



HOSPITALISATIE

INDIVIDUEEL

INHOUD

Uw polis bestaat uit deze Algemene Voorwaarden en de Bijzondere Voorwaarden.
De voorwaarden die u, de verzekeringnemer, eigen zijn,
vermelden wij in de Bijzondere Voorwaarden.
Uw Bijzondere Voorwaarden hebben altijd voorrang op deze Algemene Voorwaarden.
Wij raden u aan beide voorwaarden aandachtig te lezen.

WAARBORGEN **P. 3**

1. Hospitalisatie
2. Ambulante voor- en naverzorging
3. Ambulante verzorging in geval van zware ziekten - Palliatieve verzorging
4. Bijstand

WAARBORGBEPERKINGEN **P. 6**

SCHADEREGELING EN VERGOEDING **P. 7**

1. Aangifte
2. Berekening van de vergoeding
3. Rechtstreekse betaling - AssurCard
4. Medewerking
5. Subrogatie
6. Medische betwisting

ALLERLEI **P. 9**

1. Aanvang
2. Vrije keuze
3. Verzekeringsgebied
4. Verklaringen/andere verzekeringen
5. Duur van de verzekering en opzegging
6. Premiebetaling
7. Aanpassing van voorwaarden en premies
8. Aanvaarding van de risico's/nieuwe aansluitingen
9. Mededelingen
10. Verplichte mededelingen

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN **P. 11**

Ambulante verzorging
Bijstandsverzekeraar
Geneesmiddel
Hospitalisatie
Hotelkosten
One-day clinic
Ongeval
Orthopedisch toestel
Palliatieve verzorging
Prothese
Verpleeginrichting
Verzekerde
Verzekeringnemer
Verzekeringsjaar
Wettelijke tegemoetkoming
Ziekte
Zware ziekte

Uitleg bij de *cursief* gedrukte woorden vindt u in de 'Begripsomschrijvingen', achteraan in deze Algemene Voorwaarden.

WAARBORGEN

1. HOSPITALISATIE

WIJ VERZEKEREN de medisch noodzakelijke kosten van de *verzekerde* die als gevolg van *ziekte, ongeval* of bevalling werden gemaakt tijdens:

1. *hospitalisatie* van de *verzekerde*;
2. een behandeling van het type *one-day clinic*;
3. thuisbevalling.

WIJ VERGOEDEN volgende prestaties:

1. het verblijf van de *verzekerde* in een *verpleeginrichting*;
2. medische en paramedische prestaties voorzover verleend of voorgeschreven door een geneesheer;
3. *geneesmiddelen*;
4. *prothesen, orthopedische toestellen*, contactlenzen en brillenglazen voorzover voorgeschreven door een geneesheer;
5. het medisch materiaal, endoscopisch en viscerosynthesemateriaal;
6. het vervoer per ziekenwagen of per helikopter voorzover dit medisch verantwoord is, gezien de vereiste spoed en de gezondheidstoestand van de *verzekerde* en voorzover dit betrekking heeft op de periode van *hospitalisatie*, namelijk van de dag van opname tot en met de dag van ontslag uit de *verpleeginrichting*. Wij begrenzen de terugbetaling van de vervoerskosten op 1.850 EUR per *verzekerde* en per *hospitalisatie*;
7. homeopathische middelen voorzover voorgeschreven door een geneesheer, begrensd op 50 % van de kostprijs met een plafond van 180 EUR per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*;
8. acupunctuur, chiropraxie en osteopathie voorzover voorgeschreven door een geneesheer. Wij begrenzen de terugbetaling op maximaal 20 EUR per behandeling en dit maximaal 10 keer per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*;
9. tandextracties;
10. medisch noodzakelijke tandbehandelingen als gevolg van een *ongeval*. De hierbij gebruikte tand*prothesen* en tandmaterialen worden vergoed op voorwaarde dat zij recht geven op een *wettelijke tegemoetkoming*.

WIJ VERGOEDEN BOVENDIEN AANVULLEND in de periode van *hospitalisatie*:

1. de kosten voor het verblijf van een van de ouders, grootouders of voogd in de *verpleeginrichting* bij een *hospitalisatie* van een verzekerd kind van 14 jaar of jonger;
2. de verblijfkosten en medische prestaties voor de donor als een *verzekerde* een orgaan of weefsel ontvangt;

3. de kosten voor de baby bij een bevalling tot deze de *verpleeginrichting* verlaat;
4. de wiegendoodtest;
5. de *palliatieve verzorging*;
6. de mortuariumkosten voorzover deze verrekend worden via de ziekenhuisfactuur;
7. de kosten voor de opname van stamcellen uit de navelstreng op het moment van de bevalling, met een maximum van 400 EUR. De bewaringskosten vergoeden wij evenwel niet.

