



HOSPITAAL-PLUS (H+)

Maatschappij van onderlinge bijstand (MOB)
Livornostraat 25 - 1050 Brussel
Ondernemingsnummer: 0471.459.194

**STATUTAIRE
VOORWAARDEN
vanaf 01/01/2009**

ARTIKEL 1 - Definities

Voor de interpretatie van de statutaire voorwaarden van de hospitalisatiedienst Hospitaal-Plus van de Liberale Mutualiteiten worden de volgende begrippen als volgt omschreven:

a) De aangeslotene:

1. De aangeslotene is de persoon die
 - én als titularis of als persoon ten laste ingeschreven is bij één van de bij Hospitaal-Plus aangesloten mutualiteiten,
 - én betaalt voor de aanvullende verzekering,
 - én aangesloten is bij de facultatieve hospitalisatiedienst Hospitaal-Plus van de Liberale Mutualiteiten en de wachttijd heeft volbracht.
 - én de **medische vragenlijst** heeft ingevuld voor elke aangeslotene (verplicht vanaf 1 juli 2007).
De vragenlijst moet ingevuld en aan Hospitaal-Plus bezorgd zijn vòòr de aansluiting ingaat.
De medische vragenlijst moet niet worden ingevuld voor de persoon ten laste die persoonlijk gerechtigd wordt, of omgekeerd, indien de aansluiting bij Hospitaal-Plus niet wordt onderbroken.

Voor **aansluitingen die ingaan op of na 1 januari 2007** geldt de aansluiting zowel voor de aangeslotene zelf als voor **àl zijn of haar personen ten laste** die aan de aansluitingsvoorwaarden voldoen. De aansluiter of onderschrijver verbindt er zich m.a.w. toe ook al zijn of haar personen ten laste mee aan te sluiten. Deze verplichting geldt niet voor dié personen voor wie met een attest van de betreffende hospitalisatiedienst of privé verzekeringsmaatschappij wordt aangetoond dat zij al beschikken over een mutualistische hospitalisatiedienst type 'werkelijke kosten' of over een individuele of groepshospitalisatieverzekering type 'werkelijke kosten'. De aangeslotene verbindt er zich toe alle relevante wijzigingen aan Hospitaal-Plus te melden.

2. De aansluiting is slechts mogelijk tot de laatste dag van de maand die volgt op de **65ste verjaardag**. De aansluiting kan niet geweigerd worden aan wie aan de aansluitingsvoorwaarden van artikel 1 voldoet en de leeftijd van 65 jaar niet heeft bereikt. De aansluitingsgrens wordt individueel, per persoon beoordeeld.

De aansluitingsgrens van 65 jaar wordt niet toegepast wanneer de volgende voorwaarden samen zijn vervuld:

- tot aan de aansluiting bij Hospitaal-Plus was men aangesloten bij een ziekenfonds van een andere landsbond; tussen beide aansluitingen mag er geen onderbreking zijn;
- toen men nog bij het vorige ziekenfonds was aangesloten, was men daar eveneens aangesloten bij een gelijkaardige hospitalisatiedienst van dat voorgaande ziekenfonds; tussen beide hospitalisatiediensten (nl., Hospitaal-Plus en de voorgaande) mag er geen onderbreking zijn.

De statutaire voorwaarden van de hospitalisatiedienst van het vorige ziekenfonds en het bewijs van de recentste bijdragebetaling aan die voorgaande dienst moeten ter staving bij het aansluitingsformulier gevoegd worden.

3. Leden die aangesloten zijn bij een door Hospitaal-Plus aanvaarde collectieve polis, afgesloten via een mutualiteit of aanleunende V.Z.W., kunnen zonder verdere formaliteiten toetreden, mits aanvaarding van de statutaire voorwaarden en betaling van de bijdragen.
- b) **Een ziekte** is elke aantasting van de gezondheidstoestand die een andere oorzaak heeft dan een ongeval en die erkend is door een geneesheer die gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de aangeslotene zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte wordt vastgesteld.
- c) **Een ongeval** is elke plotselinge gebeurtenis die een lichamelijk letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken vreemd is aan het organisme van het slachtoffer. De letsels moeten worden vastgesteld door een geneesheer die gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de aangeslotene zich bevindt op het ogenblik dat het ongeval zich voordoet.
- d) **De vrijstelling of franchise** is dat gedeelte van de gewaarborgde kosten dat in elk geval ten laste van de aangeslotene blijft en waarvan het bedrag vastgesteld is in de statutaire voorwaarden.
- e) **Een ziekenhuisopname** is elk medisch noodzakelijk geacht verblijf in een openbaar of privé ziekenhuis, dat over wetenschappelijk beproefde diagnose- en therapeutische middelen beschikt, waarvoor in het raam van de verplichte ziekteverzekering tenminste één ligdagprijs wordt aangerekend. Een **dag-hospitalisatie voor een heekundige ingreep** wordt als een ziekenhuisopname beschouwd **op voorwaarde evenwel dat een maxi-forfait, een chirurgisch forfait of een forfait A, B, C of D wordt aangerekend**. Een opname in o.m. een van de volgende instellingen wordt echter niet



als een ziekenhuisopname beschouwd : een open of gesloten psychiatrische instelling, een medisch-pedagogische instelling, een rust- en verzorgingstehuis (RVT), een instelling voor thermale kuren, een revalidatiecentrum, een sanatorium, een medisch-psychiatrisch centrum, een rusthuis voor bejaarden, een ziekenhuis of gedeelte van een ziekenhuis dat een bijzondere erkenning als RVT heeft, een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT).

