13. Wanneer een verzekerde het slachtoffer wordt van één der gedekte *ernstige ziekten*, voorziet de aanvullende waarborg de terugbetaling van de kosten in rechtstreeks verband met de *ernstige ziekte* en meer bepaald:

1. de prestaties van de artsen tijdens een bezoek of raadpleging met inbegrip van de onderzoeken, analyses en behandelingen, de injecties en de kleine chirurgische ingrepen;
2. de paramedische prestaties voorgeschreven door een arts en uitgevoerd door een verple(e)g(st)er, een kinesitherapeut(e), een fysiotherapeut(e), een logopedist(e), erkend door de Minister van volksgezondheid;
3. de *geneesmiddelen* en verbanden afgeleverd door een apotheker en voorgeschreven door een arts;



4. de kosten van *medische hulpmiddelen, prothesen en orthopedische apparaten* voorgeschreven door een arts;
De behoorlijk opgemaakt kosten zijn gedekt, met uitzondering van de kosten voor herstellingen, vervangingen en onderhoud;
5. de huur van medisch materiaal voorgeschreven door een arts.

De vervoerkosten zijn niet in deze waarborg opgenomen.



WETTELIJKE VERMELDINGEN

Algemene verordening met betrekking tot de gegevensbescherming

De *maatschappij* verbindt zich ertoe, als verwerkingsverantwoordelijke, om de persoonsgegevens te verwerken overeenkomstig de geldende privacywetgeving. Voor meer informatie wordt verwezen naar de klantenbrochure van de *maatschappij* of de website www.pv.be/privacy.

Datassur

Elke oplichting of poging tot oplichting van de *maatschappij* brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst met zich mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op grond van artikel 496 van het Strafwetboek. De betrokkene zal bovendien opgenomen worden in het bestand van het Economisch Samenwerkingsverband Datassur, dat de speciaal op te volgen verzekeringsrisico's ter herinnering brengt aan de aangesloten leden verzekeraars.

De nemer stemt er bij deze mee in dat de verzekeringsonderneming P&V Verzekeringen cv het ESV Datassur persoonsgegevens meedeelt die relevant zijn in het exclusieve kader van de beoordeling van de risico's en van het beheer van de contracten en ermee verbonden *schadegevallen*. Iedere persoon die zijn identiteit aantoont, heeft het recht zich tot Datassur te richten om de gegevens die op hem betrekking hebben, in te kijken en, in voorkomend geval, te laten rechtzetten. Om dat recht uit te oefenen moet de persoon in kwestie een gedateerd en ondertekend verzoek, samen met een kopie van zijn identiteitskaart, sturen naar het volgende adres : Datassur, dienst Bestanden, de Meeûsplantsoen 29, 1000 Brussel.