



Algemene voorwaarden | **Collectieve verzekeringspolis
Gezondheidszorgen
HOSPI & ASSIST +**

INHOUD

BELANGRIJKE MEDEDELINGEN

- Artikel 1 - De partijen bij de verzekeringsovereenkomst
- Artikel 2 - De contractuele documenten
- Artikel 3 - De aansluiting bij het contract
- Artikel 4 - Het verzekeringsgebied

DEKKINGEN EN VOORDELEN VAN HET CONTRACT

- Artikel 5 - De dekking "Hospitalisatie en One day clinic"
- Artikel 6 - De dekking "Ambulante zorgen – Pre- en posthospitalisatie"
- Artikel 7 - De dekking: "Zware ziekten – Ambulante zorgen "
- Artikel 8 - De dekking "Vervoer"
- Artikel 9 - De tegemoetkoming van de maatschappij
- Artikel 10 - De dekking "Medi-Assistance"
- Artikel 11 - De keuzedekking "Bijstand"
- Artikel 12 - De wachttijd
- Artikel 13 - De afloop van de dekkingen en van de betaling van de uitkeringen
- Artikel 14 - Terrorisme
- Artikel 15 - De niet-gedekte risico's
- Artikel 16 - De individuele voortzetting

PRAKTISCHE HANDLEIDING: LEVEN VAN HET CONTRACT

- Artikel 17 - De aanvang
- Artikel 18 - De duur
- Artikel 19 - De wijziging van het contract
- Artikel 20 - Het bedrag en de betaling van de premie
- Artikel 21 - De wijziging van de premie en van de verzekeringsvoorwaarden
- Artikel 22 - De automatische aanpassing van de dekkingen en van de premies
- Artikel 23 - De indeplaatsstelling
- Artikel 24 - De diverse lasten
- Artikel 25 - Varia
- Artikel 26 - De toepasselijke wet
- Artikel 27 - Bescherming van de persoonsgegevens

TE VERVULLEN FORMALITEITEN OM DE BETALING VAN DE VERZEKERDE DEKKINGEN TE VERKRIJGEN

- Artikel 28 - De aangifte van het schadegeval
- Artikel 29 - De andere verbintenissen van de verzekerde
- Artikel 30 - De betwisting en de expertise

WOORDENLIJST

De kernbegrippen gebruikt in deze algemene voorwaarden en in de aanverwante bijzondere voorwaarden zijn in de woordenlijst omschreven.

BELANGRIJKE MEDEDELINGEN

Artikel 1 - DE PARTIJEN BIJ DE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

De verzekeringnemer is de in de bijzondere voorwaarden aangewezen vennootschap die de collectieve verzekering met de maatschappij sluit.

De verzekeraars zijn INTER PARTNER ASSISTANCE en AXA Belgium.
AXA Belgium geeft een mandaat aan INTER PARTNER ASSISTANCE voor het aanvaarden van de risico's en het beheer van de contracten en de schadegevallen.

De maatschappij is INTER PARTNER ASSISTANCE.

De verzekerde en de begunstigde is de in de bijzondere voorwaarden aangewezen persoon op wie het risico van het overkomen van de verzekerde gebeurtenis rust en die als dusdanig de prestaties geniet.

Artikel 2 - DE CONTRACTUELE DOCUMENTEN

Het verzekeringsvoorstel en andere vragenlijsten bevatten de kenmerken van de verrichting die de verzekeringnemer aan de maatschappij vraagt te sluiten evenals die van het desbetreffende risico.

De bijzondere voorwaarden zijn de gepersonaliseerde en aan de specifieke toestand aangepaste weergave van de verzekeringsvoorwaarden. Ze vermelden in het bijzonder de dekkingen die daadwerkelijk worden verleend aan de verzekeringnemer.

De algemene voorwaarden worden uiteengezet op de hiernavolgende bladzijden. Deze bepalingen zijn van toepassing in de mate dat de bijzondere voorwaarden er niet van afwijken.