2. AMBULANTE VOOR- EN NAVERZORGING

WIJ VERZEKEREN de kosten voor *ambulante verzorging* van de *verzekerde* die gemaakt worden in het kader van voor- en naverzorging en die rechtstreeks verband houden met de reden van de *hospitalisatie*, de opname in *one-day clinic* of de thuisbevalling gedurende een periode van:

1. 2 maanden vóór opname tot 6 maanden na ontslag uit de *verpleeginrichting*;
2. 2 maanden vóór tot 6 maanden na de dag van opname in *one-day clinic*;
3. 2 maanden vóór tot 6 maanden na de dag van thuisbevalling.

WIJ VERGOEDEN de medisch noodzakelijke kosten van de *verzekerde*, voor:

1. medische en paramedische prestaties voorzover verleend of voorgeschreven door een geneesheer;
2. *geneesmiddelen*;
3. *prothesen, orthopedische toestellen*, contactlenzen en brillenglazen voorzover voorgeschreven door een geneesheer;
4. homeopathische middelen voorzover voorgeschreven door een geneesheer, begrensd op 50 % van de kostprijs met een plafond van 180 EUR per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*;
5. acupunctuur, chiropraxie en osteopathie voorzover voorgeschreven door een geneesheer. Wij begrenzen de terugbetaling op maximaal 20 EUR per behandeling en dit maximaal 10 keer per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*;
6. huur van materiaal dat medisch noodzakelijk is;
7. kraamzorg, begrensd op 75 EUR per dag en dit maximaal tot 8 dagen na de bevallingsdatum.

WIJ VERGOEDEN EVENWEL NIET de kosten voor vervoer.

3. AMBULANTE VERZORGING IN GEVAL VAN ZWARE ZIEKTEN - PALLIATIEVE VERZORGING

WIJ VERZEKEREN de kosten voor *ambulante verzorging* van de *verzekerde* die gemaakt worden in het kader van *zware ziekten* en *palliatieve verzorging* zonder dat een *hospitalisatie* of een behandeling in *one-day clinic* is vereist.

WIJ VERGOEDEN de medisch noodzakelijke kosten van de *verzekerde*, voor:

1. medische en paramedische prestaties voorzover verleend of voorgeschreven door een geneesheer;
2. *geneesmiddelen*;
3. *prothesen, orthopedische toestellen*, contactlenzen en brillenglazen voorzover voorgeschreven door een geneesheer;
4. het verblijf van de *verzekerde*, ook buiten een *verpleeginstelling*, in het kader van *palliatieve verzorging*;
5. huur van materiaal dat medisch noodzakelijk is.

WIJ VERGOEDEN EVENWEL NIET de kosten voor vervoer.

VERGOEDINGSLIMIET:

Voor *palliatieve verzorging* waarbij verblijfkosten aangerekend worden in een instelling die geen *verpleeginrichting* is, begrenzen wij onze maximale tussenkomst in deze verblijfkosten op 75 EUR per ligdag.

De totaliteit van onze tussenkomst op grond van de waarborg *Ambulante verzorging* in geval van *zware ziekten - Palliatieve verzorging* wordt steeds begrensd op 6.500 EUR per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*.

4. BIJSTAND

Om een beroep te doen op de waarborg Bijstand kunt u rechtstreeks met onze *bijstandsverzekeraar* contact opnemen op het bijstandsnummer, vermeld in de Bijzondere Voorwaarden of op uw AssurCard.

HOSPITALISATIE IN BELGIË:

Bij *hospitalisatie* in België als gevolg van *ziekte of ongeval*, kan de *verzekerde* een beroep doen op een **kinderopspandienst** voorzover hij kinderen heeft jonger dan 14 jaar. Deze waarborg is beperkt tot een bedrag van 65 EUR per dag gedurende maximaal een week.

HOSPITALISATIE BUITEN BELGIË:

Bij *hospitalisatie* in een land buiten België als gevolg van *ziekte of ongeval*, kan de *verzekerde* een beroep doen op de *bijstandsverzekeraar* voor volgende waarborgen en diensten:

1. **Garantiestelling** door de *bijstandsverzekeraar* voor het betalen van de facturen indien de *verpleeginrichting*, waar een *verzekerde* opgenomen wordt, dit vereist. Indien de *bijstandsverzekeraar* daadwerkelijk facturen betaalt, is de *verzekeringnemer* en/of de *verzekerde* verplicht, binnen de maand na ontvangst van de facturen, de nodige stappen te ondernemen om ze via de sociale zekerheid te recupereren en de ontvangen sommen door te storten aan de *bijstandsverzekeraar*.
2. **Betaling van een voorschot** door de *bijstandsverzekeraar* indien de *verpleeginrichting*, waar een *verzekerde* opgenomen wordt, dit vereist. De *verzekeringnemer* en/of de *verzekerde* is verplicht, binnen de maand na ontvangst van de facturen, de nodige stappen te ondernemen om ze via de sociale zekerheid te recupereren en de ontvangen sommen door te storten aan de *bijstandsverzekeraar*.
3. **Medische bijstand:** het medische team van de *bijstandsverzekeraar* stelt zich onmiddellijk in verbinding met de behandelende geneesheer ter plaatse, om te kunnen beslissen over de meest optimale en medisch verantwoorde behandeling, aangepast aan de toestand van de *verzekerde*. In elk geval gebeurt de organisatie van de eerste hulp door plaatselijke instanties.
4. **Repatriëring** van een zieke of gekwetste indien het medische team van de *bijstandsverzekeraar* dit nodig acht, naar een *verpleeginrichting* in België of naar de woonplaats van de *verzekerde*. Het is de *bijstandsverzekeraar* die oordeelt over de modaliteiten van vervoer (spoor, ziekenwagen, vliegtuig, ...) en de eventuele medische begeleiding (verpleger, arts, ...) volgens de ernst van het geval. Voorzover de zieke of gekwetste een verzekerd kind is van 14 jaar of jonger wordt eveneens de repatriëring van een begeleider ten laste genomen. De *bijstandsverzekeraar* neemt de kosten van de repatriëring volledig ten laste. Indien mogelijk, mag de *bijstandsverzekeraar* uiteraard verlangen dat de *verzekerde* zijn oorspronkelijk vervoerbewijs gebruikt. De *bijstandsverzekeraar* mag eveneens vragen het niet-verbruikt vervoerbewijs aan hem over te maken.
5. **Reis- en hotelkosten** van een ouder, grootouder of voogd, voorzover een verzekerd kind van 14 jaar of jonger buiten gezinsverband in het buitenland verblijft en daar moet worden opgenomen wegens *ziekte of ongeval*. De *bijstandsverzekeraar* zorgt voor de modaliteiten en reservaties van het vervoer en het hotel en neemt de kosten volledig ten laste. Deze kosten worden gedurende maximaal een week vergoed; voor de *hotelkosten* geldt een maximumbedrag van 65 EUR per dag.
6. Ook voor het **doorgeven van dringende boodschappen, de organisatie van paramedische verzorging na hospitalisatie en het opsturen van onmisbare geneesmiddelen** kunt u op de diensten van de *bijstandsverzekeraar* een beroep doen.

OVERLIJDEN BUITEN BELGIË:

Bij overlijden van de *verzekerde* in een land buiten België, kan er eveneens een beroep gedaan worden op de *bijstandsverzekeraar*, die zal instaan voor:

1. de kosten van de lijkverzorging en de kosten van de kisting ter plaatse;
2. de kosten van de kist of urne met een maximum van 620 EUR (inclusief de crematie);
3. als de familie beslist tot teraardebestelling of crematie in België worden de kosten voor repatriëring van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de aangeduide plaats in België eveneens ten laste genomen door de *bijstandsverzekeraar*. De kosten van de teraardebestelling of van de crematie in België zijn niet in de waarborg begrepen.

WORDT EVENWEL NIET VERGOED:

1. elk voorval waarvan niet uitdrukkelijk in de polis is voorzien dat het ten laste wordt genomen;
2. zwangerschappen na de 26e week;
3. de normaal voorzienbare schadelijke gevolgen van een roekeloze daad of een nalaten waaraan de *verzekerde* zich schuldig maakt en waarvan men moest beseffen dat deze een gevaar voor de fysieke integriteit van de *verzekerde* of derden inhouden;
4. de gewaarborgde prestaties die niet verleend kunnen worden door overmacht of een beslissing van overheidswege;
5. het hervallen en herstellen van alle bekende aandoeningen die nog niet geconsolideerd waren of in behandeling waren vóór de vertrekdatum en een werkelijk gevaar van snelle verergering kunnen inhouden.

WAARBORGBEPERKINGEN

Komen niet in aanmerking voor vergoeding, de kosten als gevolg van:

1. lichaamsgebreken en *ziekten* en hun gevolgen die zich reeds gemanifesteerd hebben op het ogenblik van de aansluiting van de *verzekerde* en *ongevallen* gebeurd vóór de datum van aansluiting, voorzover deze door de *verzekerde* of *verzekeringnemer* gekend waren en niet vermeld werden op het voorstel;
2. kuurbehandelingen, zoals modderbaden, vermagerings- of ontwenningsskuren, zelfs indien zij medisch voorgeschreven zijn;
3. wettelijke inenting, vruchtbaarheidsonderzoeken of -behandelingen, sterilisatie, contraceptieve behandelingen, vrijwillige zwangerschapsonderbreking, kunstmatige bevruchting of in-vitrofertilisatie;
4. pogingen tot zelfmoord;
5. een opzettelijke daad van de *verzekerde*, behalve in geval van wettige zelfverdediging of verantwoorde redding van personen of goederen. Een opzettelijke daad is de vrijwillig en bewust gestelde handeling die schade teweegbrengt die redelijkerwijs te voorzien is;
6. oorlog of gelijkaardige feiten en burgeroorlog;
7. arbeidsconflicten, staking en lock-out, aanslagen, oproer, volksbeweging, daden van terrorisme of sabotage indien de *verzekerde* er op actieve wijze aan heeft deelgenomen. Indien de *verzekerde* het bewijs levert dat hij niet actief deelnam, vergoeden wij toch;
8. alcoholisme, toxicomanie of overmatig gebruik van *geneesmiddelen*;
9. *ongevallen* of *ziekten* die zich voordoen terwijl de *verzekerde* zich bevindt in staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie of zich onder invloed bevindt van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, tenzij de *verzekerde* het bewijs levert dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen de ziekenhuisopname en deze omstandigheden;
10. atoomkernreacties, radioactiviteit en ioniserende stralen, behalve bij medisch vereiste bestralingen tijdens de behandeling van een verzekerd schadegeval;
11. *ziekten* of *ongevallen* die zich voordoen als gevolg van het beroepshalve beoefenen van eender welke sport;
12. tandbehandelingen, tenzij deze vermeld onder de waarborg 'Hospitalisatie';
13. psychische hinder die de *verzekerde* ondervindt van zwaarlijvigheid, esthetische gebreken (borstafwijkingen, tekenen van huidveroudering, ...), lichaamsgebreken, enz. Esthetische behandelingen zijn enkel gedekt indien zij een rechtstreeks gevolg zijn van de lichamelijke letsels van een *ziekte* of *ongeval* waarvoor de waarborg geldt;
14. ingrepen die vooral tot doel hebben het lichamelijke en/of hygiënische comfort te verhogen zoals borstverkleiningsoperaties, wegnemen van vetschorten, liposuctie, ...;
15. ingrepen op het maagdarmsstelsel wegens zwaarlijvigheid;
16. geslachtsverandering.
17. zwangerschap en bevalling tijdens de eerste 9 maanden na aanvang van de polis.

SCHADEREGELING EN VERGOEDING

1. AANGIFTE

Elk schadegeval moet binnen de maand aan de raadgevende geneesheer van Mercator Verzekeringen NV worden aangegeven. Deze aangifte moet gebeuren via het door Mercator Verzekeringen NV ter beschikking gestelde formulier of via het AssurCard-systeem.

De aangifte vermeldt alle nuttige inlichtingen over de omstandigheden en de reden van de *hospitalisatie*, de opname in *one-day clinic*, de thuisbevalling, de *zware ziekte* of de *palliatieve verzorging*.

De originele facturen die aanleiding kunnen geven tot een terugbetaling moeten aan Mercator Verzekeringen NV worden overgemaakt binnen de maand na ontvangst.

Deze facturen moeten volgende inlichtingen bevatten:

1. naam en voornaam van de behandelde persoon;
2. datum van de behandeling;
3. uitgevoerde prestatie, met vermelding van het nomenclatuurnummer;
4. gevraagde erelonen;
5. vermelding van de *wettelijke tegemoetkomingen*;
6. voor *geneesmiddelen*: een attest van de apotheker met vermelding van de naam en prijs van het *geneesmiddel*, datum van afgifte en de naam van de geneesheer die het *geneesmiddel* heeft voorgeschreven.

Alle bovenvermelde documenten worden na vergoeding eigendom van Mercator Verzekeringen NV.

2. BEREKENING VAN DE VERGOEDING

Onze waarborgen voorzien in de terugbetaling aan de *verzekerde* van de medisch verantwoorde kosten.

Onze tussenkomst berekenen wij door van de gefactuurde kosten, die door de waarborgen van deze polis worden gedekt, in mindering te brengen:

1. de *wettelijke tegemoetkoming*;
2. iedere andere tussenkomst vanwege de mutualiteit;
3. de kosten boven de eventuele vergoedingslimieten.

2.1 Opnames in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en buiten de Europese Unie

Voor opnames in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en buiten de Europese Unie gelden volgende bijkomende begrenzingsen:

1. per aangerekend ereloon wordt door ons maximaal tweemaal de *wettelijke tegemoetkoming* betaald;
2. voor de verblijfkosten van de *verzekerde* wordt er per gefactureerde ligdag maximaal 100 EUR betaald.