f) Wettelijke tegemoetkoming:

- In België gedane kosten: de wettelijke tegemoetkoming (of riziv-tussenkost) is elke uitkering voorzien in het kader van de Belgische wetgeving inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (algemene regeling), arbeidsongevallen en beroepsziekten.
- In het buitenland gedane kosten: de wettelijke tegemoetkoming is elke terugbetaling waarin een met het desbetreffende land afgesloten overeenkomst inzake de sociale zekerheid van de loontrekkenden voorziet of bij gebreke hieraan een fictief bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgeving van toepassing op de loontrekkenden.

g) Een kalenderjaar begint op 1 januari en eindigt op 31 december.

ARTIKEL 2 - Omschrijving van de waarborg

A. DE BASISWAARBORG - ZIEKENHUISOPNAME

Bij ziekenhuisopname, zoals omschreven onder letter e) van artikel 1, wegens een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, dekt de hospitalisatiedienst Hospitaal-Plus de kosten voor geneeskundige verzorging waarvoor in een wettelijke tegemoetkoming wordt voorzien.

De volgende kosten zijn gedekt:

- a) De verblijfskosten met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer.
- b) De erelonen en de ereloon-supplementen (vb. bij opname in een éénpersoonskamer), beperkt tot 100% van de wettelijke riziv-terugbetaling van het gewone ereloon.
- c) De medische kosten, beperkt tot 510 euro per kalenderjaar, die gedurende één maand voor en drie maanden na de opname rechtstreeks met die opname verband houden, op voorwaarde dat ook de opname zelf door Hospitaal-Plus ten laste werd genomen.
- d) De kosten van aangepast vervoer verantwoord door dringende medische redenen, beperkt tot 255 euro per kalenderjaar.
- e) De kosten voor tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen, alsmede orthopedische apparaten, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname, in rechtstreeks verband staan met de chirurgische ingreep en bovendien het voorwerp uitmaken van een wettelijke tegemoetkoming. Voor prothesen met een zuiver esthetisch karakter is er geen terugbetaling.
- f) De kosten voor heelkundige handelingen tijdens een ééndaghospitalisatie (one day clinic), op voorwaarde evenwel dat een maxi-forfait, een chirurgisch forfait of een forfait A, B, C of D wordt aangerekend.
- g) De farmaceutische producten waarvoor een wettelijke riziv-tussenkost voorzien is.

De volgende kosten zijn niet gedekt:

- a) Alle prestaties en uitgaven waarvoor geen wettelijke riziv-tussenkost voorzien is.
- b) De orthopedische zolen, orthopedische schoenen en voetheffers, rolwagens en toebehoren, breukbanden, buikgordels of lumbostaten.
- c) De niet-geregistreerde verbandmiddelen, de hygiëne- en dieetproducten, de verplegingsartikelen, de reactieven, de homeopatische geneesmiddelen.

B. DE EXTRA WAARBORG – AMBULANTE VERZORGING VAN EEN ERNSTIGE ZIEKTE

De 'Basiswaarborg Ziekenhuisopname' wordt automatisch en zonder bijkomende kosten uitgebreid met de 'Extra waarborg – Ambulante verzorging van een ernstige ziekte'. Voorwaarde is dat er voor de medische zorgen een wettelijke riziv-tussenkost voorzien is en dat de verzorgingskosten rechtstreeks verband houden met een van de hier opgesomde ziektes: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, ziekte van Parkinson, differitis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn en mucoviscidose.

De Extra waarborg kan ambulante kosten (= buiten een opname) gedurende het gehele jaar ten laste nemen, zelfs wanneer

er in het betreffende jaar geen opname is.

Worden bovenop artikel 2A. gewaarborgd ingeval van ernstige ziekte:

- a) De kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte en waarvoor een wettelijke riziv-tussenkomst voorzien is
- b) De kosten voor het huren van allerlei materiaal.
- c) De kosten van de farmaceutische producten waarvoor een wettelijke riziv-tussenkomst voorzien is.
- d) De ziekenvervoerkosten tot maximum 127,50 euro per kalenderjaar op voorlegging van vervoerbewijzen (taxi, trein 2de klasse); ziekenvervoer met de wagen wordt tot maximum 127,50 euro terugbetaald aan 0,15 euro per kilometer.
- e) Alle andere kosten waarmee vooraf schriftelijk door Hospitaal-Plus werd ingestemd.

C. BIJKOMENDE WAARBORGEN

De 'Basiswaarborg' (art. 2A.) en de 'Extra waarborg' (art. 2B.) worden automatisch en zonder bijkomende kosten uitgebreid met de ondervermelde 'Bijkomende waarborgen':

1. De implantaten en geneesmiddelen waarvoor er geen terugbetaling voorzien is door het riziv (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), op voorwaarde dat die implantaten en geneesmiddelen tijdens de opname worden verstrekt. Deze riziv-niet vergoedbare implantaten en geneesmiddelen worden vergoed aan 50% van de factuurprijs, met een gezamenlijk plafond van 750 euro per kalenderjaar.
2. Een thuisbevalling wordt vergoed onder dezelfde voorwaarden als deze die gelden voor een bevalling in het ziekenhuis.
3. De verblijfskosten van één ouder in de kamer van een kind jonger dan 12 jaar (rooming in), worden vergoed met een maximum per kalenderjaar van 14 dagen aan 19,50 euro per dag.