Artikel 3 - DE AANSLUITING BIJ HET CONTRACT

De verzekeringnemer moet onmiddellijk aan de maatschappij de wijzigingen meedelen met betrekking tot de verzekerden en hun gezin (nieuwe toetreding, vertrek, wijzigingen in de gezinstoestand van de verzekerde).

De terugwerkende kracht van een nieuwe toetreding is beperkt tot één maand.

Deze wijzigingen zullen leiden tot een aanpassing van de premies.

Artikel 4 - HET VERZEKERINGSGBIED

De dekkingen van deze verzekering worden overal ter wereld toegekend.

Wanneer de verzekerde zijn gebruikelijke verblijfplaats niet in België heeft of wanneer hij langer dan zes maanden per jaar in het buitenland verblijft, worden ze slechts verleend op voorwaarde dat de maatschappij akkoord gaat.

DEKKINGEN EN VOORDELEN VAN HET CONTRACT

De dekkingen worden verleend als dat zo vermeld is in de bijzondere voorwaarden van deze collectieve polis.

Ze worden in de polis opgenomen volgens de voorwaarden die gelden op het ogenblik van de aanvraag van de verzekeringnemer.

De verzekerde heeft de vrije keuze van gezondheidszorgverlener voor zijn verzorging en zijn behandeling voor zover hij erkend is in zijn praktijk.

Artikel 5 - DE DEKKING "HOSPITALISATIE EN ONE DAY CLINIC"

Beschrijving van de dekkingen

Basisdekking

In geval van hospitalisatie van de verzekerde in België of in het buitenland ten gevolge van een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, inclusief thuisbevalling, komt de maatschappij tegemoet in:

- de medische kosten gemaakt tijdens de hospitalisatie: het gaat om kosten betreffende
 - het verblijf,
 - de medische erelonen en paramedische erelonen,
 - de geneesmiddelen,
 - de parafarmaceutische producten,
 - de andere medische benodigdheden voorgeschreven door de behandelende geneesheren en vermeld op de hospitalisatiefactuur:
- de kosten voor prothesen en orthopedische toestellen, met inbegrip van tandheelkundig materiaal, in rechtstreeks verband met de oorzaak van de hospitalisatie;
- de huurkosten van medisch materiaal, in rechtstreeks verband met de oorzaak van de hospitalisatie en voorgeschreven door een geneesheer.

De gevallen van "one day clinic" welke gelijkgesteld worden met hospitalisaties vallen onder de dekking.

Aanvullende dekking

Deze aanvullende dekking wordt verleend indien dit wordt vermeld in de bijzondere voorwaarden.

In dat geval breidt de maatschappij haar tegemoetkoming uit tot de hierna opgesomde kosten:

- de kosten van alternatieve geneeswijzen voorgeschreven door de behandelende geneesheren en in rechtstreeks verband met de oorzaak van de hospitalisatie;
- de huurkosten van een televisie, een ijskast, een telefoon (met uitsluiting van de communicaties);
- de kosten voor palliatieve verzorging voor zover ze vermeld staan op de factuur van het ziekenhuis;
- de overlijdenskosten voor zover zij vermeld staan op de factuur van het ziekenhuis;
- de verblijfkosten van de orgaan- of weefseldonor ten behoeve van een verzekerde die deze dekking geniet en voor zover de transplantatie medisch gerechtvaardigd is.

Bovendien komt de maatschappij tegemoet - voor zover het kind door deze polis wordt verzekerd -:

- in de verblijfkosten van één van de ouders in hetzelfde ziekenhuis als dat van het kind jonger dan 16 jaar, dat in het ziekenhuis is opgenomen. Er is geen leeftijdsgrens voor een gehandicapt kind,
- in de kosten van polysomnografische registraties (wiegendoodtest).