Deze beperkingen gelden niet wanneer de *verzekerde*:

1. opgenomen wordt in de *verpleeginrichting* AZ-VUB in Jette;
2. opgenomen wordt in een *verpleeginrichting* gelegen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest als gevolg van een doorverwijzing vanuit een *verpleeginrichting* buiten het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, voorzover deze doorverwijzing noodzakelijk is als gevolg van ontbrekende therapeutische mogelijkheden;
3. opgenomen wordt in een *verpleeginrichting* gelegen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest of buiten de Europese Unie als gevolg van een ongeval;
4. opgenomen wordt voor een acute aandoening, waarbij de opname in een *verpleeginrichting* in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest of buiten de Europese Unie noodzakelijk is als gevolg van het dringend karakter van de ziekte;
5. na toestemming van onze raadgevende geneesheer een medisch noodzakelijke behandeling laat uitvoeren buiten de Europese Unie.

2.2 Opnames als gevolg van psychische aandoeningen

Voor schadegevallen als gevolg van psychische en psychosomatische aandoeningen en ook als gevolg van geestes- en zenuwziekten, wordt het bedrag dat in aanmerking komt voor onze vergoeding, na toepassing van bovenvermelde punten, beperkt tot 75 %. Met uitzondering van de specifieke gevallen uitgesloten onder het hoofdstuk 'Waarborgbeperkingen'.

2.3 Vrijstelling

De vrijstelling is het deel van de terugbetaalbare kosten dat ten laste blijft van de *verzekerde*. Het bedrag van de vrijstelling wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

Wij rekenen de vrijstelling niet aan bij:

1. thuisbevalling;
2. opnames van het type *one-day clinic*;
3. de waarborg *Ambulante verzorging* in geval van *zware ziekten - Palliatieve verzorging*.

De eventuele vrijstelling wordt toegepast per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*.

3. RECHTSTREEKSE BETALING - ASSURCARD

Indien de *verzekerde* opgenomen wordt in een *verpleeginrichting* die aangesloten is bij AssurCard kan de ziekenhuisfactuur door ons rechtstreeks aan de *verpleeginrichting* betaald worden voorzover de opname in overeenstemming is met de waarborgen van de polis.

Door gebruik te maken van de AssurCard aanvaardt de *verzekerde* dat wij betalen voor rekening van diegene die de kosten normaal gezien moet dragen.

Wat niet door deze polis gewaarborgd is, zoals de eventuele vrijstelling, de niet-medische kosten en de kosten die niet of niet volledig gewaarborgd zijn door deze polis, wordt door ons verrekend of wordt aan ons op eerste verzoek terugbetaald door de *verzekerde*.

Iedere betaling die wij rechtstreeks aan de *verpleeginrichting* doen, gebeurt steeds zonder nadelige erkenning en onder voorbehoud van onderzoek van de waarborgen met betrekking tot het schadegeval.

4. MEDEWERKING

De *verzekerde* is ertoe gehouden, zijn behandelende geneesheer te machtigen alle inlichtingen over zijn gezondheidstoestand aan de raadgevende geneesheer van Mercator Verzekeringen NV mee te delen, om deze toe te laten met kennis van zaken te oordelen.

Wij hebben het recht de aan ons gedane verklaringen en de antwoorden op onze vragen om inlichtingen te onderzoeken en zo nodig controle door onze raadgevende geneesheer te eisen. De *verzekerde* moet de nodige maatregelen treffen om de vaststellingen, die moeten gedaan worden door onze afgevaardigden, mogelijk te maken en te vergemakkelijken.

Indien de *verzekerde* een van deze verplichtingen met betrekking tot aangifte en medewerking niet nakomt, kunnen wij de uitkering verminderen overeenkomstig het nadeel dat wij geleden hebben. Wij kunnen de dekking zelfs weigeren indien de verplichtingen met bedrieglijk opzet niet zijn nagekomen.

5. SUBROGATIE

Mercator Verzekeringen NV treedt ten belope van haar uitgaven in de plaats van de *verzekerde* tegen:

- een derde persoon die aansprakelijk kan worden gesteld;
- elke persoon die krachtens artikel 29 bis van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen gehouden is tussen te komen.

Mercator Verzekeringen NV zal, behalve bij kwaad opzet, dit recht evenwel niet uitoefenen tegen:

1. de bloedverwanten in de rechte lijn van de *verzekerde*;
2. de echtgenoot en de aanverwanten in de rechte lijn van de *verzekerde*;
3. de bij hem inwonende personen;
4. zijn gasten;
5. zijn huispersoneel.

Mercator Verzekeringen NV kan evenwel verhaal uitoefenen op de in het vorige lid genoemde personen, voorzover hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een polis gedekt is

6. MEDISCHE BETWISTING

Bij geschillen van medische aard kunnen de partijen in gemeenschappelijk overleg beslissen dit geschil te regelen via een minnelijke medische expertise, via 2 dokters in de geneeskunde, gekozen door de partijen.

Indien beide artsen niet tot een akkoord komen, zullen ze een 3e dokter kunnen aanstellen of zich voor deze keuze wenden tot de Voorzitter van de bevoegde Rechtbank van Eerste Aanleg en dit op verzoek van de meest gereede partij.