ARTIKEL 3 - Omvang van de waarborg - vrijstelling

A. De in artikel 2A. en B. omschreven tussenkomst in de opleg (= persoonlijk aandeel van de patiënt) is per prestatie beperkt tot maximum 100% van de wettelijke riziv-tussenkomst zoals opgenomen in het nomenclatuurboek van de verplichte ziekteverzekering.

B. Per kalenderjaar is er per aangeslotene:

a) Een vrijstelling of franchise. De vrijstelling is het bedrag dat van de tussenkomst van Hospitaal-Plus afgetrokken wordt en zo ten laste van de aangeslotene blijft. De vrijstelling wordt als volgt toegepast:

1. Bij opname in een **meerpersoonskamer** is er geen vrijstelling of franchise.
2. Bij opname in een **tweepersoonskamer** is er een vrijstelling of franchise van maximum 55 euro per kalenderjaar.
 - Voor een ononderbroken opname waarvan de opname valt in de laatste vijftien dagen van het ene, en het ontslag valt in de eerste dertig dagen van het volgende kalenderjaar, wordt de vrijstelling slechts eenmaal toegepast.
 - Een opname deels in een tweepersoons-, deels in een meerpersoonskamer wordt geacht integraal een opname in een tweepersoonskamer te zijn.
3. Bij opname in een **éénpersoonskamer** is er een vrijstelling of franchise van 150 euro. Zij wordt per kalenderjaar maximum tweemaal toegepast wanneer er zich in de loop van dat kalenderjaar twee of meer hospitalisaties in een éénpersoonskamer voordoen. Bij meerdere opnames in een éénpersoonskamer kan de vrijstelling of franchise niet méér bedragen dan 300 euro per kalenderjaar.
 - Voor een ononderbroken opname waarvan de opname valt in de laatste vijftien dagen van het ene, en het ontslag valt in de eerste dertig dagen van het volgende kalenderjaar, wordt de vrijstelling slechts eenmaal toegepast.
 - Een opname deels in een éénpersoons-, deels in een twee- of meerpersoonskamer wordt geacht integraal een opname in een éénpersoonskamer te zijn.
4. Bij de ambulante (= buiten een opname) behandeling van een ernstige ziekte zoals omschreven in artikel 2B. draagt de vrijstelling maximum 55 euro per kalenderjaar.

De toepassing van de vrijstelling doet geen afbreuk aan de hiernavermelde maximum tegemoetkomingen.

b) Een maximumtussenkomst van 12.650 euro per kalenderjaar voor het totaal van de kosten voorzien onder artikel 2A. (opname). Maar een tussenkomst m.b.t. zwangerschap, zwangerschapscomplicatie en bevalling wordt vergoed tot 1.250 euro per zwangerschap.

- c) Een bijkomende maximumtussenkomst van 3.794 euro per kalenderjaar voor het totaal van de kosten voorzien onder artikel 2B. (ambulante verzorging ernstige ziekte).
- d) Een maximumtussenkomst van 1.265 euro per kalenderjaar voor het endoscopisch en/of viscerosynthesemateriaal met beperkte terugbetaling door de ziekteverzekering. De tussenkomst van Hospitaal-Plus is per prestatie beperkt tot het bedrag van het persoonlijk aandeel zoals het is vastgelegd bij het koninklijk besluit (het betreft het materiaal dat opgenomen is in artikel 35bis, §1, categorie 1b. en categorie 2b. van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen).
- e) Een tussenkomst van 19,50 euro per dag met een maximum van 14 dagen per kalenderjaar voor het totaal van de kosten voorzien onder artikel 2C.3 (rooming in).

C. De tussenkomst is enkel verschuldigd ingeval van opname in een van de volgende diensten in een algemeen ziekenhuis:

190N(n)	niet-intensieve neonatale verzorging	250L	besmettelijke ziektes
200B	behandeling van TBC	260M	kraamdienst
210C	diagnose en heelkundige behandeling	270NIC(N)	vroeg- en zwakke pasgeborenen
220D	diagnose en medische behandeling	290	behandeling zware brandwonden
230E	kindergeneeskunde	490I	intensieve verzorgingseenheid
240H	gewone ziekenhuisverpleging		

D. Niettemin is er een tussenkomst tot maximum 380 euro (waarborg voor- en nahospitalisatie inbegrepen) per persoon per kalenderjaar bij een verblijf in een van de volgende diensten in een algemeen ziekenhuis:

300	G	dienst geriatrie en revalidatie
340	K	dienst neuropsychiatrie voor kinderen
370	A	dienst neuropsychiatrie (dag en nacht)
610	S1	dienst cardio-pulmonaire aandoeningen
620	S2	dienst locomotorische aandoeningen
630	S3	dienst neurologische aandoeningen
640	S4	dienst chronische aandoeningen met palliatieve zorgen
650	S5	dienst chronische polypathologie met verlengde medische zorg
660	S6	dienst psycho-geriatrie aandoening
690	S9	dienst chronische aandoening

E. Er is geen tussenkomst voor kuren behalve indien de behandeling van therapeutische aard is én verstrekt wordt in een instelling die beantwoordt aan de hiervoor bepaalde voorwaarden én er bovendien vooraf door Hospitaal-Plus schriftelijk mee werd ingestemd. Er is geen tussenkomst voor tuberculose, tenzij voor een behandeling in een sanatorium.