Artikel 6 - DE DEKKING "AMBULANTE ZORGEN - PRE- EN POSTHOSPITALISATIE"

Basisdekking

De maatschappij komt tegemoet in de medische kosten die voortvloeien uit de ambulante verzorging die rechtstreeks in verband staat met de oorzaak van de hospitalisatie en die zijn gemaakt in een periode vóór en na de hospitalisatie, en dit zowel in België als in het buitenland.

Deze periode Pre- en posthospitalisatie is in de bijzondere voorwaarden vastgesteld.

De maatschappij komt tegemoet in:

- de medische kosten: het betreft de kosten met betrekking tot
 - de medische erelonen en paramedische erelonen,
 - de geneesmiddelen,
 - de parafarmaceutische producten,
 - de andere medische benodigdheden voorgeschreven door de behandelende geneesheren;
- de kosten voor prothesen en orthopedische toestellen, met inbegrip van tandheelkundig materiaal;
- de huurkosten van medisch materiaal voorgeschreven door een geneesheer.

De gevallen van "one day clinic" welke gelijkgesteld worden met hospitalisaties vallen onder de dekking.

Aanvullende dekking

Deze aanvullende dekking wordt verleend indien dit wordt vermeld in de bijzondere voorwaarden.

In dat geval breidt de maatschappij haar tegemoetkoming uit tot de hierna opgesomde kosten:

- de kosten van alternatieve geneeswijzen voorgeschreven door de behandelende geneesheren en die in rechtstreeks verband staat met de oorzaak van de hospitalisatie;
- de kosten voor palliatieve verzorging in ziekenhuisomgeving, en in centra erkend door een officiële instantie.

Artikel 7 - DE DEKKING "ZWARE ZIEKTEN – AMBULANTE ZORGEN"

Als de verzekerde door één van onderstaande ziekten getroffen wordt, komt de maatschappij tegemoet in de medische kosten die voortvloeien uit de door een arts toegediende of voorgeschreven ambulante verzorging, in rechtstreeks verband met de ziekte, namelijk:

- de kosten met betrekking tot
 - de medische erelonen en paramedische erelonen,
 - de geneesmiddelen,
 - de parafarmaceutische producten;
- de kosten voor prothesen en orthopedische toestellen, met inbegrip van tandheelkundig materiaal;
- de huurkosten van medisch materiaal voorgeschreven door een geneesheer;
- de kosten van alternatieve geneeswijzen voorgeschreven door de behandelende

geneesheren.

De maatschappij komt ook tegemoet in de kosten voor palliatieve verzorging verstrekt in een ziekenhuismilieu en in centra erkend door een officiële instantie.

Opsomming van de gedekte ziekten

Aids, cerebrospinale meningitis, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, epilepsie, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose en amyotrofische laterale sclerose, myopathie, nierdialyse, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, tetanus, tuberculose, tyfus- en paratyfuskoorts, tyfus, virale hepatitis, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson, ziekte van Pompe.

Bevestiging van de diagnose

De diagnose van de hiervoor opgesomde ziekten zal worden bevestigd door biologische of anatomo-pathologische onderzoeken of medische beeldvorming of andere in medische kringen gewoonlijk erkende onderzoeken.

Artikel 8 - DE DEKKING "VERVOER"

De kosten voor het land- en luchtvervoer in verband met de dekkingen bepaald in artikelen 5 tot 7 ("Hospitalisatie", "One day clinic", "Ambulante zorgen - Pre- en posthospitalisatie" en "Zware ziekten - Ambulante zorgen") en die gerechtvaardigd zijn door de dringendheid en de gezondheidstoestand van de verzekerde worden terugbetaald door de maatschappij. Deze kosten hebben betrekking op het vervoer in België en in het buitenland, voor zover het vervoer plaatsvindt binnen het land zelf.

Artikel 9 - DE TEGEMOETKOMING VAN DE MAATSCHAPPIJ

De hiernavolgende bepalingen gelden voor alle dekkingen omschreven in de artikelen 5 tot 8.