Elke partij betaalt de honoraria van haar dokter en de helft van de honoraria van de derde.

ALLERLEI

1. AANVANG

De polis is afgesloten, na uitgifte van de Bijzondere Voorwaarden, door betaling van de eerste premie.

De dekking wordt verleend vanaf de datum aangeduid in de Bijzondere Voorwaarden, maar niet vooraleer dat de eerste premie betaald is. Deze bepaling primeert op de Bijzondere Voorwaarden.

2. VRIJE KEUZE

De *verzekerde* heeft volledig vrije keuze van *verpleeginrichting*, kamertype en behandelend geneesheer.

3. VERZEKERINGSGBIED

De waarborgen gelden over de hele wereld.

4. VERKLARINGEN/ANDERE VERZEKERINGEN

De *verzekeringsnemer* of de *verzekerde* zijn verplicht elke andere verzekering die hetzelfde voorwerp heeft en/of aan dezelfde *verzekerden* dekking verleent, aan Mercator Verzekeringen NV kenbaar te maken.

5. DUUR VAN DE VERZEKERING EN OPZEGGING

De polis wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

De *verzekeringsnemer* heeft het recht de polis jaarlijks op te zeggen tegen de vervalddag. Dit moet per aangetekende brief gebeuren en de aanvraag moet ons 3 maanden vóór de jaarvervalddag bereiken.

Mercator Verzekeringen NV kan de polis enkel opzeggen wegens niet-betaling van de premie (zie volgende rubriek) of wegens fraude.

Indien de *verzekerde* op het ogenblik van de beëindiging van de polis of schorsing van de dekking gehospitaliseerd is, zal Mercator Verzekeringen NV de hiermee gepaard gaande hospitalisatiekosten toch terugbetalen, met aftrek van de voor de *verzekerde* voor deze periode verschuldigde premie.

De kosten voor *ambulante verzorging* gemaakt na de beëindiging van de polis of tijdens de schorsing van de dekking, komen echter niet meer in aanmerking voor terugbetaling.

6. PREMIEBETALING

De premie, verhoogd met de taksen en bijdragen, is een jaarpremie, ook indien in de Bijzondere Voorwaarden gespreide premiebetaling wordt toegestaan.

De premie moet op de vervaldagen vooruitbetaald worden op verzoek van Mercator Verzekeringen NV of de bemiddelaar die op dat ogenblik daartoe door Mercator Verzekeringen NV gemandateerd is.

Mercator Verzekeringen NV kan bij niet-betaling van de premie op de vervalddag de *verzekeringsnemer* in gebreke stellen en als sanctie de dekking van de polis schorsen of de polis opzeggen.

Vanaf deze ingebrekestelling moet de premie rechtstreeks en uitsluitend aan Mercator Verzekeringen NV betaald worden. Bij niet-betaling binnen een termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de ingebrekestelling, is de dekking geschorst en zijn nieuwe schadegevallen niet meer verzekerd.

Wanneer er geen andere achterstallige premies zijn voor deze polis, gaat de dekking terug in nadat Mercator Verzekeringen NV de premie - eventueel verhoogd met interesten - ontvangen heeft. Mercator Verzekeringen NV kan de wederinvoegstelling van de polis afhankelijk maken van de gunstige uitslag van eventueel te vervullen medische formaliteiten.

Tijdens de schorsingsperiode heeft Mercator Verzekeringen NV het recht deze polis op te zeggen. Deze opzegging gaat in na het verstrijken van een termijn die niet korter mag zijn dan 15 dagen te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing.

7. AANPASSING VAN VOORWAARDEN EN PREMIES

Volgens de evolutie van de index van de rubriek 'Verpleging in het ziekenhuis' die een onderdeel vormt van het indexcijfer van de consumptieprijzen, kan de premie op elke jaarvervalddag worden geïndexeerd. De maximale indexering wordt bekomen door de verhouding tussen het jaargemiddelde van deze index op 31/8 van het kalenderjaar voorafgaand aan het lopende *verzekeringsjaar* en het jaargemiddelde op 31/8 van het kalenderjaar voorafgaand aan het jaar waarin de polis in voege ging. De *verzekeringsnemer* mag evenwel de polis opzeggen.

Daarenboven behouden wij ons het recht voor de voorwaarden en premies aan te passen wanneer:

1. de bovenvermelde maatregel onvoldoende is om de reëel gestegen kostprijs van de gewaarborgde prestaties te dekken;
2. de bevoegde overheid de wetgeving inzake sociale zekerheid, de ziekenhuiswet (07/08/1987) of een andere wetgeving in het kader van gezondheidszorgen dermate aanpast dat dit een significante verzwaring van de kost van de oorspronkelijke voorziene prestaties op grond van deze polis teweegbrengt.

De wijziging van de voorwaarden kan niet tot gevolg hebben dat wij raken aan de wezenlijke kenmerken van deze polis. Indien u het met deze wijzigingen niet eens bent, kunt u de polis opzeggen.