ARTIKEL 4 - Vergoedingsaanvraag - Verplichtingen van de aangeslotene

a) Aangifte: De aangeslotene moet een schriftelijke aangifte doen aan de hand van de daartoe bestemde formulieren 'vergoedingsaanvraag' en 'medisch attest', a) van zodra hij de ziekenhuisfactuur ontvangen heeft (ingeval van opname) of b) van zodra de ernstige ziekte vastgesteld werd (ingeval van ambulante behandeling van een ernstige ziekte).

Elke vertraging in de vergoedingsaanvraag die het gevolg is van de fout of de nalatigheid van de aangeslotene en waardoor het onmogelijk wordt uit te maken of het ongeval of de ziekte al dan niet voortvloeit uit niet gewaarborgde risico's, zal de aangeslotene het voordeel van de vergoedingen van Hospitaal-Plus doen verliezen. Hospitaal-Plus zal echter geen laattijdige aangifte invoeren indien de aangifte gedaan werd binnen het jaar na de dag van de gebeurtenis en wanneer bovendien bewezen is dat het onmogelijk was de aangifte eerder te doen.

b) Bewijsstukken: De aangeslotene stuurt alle originele bewijsstukken (ziekenhuisfactuur, terugbetalingsattesten van de mutualiteit, ontvangstbewijzen van de apotheker,...) aan Hospitaal-Plus. Een copie is niet voldoende.

c) De tussenkomst wordt aan de aangeslotene betaald (of aan de persoon die door hem/haar uitdrukkelijk werd aangewezen) na ontvangst van de kostennota's en van de afrekening van de wettelijke riziv-tussenkomst. Van de tussenkomst wordt de eventuele vrijstelling afgetrokken.

d) De tussenkomst wordt onmiddellijk beëindigd zodra de aangeslotene de hoedanigheid van aangeslotene bij Hospitaal-Plus, vermeld in artikel 1 letter a), verliest. Bij beëindiging van de aansluiting bij de mutualiteit worden de aansluiting bij Hospitaal-Plus en de waarborg op dezelfde datum beëindigd als de aansluiting bij de mutualiteit.

e) Verplichtingen van de aangeslotene bij ziekenhuisopname of bij ambulante behandeling van een ernstige ziekte: De aangeslotene moet alle redelijke maatregelen nemen om de gevolgen van de ziekenhuisopname of de ambulante behandeling te voorkomen en te beperken.

- f) Sancties: De waarborg kan geweigerd worden indien de aangeslotene de in dit artikel bedoelde verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen.

ARTIKEL 5 - Bepaling van de tussenkomst

Op voorlegging van de documenten bedoeld onder artikel 4 b) betaalt de M.O.B. Hospitaal-Plus het bedrag van de kosten vermeld onder art. 2 terug. Van die terugbetaling wordt het volgende afgetrokken:

- a) Het bedrag van de wettelijke riziv-tegemoetkoming of van een fictief gelijkwaardig bedrag wanneer de aangeslotene, om welke reden dan ook, geen aanspraak kan maken op een dergelijke tegemoetkoming. In geen geval vergoedt Hospitaal-Plus prestaties die vallen onder de vrije verzekering die zelfstandigen voor de kleine risico's kunnen afsluiten, zelfs wanneer de zelfstandige tot die vrije verzekering niet toegetreden is of er om een andere reden geen rechten heeft.
- b) Het bedrag van alle andere reeds ontvangen terugbetalingen, welke dan ook.
- c) Het bedrag van de contractuele vrijstelling of franchise.
- d) De eventuele wettelijke tegemoetkoming voor de kosten vermeld onder art. 2C.

ARTIKEL 6 - Wachttermijn

De wachttermijn is de periode die ingaat op de dag van de aansluiting en gedurende dewelke Hospitaal-Plus geen enkele vergoeding verschuldigd is. De wachttermijn wordt steeds verlengd met de periodes van hospitalisatie die zich voordoen tijdens deze wachttermijn.

De wachttermijn is drie maanden.