Berekening van de tegemoetkoming van de maatschappij

De maatschappij komt tegemoet in de kosten omschreven in de bovenstaande artikelen, verminderd met:

- de wettelijke tegemoetkoming, dat wil zeggen elke vergoeding die voortvloeit uit de Belgische wetgeving of uit een internationale overeenkomst;
- de eventuele vergoedingen die werden uitgekeerd krachtens andere contracten of aanvullende verzekeringen met hetzelfde doel, gesloten bij een andere verzekeringsonderneming of bij een ziekenfonds.

De tegemoetkoming van de maatschappij in het aldus bepaalde bedrag wordt omschreven in de bijzondere voorwaarden. In het bijzonder neemt de verzekerde op het aldus bepaalde bedrag de eventuele vrijstelling ten laste zoals gedefinieerd in de bijzondere voorwaarden.

Indien de verzekerde geen aanspraak kan maken op een wettelijke tegemoetkoming of indien hij die aanspraken verbeurd heeft, wordt er rekening gehouden met het theoretische bedrag ervan door te veronderstellen dat de verzekerde aangesloten is bij een Belgisch ziekenfonds en in orde is met zijn bijdragen aan die instelling.

Zelfstandige

De premies van de categorie van actieve personen met het sociaal statuut van zelfstandige of bestuurder stemmen overeen met die van het loontrekkende personeel en in geval van tegemoetkoming van de maatschappij, zal er rekening worden gehouden met RIZIV-terugbetalingen die identiek zijn aan of waarvan aangenomen wordt dat ze gelijkwaardig zijn met die van het loontrekkende personeel.

Betaling van de tegemoetkoming van de maatschappij

De gedekte kosten worden door de maatschappij aan de verzekeringnemer of aan de verzekerde terugbetaald, volgens de keuze aangeduid door de verzekerde in de aangifte van het schadegeval.

Artikel 10 - DE DEKKING "MEDI-ASSISTANCE"

Basisdekking

De maatschappij biedt aan de verzekerde bij zijn hospitalisatie een service aan via de MEDI-ASSISTANCE-kaart.

Deze kaart bevat alle informatie die de verzekerde nodig heeft om contact op te nemen met het service center van de maatschappij dat 24 uur / 24 en 7 dagen / 7 bereikbaar is.

De verzekerde krijgt er alle nuttige informatie over zijn dekkingen, de organisatie van zijn hospitalisatie en de bevestiging van de tenlasteneming van de hospitalisatie door de maatschappij.

Derdebetalersdienst

Bovendien biedt de MEDI-ASSISTANCE-kaart aan de verzekerde ook de dienst van de derde betaler. Met deze dienst regelt de maatschappij, in de plaats van de verzekerde, de hospitalisatiefacturen, voor zover ze de verblijfkosten omvatten en de hospitalisatie heeft plaatsgevonden in een ziekenhuis dat deel uitmaakt van het net van ziekenhuizen van MEDI-ASSISTANCE (cf. www.mediasistance.be). De maatschappij betaalt het totaalbedrag van de facturen, ongeacht of de gevorderde kosten gedekt zijn door het onderhavige contract. Vervolgens vordert de maatschappij, door de verzending van een brief naar de verzekerde, de terugbetaling van de niet-gedekte kosten, indien deze niet zijn ingehouden bij een tegemoetkomingsafrekening in de kosten pre- en posthospitalisatie. Door gebruik te maken van de dienst van de derde betaler, verbindt de verzekerde zich ertoe de door het contract niet-gedekte kosten terug te betalen.

In geval van niet-terugbetaling door de verzekerde van deze kosten binnen de termijn vermeld in de brief, zal de dienst van de derde betaler niet meer verworven zijn aan de verzekerde, noch aan de eventuele leden van zijn gezin. Bovendien behoudt de maatschappij zich het recht voor om van de verzekerde forfaitaire administratieve kosten te vorderen voor terugvordering van de verschuldigde bedragen, beperkt tot 30 €, in voorkomend geval te verhogen met de invorderingskosten via de deurwaarder. Het forfaitaire maximumbedrag wordt aangepast naargelang de evolutie van het indexcijfer der consumptieprijzen, met referentiewaarde het indexcijfer van 1 januari 2013.