Wijzigen wij onze voorwaarden of ons tarief, dan brengen wij u hiervan schriftelijk op de hoogte.

Zegt u de polis niet op overeenkomstig de hierna volgende regels, dan gaan de nieuwe voorwaarden of het nieuwe tarief in op de jaarlijkse vervalddag.

Het ogenblik waarop wij u verwittigen, is bepalend voor uw opzeggingsmogelijkheden en de opzeggingstermijn die u moet naleven:

- 1) verwittigen wij u ten minste 4 maanden vóór de jaarlijkse vervalddag, dan kunt u de polis opzeggen tegen de vervalddag. U moet hierbij wel een opzeggingstermijn van 3 maanden naleven;
- 2) brengen wij u minder dan 4 maanden vóór de jaarlijkse vervalddag op de hoogte, dan hebt u gedurende 3 maanden na deze kennisgeving tijd om een beslissing te nemen:
 - a. indien u de wettelijke opzeggingstermijn van ten minste 1 maand kunt naleven, kunt u de polis opzeggen tegen de vervalddag;
 - b. in alle andere gevallen kunt u opzeggen met een opzeggingstermijn van 1 maand. Voor de periode na de vervalddag rekenen wij een pro-ratopremie aan tegen het oude tarief en behoudt u voor deze periode de oude voorwaarden.

8. AANVAARDING VAN DE RISICO'S/NIEUWE AANSLUITINGEN

Mercator Verzekeringen NV stelt de aansluiting van de *verzekerde* afhankelijk van de gunstige uitslag van de medische vragenlijst.

Op vraag van Mercator Verzekeringen NV moet de *verzekerde* verdere medische formaliteiten vervullen.

Mercator Verzekeringen NV behoudt zich het recht voor, hetzij een aansluiting te weigeren, hetzij bijkomende Bijzondere Voorwaarden voor te stellen. In het laatste geval worden de beperkende bepalingen van medische aard vastgelegd in een individuele bijakte aan de polis.

Deze bijakte maakt integraal deel uit van de polis en is bindend voor alle partijen.

Pasgeborenen kunnen aangesloten worden vanaf de geboortedatum zonder medische formaliteiten op voorwaarde dat:

1. een van de ouders bij de geboorte ten minste 6 maanden verzekerd is;
2. de aansluiting is aangevraagd binnen de maand na de geboorte.

9. MEDEDELINGEN

De *verzekeringnemer* verbindt zich ertoe elke adreswijziging dadelijk aan Mercator Verzekeringen NV te melden. De voor Mercator Verzekeringen NV bestemde mededelingen moeten gedaan worden aan een van haar zetels in België.

De voor de *verzekeringnemer* bestemde mededelingen zijn geldig gedaan aan het laatste door Mercator Verzekeringen NV gekende adres.

10. VERPLICHTE MEDEDELINGEN

Het Belgisch recht en de dwingende bepalingen van de Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de diverse uitvoeringsbesluiten zijn van toepassing. De andere bepalingen gelden eveneens, behalve wanneer ervan wordt afgeweken in deze Algemene of Bijzondere Voorwaarden.

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Ambulante verzorging

Medische en/of paramedische verzorging buiten een periode van *hospitalisatie*.

Bijstandsverzekeraar

De bijstandsverzekeraar voor de waarborg Bijstand zoals vermeld in de betreffende rubriek is Inter Partner Assistance (IPA) met zetel in 1050 Brussel, Troonstraat 98, B9, en erkend onder codenummer 487.

Geneesmiddel

Een product dat uitsluitend in de apotheek verkocht wordt en voorgeschreven is door een geneesheer en dat behoort tot de farmaceutische producten als dusdanig geregistreerd door het bevoegde ministerie.

Hospitalisatie

Hieronder verstaan wij elk medisch noodzakelijk verblijf in een *verpleeginrichting* van ten minste één nacht.

Hotelkosten

De kosten van de overnachting in kamer met ontbijt.

One-day clinic

Onder een behandeling van het type one-day clinic (of dag-hospitalisatie) verstaan wij een verblijf in een *verpleeginrichting* waarvoor door de *verpleeginrichting* een mini- of maxiforfait of een forfait A, B, C of D gefactureerd wordt.

Ongeval

Een plots voorval waarvan de oorzaak of een van de oorzaken buiten het organisme van de *verzekerde* ligt en dat een lichamelijk letsel tot gevolg heeft.

Orthopedisch toestel

Een toestel dat dient om misvormingen van het lichaam te voorkomen of te corrigeren.