Deze wachttermijn vervalt evenwel:

- a) bij ongevallen;
- b) bij de volgende acute besmettelijke ziekten: rode hond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difteritis, kinkhoest, bof, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, dysenterie, buik- en paratyfus, vlektyfus, cholera, pokken, malaria, terugkomende koorts, encefalitis, miltvuur en tetanus;
- c) voor de personen die reeds een soortgelijke kostendekkende privé hospitalisatieverzekering hadden;
- d) voor personen die veranderen van mutualistische entiteit (ziekenfonds) en bij hun vorige mutualistische entiteit aangesloten waren bij een gelijkaardige hospitalisatiedienst;
- e) voor personen die aangesloten waren in een gelijkaardige dienst in een mutualistische entiteit; Voor de punten c), d) en e) geldt telkens dat er geen onderbreking mag zijn in de gedekte periode, dat betrokkene in regel was met de bijdragen en dat er drie maanden verstreken moeten zijn sedert de aanvangsdatum van de aansluitende, voorgaande privéverzekering of gelijkaardige dienst van een mutualistische entiteit. Was betrokkene bij de voorgaande hospitalisatiedienst of privé verzekering minder dan drie maanden aangesloten, dan wordt deze aansluitingsduur in mindering van de wachttijd gebracht.
- f) voor de pasgeborene, op voorwaarde dat a) de ouder bij wie het kind in de ziekteverzekering ten laste staat 3 maanden bij Hospitaal-Plus is aangesloten én b) de aansluiting van de pasgeborene plaatsheeft binnen de 2 maanden volgend op de geboorte. Was de betrokken ouder in toepassing van letter e) van dit artikel, minder dan drie maanden aangesloten bij de voorgaande hospitalisatiedienst of privé verzekering, dan wordt deze aansluitingsduur in mindering van de wachttijd gebracht.

ARTIKEL 7 - Aandoeningen, ziektes of toestanden die bestaan van voor de aansluiting

De in artikel 2 bedoelde tegemoetkomingen die het gevolg zijn van een ziekte, aandoening (of invaliditeit ingevolge een ongeval) of van een toestand (zoals zwangerschap) die reeds bestond vóór de aansluiting bij Hospitaal-Plus, geeft geen recht op een vergoeding volgens de algemene terugbetalingsregels van deze statutaire voorwaarden, zelfs indien bij de eerste symptomen van de aandoening geen duidelijke diagnose kon worden gesteld.

Maar gedurende een aaneengesloten periode van 5 jaar, de forfaitperiode, geven zij wel recht op een forfaitaire vergoeding van € 20 per opnamedag gedurende de 20 eerste dagen ziekenhuisopname in een kalenderjaar en van € 10 per opnamedag voor de volgende opnamedagen in hetzelfde kalenderjaar. De totale vergoeding kan niet hoger liggen dan het factuurbedrag.

Voor de aangeslotene die tot en met de dag voorafgaand aan de vijfjarige periode van forfaitaire vergoeding van bestaande aandoeningen was aangesloten bij een gelijkaardige kostendekkende hospitalisatiedienst van een mutualiteit, wordt deze periode van 5 jaar verminderd met het aantal volledige maanden ononderbroken aansluiting bij die voorgaande dienst.

De geneesheer van Hospitaal-Plus baseert zich bij de beoordeling van voorafbestaandheid op de medische vragenlijst (wettelijk verplicht sedert 1 juli 2007) die door de betrokkene werd ingediend en op alle medische gegevens die hij nodig acht en via de patiënt ontvangt. Het opzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens in de medische vragenlijst kan door Hospitaal-Plus ingeroepen worden om de vergoeding te weigeren.

Deze forfaitperiode van 5 jaar begint ten vroegste te lopen op 1 januari 2007, namelijk bij het van kracht worden van deze bepaling. Voor wie na 1 januari 2007 bij Hospitaal-Plus aansluit, begint deze periode te lopen op de eerste dag van de aansluiting. Na deze forfaitperiode van 5 jaar vervalt de forfaitaire vergoeding en worden de medische kosten die het gevolg zijn van een bestaande aandoening vergoed volgens de algemene, gewone terugbetalingsregels van de statutaire voorwaarden.

De forfaitperiode van 5 jaar is eveneens van toepassing op de pasgeborene met een aangeboren ziekte, aandoening of handicap wanneer de ouder bij wie de pasgeborene in de verplichte ziekteverzekering ten laste staat, niet minstens 9 maanden is aangesloten bij Hospitaal-Plus.

Is de ouder bij wie de pasgeborene in de verplichte ziekteverzekering ten laste staat sedert ten minste 9 maanden aangesloten bij Hospitaal-Plus én werd de pasgeborene bij Hospitaal-Plus aangesloten binnen de 2 maanden volgend op de geboorte, dan worden opnames van de pasgeborene die het gevolg zijn van een aangeboren ziekte, aandoening of handicap vergoed volgens de gewone, algemene terugbetalingsregels van deze statutaire voorwaarden. De periode van aansluiting bij een voorgaande, aansluitende, gelijkaardige hospitalisatiedienst van de vorige mutualistische entiteit (ziekenfonds) wordt in mindering van deze 9 maanden gebracht ('aansluitend' betekent dat er tussen beide geen onderbreking mag zijn).

Vallen niet onder de regeling van 5 jaar met forfaitaire vergoeding, de bestaande aandoeningen die ontstaan zijn:

- a) tijdens de periode van aansluiting bij de hospitalisatiedienst type 'werkelijke kosten' van de mutualiteit waarbij de aangeslotene tot zijn/haar mutatie naar de liberale mutualiteit was aangesloten; voorwaarde is dat die ziekte of aandoening niet als bestaande aandoening werd beschouwd door de hospitalisatie-dienst van de voorgaande mutualiteit,
- b) tijdens een aansluiting via de mutualiteit bij de voormalige collectieve verzekering OMOB die bij de liberale mutualiteit werd afgesloten,
- c) tijdens een aansluiting bij de specifieke statutaire hospitalisatiedienst type 'werkelijke kosten' van een liberale mutualiteit, lid van de MOB Hospitaal-Plus,
- d) tijdens de aansluiting bij een door Hospitaal-Plus aanvaarde collectieve polis van een toetredende mutualiteit, lid van Hospitaal-Plus.