Artikel 11 - DE DEKKING "BIJSTAND"

Deze dekking is verworven ofwel in zijn geheel, ofwel gedeeltelijk uitsluitend voor het luik "Bijstanddekking met het oog op een repatriëring", in functie van de keuze vermeld in de bijzondere voorwaarden van het contract.

Dekking

De maatschappij waarborgt, ten belope van de aangegeven bedragen, taksen inbegrepen, een bijstandservice aan de verzekerde in geval van ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling, en in een breder kader een hulpverlening bij situaties van het dagelijkse leven bedoeld in onderhavig artikel.

Toekenningsvoorwaarden voor de bijstandservice in België en in het buitenland

De maatschappij stelt alles in het werk om de verzekerde bij te staan bij welbepaalde gebeurtenissen, in het kader van zijn privé- of beroepsleven. Deze gebeurtenissen zijn gedekt gedurende de geldigheidsperiode van het contract, binnen de beperkingen van het verzekeringsgebied van het contract en van de gewaarborgde bedragen, taksen inbegrepen.

De maatschappij kiest het meest gepaste vervoermiddel. Indien de af te leggen afstand minder dan 1.000 km bedraagt, zal de voorkeur gegeven worden aan het vervoer per spoorweg (1^{ste} klasse). Indien de af te leggen afstand meer dan 1.000 km bedraagt, zal de voorkeur gegeven worden aan vervoer per lijnvliegtuig (economy class), behoudens andersluidende bepaling in het contract.

Prestaties die niet werden aangevraagd op het ogenblik van de feiten, alsook die welke door de verzekerde geweigerd werden of zonder akkoord van de maatschappij georganiseerd werden, geven nadien geen recht op terugbetaling of op een vergoeding. De gebeurtenis dient verplicht aan de maatschappij gemeld te worden zodra ze zich voordoet en een attest van de plaatselijke autoriteiten of hulporganisaties moet aan de maatschappij worden overgemaakt.

Bij repatriëring van het voertuig uit het buitenland wordt een beschrijving van de staat opgemaakt, zowel op het ogenblik van de tenlasteneming als bij de aflevering. De maatschappij kan niet aansprakelijk worden gesteld voor enige vertraging in de uitvoering, enige beschadiging, daad van vandalisme, diefstal van voorwerpen of accessoires aan het voertuig gedurende de immobilisatie of het vervoer ervan.

Bijstanddekking in België

Bij dringende opname van de verzekerde in het ziekenhuis

1. Dringend contact

Indien de verzekerde dringend in het ziekenhuis opgenomen wordt en niet in staat is zijn omgeving te verwittigen, neemt de maatschappij contact op met 2 naasten, op uitdrukkelijk verzoek van de verzekerde, om ze te verwittigen van de plotse hospitalisatie van de verzekerde en de plaats van zijn hospitalisatie. De verzekerde moet aan de maatschappij de naam en de gegevens van de te verwittigen personen meedelen.

2. Tenlasteneming van het vervoer van de echtgenoot of, voor alleenstaanden, van een aangewezen persoon.

Indien de verzekerde dringend in het ziekenhuis opgenomen wordt, organiseert en neemt de maatschappij, binnen de 24 uur na het zich voordoen van de gebeurtenis, het vervoer ten laste van de echtgenoot of van een door de alleenstaande verzekerde aangewezen persoon die in België woont, naar het ziekenhuis, evenals zijn terugkeer naar huis.

3. Tenlasteneming van het vervoer van de kinderen jonger dan 18 jaar

Indien de verzekerde dringend in het ziekenhuis opgenomen wordt, organiseert en neemt de maatschappij, binnen de 24 uur na het zich voordoen van de gebeurtenis, het vervoer ten laste van de kinderen jonger dan 18 jaar naar het ziekenhuis evenals hun terugkeer naar huis.