Palliatieve verzorging

Binnen deze polis verstaan wij hieronder de zorgen verstrekt aan een *verzekerde* die lijdt aan een of meer onomkeerbare aandoeningen die ongunstig evolueren, met een ernstige algemene achteruitgang van zijn psychische of fysieke toestand, bij wie noch behandeling noch revalidatie deze ongunstige evolutie kan afremmen en het overlijden binnen een relatief korte termijn wordt verwacht, zodat de toegepaste behandeling enkel bijdraagt tot het verzachten en menswaardig maken van het lijden.

Prothese

Een toestel dat de functie van een orgaan of lidmaat geheel of gedeeltelijk vervangt.

Verpleeginrichting

Een instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis en waarin de personen die er worden opgenomen kunnen

verblijven en op ieder ogenblik onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde kunnen ondergaan. De opname in deze instelling moet gebeuren omdat de gezondheidstoestand van de betrokkene dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de *ziekte* te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.

Worden niet als verpleeginrichting beschouwd:

1. psychiatrische verzorgingstehuizen;
2. medisch-pedagogische inrichtingen;
3. kuurinrichtingen;
4. inrichtingen uitsluitend bestemd om bejaarden, kinderen of herstellenden te herbergen;
5. instellingen exclusief bestemd voor ontwenningkuren als gevolg van drugs-, alcohol- of medicijngebruik.

Verzekerde

Iedere persoon op wiens hoofd de polis afgesloten is en die in deze hoedanigheid in de Bijzondere Voorwaarden wordt vermeld.

Verzekeringnemer

De natuurlijke of rechtspersoon die een polis afsluit bij Mercator Verzekeringen NV, in deze polis 'u' genoemd.

Verzekeringsjaar

Een verzekeringsjaar is de periode van 12 maanden, te rekenen vanaf de jaarvervaldag die bepaald is in de Bijzondere Voorwaarden van de polis. Indien de aansluitingsdatum van een *verzekerde* niet overeenkomt met de jaarvervaldag, bestaat het eerste verzekeringsjaar uit de periode tussen de datum van aansluiting en de jaarvervaldag van de polis.

Wettelijke tegemoetkoming

- voor kosten in België gemaakt, elke terugbetaling voorzien door de Belgische sociale wetgeving die van toepassing is voor de werknemers, met name:
 - de wetgeving betreffende de verplichte verzekering tegen *ziekte* en invaliditeit;
 - de wetgeving betreffende de *arbeidsongevallen*;
 - de wetgeving betreffende de *beroepsziekten*;
- voor kosten gemaakt in het buitenland, elke terugbetaling voorzien door een met het betrokken land gesloten overeenkomst over sociale zekerheid van werknemers of bij ontstentenis daarvan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling bepaald in de Belgische sociale wetgeving die van toepassing is voor de werknemers.

Indien de *verzekerde* deze wettelijke tegemoetkoming om welke reden ook niet ontvangt, of er geen recht op heeft, wordt rekening gehouden met een fictieve tegemoetkoming gelijk aan de wettelijke tegemoetkoming.

Ziekte

Een aantasting van de gezondheid wegens een andere oorzaak dan een *ongeval*, met aanwijsbare, medisch objectiveerbare symptomen, erkend door een geneesheer die wettelijk gemachtigd is de geneeskunde uit te oefenen.

Zware ziekte

Dit zijn in het kader van deze polis de hierna genoemde *ziekten*: kanker (met inbegrip van leukemie en *ziekte* van Hodgkin), multiple sclerose, *ziekte* van Parkinson, *ziekte* van Pompe, tetanus, pokken, meningitis, encephalitis, aids, amyotrofe lateraalsclerose, progressieve spierdystrofie, *ziekte* van Alzheimer, poliomyelitis, *ziekte* van Crohn, (para)tyfus, cholera, tuberculose, virale hepatitis, mucoviscidose, diabetes, malaria, difterie, miltvuur, *ziekte* van Creutzfeldt-Jakob en *ziekten* waarvoor nierdialyse vereist is.

Mercator Verzekeringen nv
Maatschappelijke zetel Gent
Kortrijksesteenweg 302
9000 Gent
Tel.: 09 242 37 11
Fax: 09 242 36 36

Zetel Antwerpen
Desguinlei 100
2018 Antwerpen
Tel.: 03 247 21 11
Fax: 03 247 27 77

HRG 967 - HRA 285.631
BTW BE 400 048 883
Mercator Bank 880-2785111-94
KBC 410-0000711-55

Lid van de Baloise-Groep

www.mercator.be

0096-0581L0000.04-01012004

Wij doen elke dag ons uiterste best om u een optimale service te bieden.

Bent u toch niet helemaal tevreden?

Bel of schrijf ons dan. Wij vinden ongetwijfeld een oplossing.

U kunt uw klacht ook kenbaar maken aan de:

Ombudsman van de Verzekeringen
de Meeûsplantsoen 35
1000 Brussel

of aan de
Controledienst voor de Verzekeringen
Kortenberglaan 61
1000 Brussel.