De onder a) tot d) bedoelde bestaande aandoeningen worden dus vergoed volgens de algemene terug-betalingsregels van deze statutaire voorwaarden.

De bepalingen van dit artikel zijn ook van toepassing wanneer bij de eerste symptomen van de ziekte of aandoening geen duidelijke diagnose gesteld kon worden. De geneesheer van Hospitaal-Plus beoordeelt of een ziekte of aandoening al vóór de aansluiting bij Hospitaal-Plus bestond op basis van de medische gegevens van de behandelende arts die hij bekomt.

Het onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens over de gezondheidstoestand in de medische vragenlijst, zal door Hospitaal-Plus niet ingeroepen worden om een tussenkomst te weigeren of te beperken, wanneer een termijn van 24 maanden is verstreken vanaf de inwerkingtreding van de toetreding bij Hospitaal-Plus, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte of een aandoening waarvan de symptomen zich op het ogenblik van de inwerkingtreding van de aansluiting bij Hospitaal-Plus reeds hadden gemanifesteerd maar niet werden gediagnosticeerd binnen diezelfde termijn van 24 maanden.

De MOB Hospitaal-Plus zal het onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens met betrekking tot een ziekte of aandoening ten opzichte van een persoon nooit inroepen om een tussenkomst te weigeren of te beperken wanneer deze ziekte of aandoening zich op het ogenblik van de aansluiting bij Hospitaal-Plus nog niet op een of andere manier gemanifesteerd had.

ARTIKEL 8 - Uitsluitingen

In de onderstaande gevallen is er geen terugbetaling door Hospitaal-Plus:

- a) Een ongeval dat, of een ziekte die niet door een medisch onderzoek kan worden vastgesteld.
- b) Een ongeval of ziekte zonder medisch voorschrift.
- c) Esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheilkunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval worden wel ten laste genomen.
- d) Ziektes of ongevallen die de aangeslotene overkomen (op voorwaarde dat het oorzakelijk verband is vastgesteld):
 1. in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van doping, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij de aangeslotene het bewijs kan leveren dat hij/zij uit onwetendheid alcoholische dranken of verdovende middelen heeft gebruikt of hiertoe door een derde werd gedwongen.
 2. in verband met alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen.
- e) Sterilisatie, anticonceptieve behandeling, kunstmatige inseminatie, in vitro fertilisatie en thermale kuren.
- f) Oorlogsfeiten ongeacht of de aangeslotene hierbij betrokken wordt als burger of als militair; burgeroorlog of oproer ten-

- zij de aangeslotene er niet actief aan heeft deelgenomen of zich in staat van wettige zelfverdediging bevond.
- g) Beoefening van betaalde sportactiviteit met inbegrip van de trainingen, sportbeoefening in de lucht of met gebruik van motorrijtuigen en de beoefening van gevaarlijke sporten (zoals alpinisme, kanovaren op wild water, onderwatersport met autonoom ademhalingsapparaat, speleologie, onderwaterarcheologie enz.).
 - h) Een opzettelijke daad van de aangeslotene, tenzij die het bewijs kan leveren dat het een geval van redding van personen of van goederen betreft.
 - i) Een door de aangeslotene gepleegde misdaad of misdrijf, roekeloze daad, weddenschap of uitdaging.
 - j) Rechtstreekse of onrechtstreekse uitwerking van radioactieve stoffen of kunstmatige versnelling van atoomdeeltjes, met uitzondering van het gebruik om medische redenen van radioactieve stoffen.
 - k) Vrijwillige verminking of zelfmoordpoging.
 - l) Een ongeval, waarbij de aangeslotene deel uitmaakt van de bemanning van een luchtvaartuig of tijdens de vlucht beroeps- of andere activiteiten verricht in verband met het toestel of de vlucht.

ARTIKEL 9 - Vervoermiddelen

De ongevallen die voortvloeien uit het gebruik door de aangeslotene van alle vervoermiddelen te land, te water, op zee en in de lucht zijn in het raam van de statutaire voorwaarden gewaarborgd. Wat het luchtvervoer betreft, wordt er nader bepaald dat uitsluitend de ongevallen gewaarborgd zijn die voortvloeien uit het gebruik door de aangeslotene als passagier van alle vliegtuigen, watervliegtuigen of helikopters die een vergunning hebben voor personenvervoer, voor zover hij geen deel uitmaakt van de bemanning of tijdens de vlucht geen enkele beroeps- of andere activiteit verricht in verband met het toestel of de vlucht.

ARTIKEL 10 - Medische expertise

De uitkeringen bepaald in artikel 2 worden slechts verleend voor zover de maatschappij Hospitaal-Plus het recht heeft op ieder ogenblik de gezondheidstoestand van de aangeslotene door een door haar erkende arts te laten controleren. De door de aangeslotene gekozen arts geeft de aangeslotene die erom verzoekt de geneeskundige verklaringen af die voor het uitvoeren van deze overeenkomst nodig zijn.