4. Opvang van kinderen jonger dan 16 jaar

Indien de verzekerde dringend in het ziekenhuis opgenomen wordt, organiseert en neemt de maatschappij, binnen de 24 uur na het zich voordoen van de gebeurtenis, de terbeschikkingstelling ten laste van een oppas in de woning van de verzekerde, die voor de kinderen jonger dan 16 jaar zorgt, ten belope van maximum 24 opeenvolgende uren.

Tijdens de ziekenhuisopname

1. Vertrouwenspersoon

Tijdens de gewaarborgde ziekenhuisopname organiseert en neemt de maatschappij de hierna aangeboden prestaties op zich ten belope van maximum 5 prestaties per ziekenhuisopname met een maximumduur van 4 uur elk, te kiezen uit :

- Huishoudhulp : indien een verzekerde in een ziekenhuis in België moet worden opgenomen en op geen enkel andere persoon beroep kan doen voor het onderhoud van zijn woning, organiseert de maatschappij de huishoudhulp en neemt hiervan de kosten op zich ten belope van maximum 4 uur per prestatie.
- Kinderoppas : indien een verzekerde, vader of moeder van een kind jonger dan 16 jaar, in een ziekenhuis in België moet worden opgenomen en op geen enkel ander persoon beroep kan doen voor kinderopas, organiseert en neemt de maatschappij de kinderopas op zich ten belope van maximum 4 uur per prestatie.
- Oppas van huisdieren : in geval van een gewaarborgde ziekenhuisopname organiseert en neemt de maatschappij de oppas of de dagelijkse wandeling van de huisdieren (honden en katten) op zich ten belope van maximum 4 uur per prestatie.

De hiervoor beschreven prestaties worden steeds georganiseerd vóór een volgende hospitalisatie. De niet gebruikte prestaties kunnen niet worden uitgesteld na een nieuwe hospitalisatie en zijn dus niet cumuleerbaar met de prestaties verschuldigd na een nieuwe hospitalisatie.

2. Vervoer

- Vervoer naar het ziekenhuis : indien, als gevolg van een gewaarborgde ziekenhuisopname, verzekerde zich op eigen krachten naar het ziekenhuis moet begeven, organiseert en neemt de maatschappij, op verzoek van verzekerde, het transport op zich tot het dichtbijzijnde ziekenhuis, onder medisch toezicht indien nodig.

Indien, bij ontslag uit het ziekenhuis, de verzekerde zich niet op eigen krachten kan verplaatsen, organiseert en neemt de maatschappij het vervoer naar zijn woning op zich.

- Bezoek van de verzekerde in het ziekenhuis : naar aanleiding van een gewaarborgde ziekenhuisopname organiseert en neemt de maatschappij het vervoer op zich van en naar het ziekenhuis van de ouders, echtgeno(o)t(e) of van de kinderen om zich naar de verzekerde te begeven.

Voor het totaal van de hierboven beschreven vervoersprestaties is de tegemoetkoming van de maatschappij beperkt tot drie verplaatsingen heen en terug per hospitalisatieperiode met een maximum van 250 EUR per verzekeringsjaar en per verzekerde.

De hiervoor beschreven prestaties worden steeds georganiseerd vóór een volgende hospitalisatie. De niet gebruikte prestaties kunnen niet worden uitgesteld na een nieuwe hospitalisatie en zijn dus niet cumuleerbaar met de prestaties verschuldigd na een nieuwe hospitalisatie.