Bij onenigheid tussen de geneesheer van de aangeslotene en deze van Hospitaal-Plus, zullen de betrokken partijen een derde dokter aanwijzen teneinde tot een beslissing te komen. Indien over deze aanwijzing geen akkoord bereikt wordt, zal de keuze gedaan worden door de voorzitter van de Rechtbank van Eerste Aanleg van de woonplaats van de aangeslotene. De derde geneesheer zal onherroepelijk beslissen. De kosten voor de aanstelling van de derde dokter en de betaling van zijn honorarium zullen voor de helft door beide partijen gedragen worden.

ARTIKEL 11 - Territoriale grenzen

Deze statutaire voorwaarden zijn van toepassing in de hele wereld. De tussenkomst van Hospitaal-Plus wordt verkregen na uitputting van de tussenkomst verkregen van EuroCross of een andere medische reisbijstandsverzekering of beroepsverzekering.

ARTIKEL 12 – Inwerkingtreding, aansluitingsbijdrage en duur

Op voorwaarde dat de volledige aansluitingsbijdrage betaald is tegen het einde van de eerste maand van de aansluiting, treedt de aansluiting in werking op de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van het aansluitingsformulier. In geen geval kan de aansluiting bij de MOB Hospitaal-Plus aanvangen vóór de aanvang van de aansluiting bij een Liberale mutualiteit, lid van de MOB. Als aansluitingsbijdrage geldt de bijdrage die overeenstemt met de leeftijd op het ogenblik van de inwerkingtreding van de aansluiting.

Is er een wachttijd, dan valt de dag van inwerkingtreding samen met de eerste dag van de wachttijd. De aansluiting bij Hospitaal-Plus is van onbepaalde duur. De aangeslotene kan de aansluiting te allen tijde beëindigen met een aangetekende brief, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand.

ARTIKEL 13 – De bijdragen

De waarborgen van de hospitalisatiedienst Hospitaal-Plus worden verleend tegen betaling van de kalenderjaarbijdrage per persoon van het betreffende jaar zoals die op de bijgevoegde bijlage vermeld staat. De bijdrage is per maand verschuldigd maar wordt in periodes van twaalf maanden opgevraagd. In het kalenderjaar van de aansluiting is de bijdrage afhankelijk van de leeftijd die men op de aansluitingsdatum bereikt heeft.

Voor aansluitingen die ingaan op of na 1 januari 2007 geldt de aansluiting zowel voor de aangeslotene zelf als voor al zijn of haar personen ten laste die aan de aansluitingsvoorwaarden voldoen. De aansluiter of onderschrijver verbindt er zich toe ook al zijn of haar personen ten laste mee aan te sluiten. Deze verplichting geldt niet voor dié personen die al bij een privé hospi-

alisatieverzekering type "werkelijke kosten" aangesloten zijn. Dit moet in dat geval worden aangetoond met een attest van deze verzekeringsmaatschappij. De aangeslotene verbindt er zich toe alle relevante wijzigingen aan Hospitaal-Plus te melden.

De bijdrage is de prijs van de hospitalisatiedienst Hospitaal-Plus. Zij is draagbaar en vooruitbetaalbaar bij aanbieding van het betalingsformulier of van de domiciliëring zo de aangeslotene voor deze betaalwijze gekozen heeft. Ingeval van opzegging door de aangeslotene, uitgaande mutatie of overlijden wordt de ontvangen bijdrage ten belope van het resterend aantal maanden van het kalenderjaar terugbetaald.

Indien de aangeslotene geen lid meer is bij een van de liberale mutualiteiten die deelnemen aan Hospitaal-Plus, dan nemen de aansluiting en de waarborg van Hospitaal-Plus een einde op de laatste dag van het lidmaatschap bij de mutualiteit. De betaalde bijdrage met betrekking tot de resterende maanden van het kalenderjaar worden terugbetaald.

Alle eventuele belastingen, taksen en bijdragen die Hospitaal-Plus moet of zal moeten afhouden uit hoofde van geïnde bijdragen zijn en blijven uitsluitend ten laste van de aangeslotene. Ze worden tegelijk met de bijdragen geïnd.

In geval van laattijdige of niet-betaling van de bijdrage voor Hospitaal-Plus en/of van de bijdrage voor de aanvullende diensten, wordt de waarborg per brief opgeschort. Deze brief maant de aangeslotene aan tot betaling binnen een termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de dag die volgt op de datum van de poststempel van de brief. Is de bijdrage voor Hospitaal-Plus tegen de 15de dag van die termijn niet betaald, dan treedt er een schorsing van de waarborg op vanaf de dag die volgt op de vermelde termijn van 15 dagen.

Is de waarborg geschorst:

- a) dan wordt een einde aan de schorsing gemaakt bij de betaling van de achterstallige bijdragen;
- b) dan kan Hospitaal-Plus, in geval van niet-betaling, de aansluiting beeïndigen per aangetekend schrijven. In dat geval heeft de opzegging uitwerking na het verstrijken van een termijn van vijftien dagen, te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing. De onbetaalde bijdragen tot de ontslag-datum blijven aan Hospitaal-Plus verschuldigd, beperkt evenwel tot maximum twee opeenvolgende jaren.

ARTIKEL 14 - Gevolgen van de niet-betaling van de bijdrage

De aangeslotene kan op geen enkele tussenkomst van Hospitaal-Plus aanspraak maken bij ziekenhuisopname, ernstige ziekte of de bijkomende waarborg voorzien in artikel 2 die zich voordoet vooraleer de eerste bijdrage werd betaald of na de datum van schorsing aangehaald in het artikel 13.

De bijdrage die betaald wordt na de aanvang van een ziekenhuisopname of van de behandeling van een ernstige ziekte geeft evenmin recht op tussenkomst in de hierbij gemaakte kosten. Bovendien brengt elke onderbreking van de dekking de toepassing van nieuwe wachttijden met zich, gelijk aan deze vermeld in artikel 6.

ARTIKEL 15 - Aanpassing van de bijdragen

De bijdrage wordt op 1 januari van elk jaar aangepast aan de gezondheidsindex. Deze aanpassing gebeurt in functie van de verhouding van de index van de maand augustus onmiddellijk voorafgaand aan het jaar vanaf hetwelke de aangepaste bijdrage van toepassing wordt, ten opzichte van de index van de maand augustus van het tweede voorafgaande jaar.

ARTIKEL 16 - Verjaring

De vordering tot het betalen van de tussenkomsten verjaart na verloop van twee jaar te rekenen vanaf het einde van de maand volgend op het beëïndigen van de prestaties waarvoor tussenkomst wordt gevraagd in toepassing van de statutaire voorwaarden.

ARTIKEL 17 - Algemene bepalingen

- a) De aangeslotene aanvaardt dat de aangetekende brief m.b.t. de opzegging door Hospitaal-Plus van de waarborg in toepassing van artikel 13 van deze voorwaarden in afwijking van artikel 1139 van het Burgerlijk Wetboek, een voldoende aanmaning vormt en dat de verzending ervan definitief bewezen is door het afgiftebewijs van de post en de inhoud ervan door de briefafschriften of de dossiers.
- b) De aangeslotene verplicht zich tot het aanvaarden van alle aangetekende of andere brieven en correspondentie, die hem door Hospitaal-Plus worden toegezonden; hij is verantwoordelijk voor elke inbreuk op deze verplichting. In geval van weigering van deze brieven en correspondentie, zullen zij worden beschouwd als zijnde ontvangen door de aangeslotene.
- c) De aangeslotene erkent een exemplaar ontvangen te hebben van de statutaire voorwaarden met betrekking tot de rechten en plichten van de aangeslotenen en van Hospitaal-Plus, en er kennis van te hebben genomen. Hij verklaart ze onvoorwaardelijk goed te keuren.

BIJLAGE BIJ ARTIKEL 13 – BIJDRAGEN 2009
INTEGRAAL ONDERDEEL VAN ART. 13 VAN DE STATUTAIRE VOORWAARDEN 2009

BIJDRAGEN 2009 (Goedgekeurd door de algemene vergadering van 6 november 2008)

Als aansluitingsbijdrage geldt de bijdrage die overeenstemt met de leeftijd op de eerste dag van de aansluiting.

1. De aansluiting bij Hospitaal-Plus is ingegaan vóór 1 januari 2007:

27,36 euro:	van 0 jaar tot 31 december volgend op de 20 ^{ste} verjaardag.
48,00 euro:	van 1 januari volgend op de 20 ^{ste} tot 31 december volgend op de 25 ^{ste} verjaardag.
71,88 euro:	van 1 januari volgend op de 25 ^{ste} tot 31 december volgend op de 30 ^{ste} verjaardag.
107,64 euro:	van 1 januari volgend op de 30 ^{ste} tot 31 december volgend op de 50 ^{ste} verjaardag.
129,84 euro:	van 1 januari volgend op de 50 ^{ste} tot 31 december volgend op de 65 ^{ste} verjaardag.
229,20 euro:	van 1 januari volgend op de 65 ^{ste} tot 31 december volgend op de 70 ^{ste} verjaardag.
334,08 euro:	vanaf 1 januari volgend op de 70 ^{ste} verjaardag.

2. De aansluiting bij Hospitaal-Plus is ingegaan op of na 1 januari 2007:

27,36 euro:	van 0 jaar tot 31 december volgend op de 20 ^{ste} verjaardag.
48,00 euro:	van 1 januari volgend op de 20 ^{ste} tot 31 december volgend op de 25 ^{ste} verjaardag.
71,88 euro:	van 1 januari volgend op de 25 ^{ste} tot 31 december volgend op de 30 ^{ste} verjaardag.
107,64 euro:	van 1 januari volgend op de 30 ^{ste} tot 31 december volgend op de 50 ^{ste} verjaardag.
129,84 euro:	van 1 januari volgend op de 50 ^{ste} tot 31 december volgend op de 60 ^{ste} verjaardag.
198,36 euro:	van 1 januari volgend op de 60 ^{ste} tot 31 december volgend op de 65 ^{ste} verjaardag.
297,72 euro:	van 1 januari volgend op de 65 ^{ste} tot 31 december volgend op de 70 ^{ste} verjaardag.
402,60 euro:	vanaf 1 januari volgend op de 70 ^{ste} verjaardag.