Na de ziekenhuisopname

1. Vertrouwenspersoon

Na de gewaarborgde ziekenhuisopname organiseert en neemt de maatschappij de hierna aangeboden prestaties op zich ten belope van maximum 5 prestaties per ziekenhuisopname, met een maximumduur van 4 uur elk te kiezen uit :

- Huishoudhulp: indien ten gevolge van een gewaarborgde ziekenhuisopname de verzekerde niet in staat is om alleen het huishouden voor zijn rekening te nemen, organiseert de maatschappij de huishoudhulp en neemt hiervan de kosten ten laste ten belope van maximum 4 uur per prestatie.
- Levering van eerste noodzakelijke aankopen : indien als gevolg van een gewaarborgde ziekenhuisopname de verzekerde niet in staat is om zich te verplaatsen en op geen enkele andere persoon kan beroep doen, organiseert de maatschappij de levering van de voorgeschreven geneesmiddelen en/of de aankopen van de eerste noodzakelijke voedingswaren. De kosten van deze aankopen zelf blijven ten laste van de verzekerde.
- Kinderoppas : indien een verzekerde, vader of moeder van een kind jonger dan 16 jaar, als gevolg van een gewaarborgde ziekenhuisopname, niet in staat is om op zijn kinderen te passen en op geen enkele andere persoon beroep kan doen voor kinderoppas, organiseert en neemt de maatschappij de kinderoppas op zich ten belope van maximum 4 uur per prestatie.
- Oppas van huisdieren : als gevolg van een gewaarborgde ziekenhuisopname organiseert en neemt de maatschappij het toezicht of de dagelijkse wandeling van de huisdieren (honden en katten) op zich ten belope van maximum 4 uur per prestatie.
- Postnatale zorg : na afloop van de ziekenhuisopname organiseert de maatschappij de postnatale zorg en neemt hij de kosten van de vroedvrouw ten laste voor een maximum van 4 uur per prestatie.
- Vervoer van de kinderen : indien als gevolg van een gewaarborgde ziekenhuisopname de verzekerde niet in staat is om zijn kinderen te vervoeren, organiseert en neemt de maatschappij het vervoer op zich voor het brengen en afhalen van de kinderen jonger dan 16 jaar naar en van school.

De hiervoor beschreven prestaties worden steeds georganiseerd vóór een volgende hospitalisatie. De niet gebruikte prestaties kunnen niet worden uitgesteld na een nieuwe hospitalisatie en zijn dus niet cumuleerbaar met de prestaties verschuldigd na een nieuwe hospitalisatie.

2. Vervoer van de verzekerde

Indien als gevolg van een gewaarborgde ziekenhuisopname de verzekerde zich niet op eigen krachten kan verplaatsen, organiseert en neemt de maatschappij zijn vervoer op zich van en naar het ziekenhuis of medisch centrum voor de controlebezoeken.

De tussenkomst van de maatschappij is beperkt tot drie verplaatsingen heen en terug per hospitalisatieperiode en tot maximum 250 EUR per verzekeringsjaar en per verzekerde.

De hiervoor beschreven prestaties worden steeds georganiseerd vóór een volgende hospitalisatie. De niet gebruikte prestaties kunnen niet worden uitgesteld na een nieuwe hospitalisatie en zijn dus niet cumuleerbaar met de prestaties verschuldigd na een nieuwe hospitalisatie.

Bijkomende diensten

Het hele jaar door kan de verzekerde beroep doen op volgende diensten :

- Psychologische bijstand : de maatschappij stelt de verzekerde een telefonische bijstandsdienst ter beschikking 24 uur op 24, 7 dagen op 7, bestemd om "on line" een eerste psychologische bijstand te verlenen en zal hem, indien nodig, oriënteren naar gespecialiseerde hulpverlening.

Op verzoek van de verzekerde, naar aanleiding van privé- of professionele problemen,

deelt de maatschappij de gegevens mee van zelfhulpgroepen of organisaties gespecialiseerd in psychologische bijstand.

- Telefonische inlichtingen in verband met post-hospitalisatiezorg. Op verzoek van de verzekerde stelt de maatschappij volgende gegevens ter beschikking :
 - de gegevens van paramedische
 - verzorgingsinstellingen; de gegevens van de apotheker of
 - geneesheer van wacht; de gegevens van de diensten voor
 - thuiszorg; de gegevens van bedrijven die medisch materiaal verhuren.

Bijstanddekking met het oog op een repatriëring

Dit luik van de bijstanddekking betreft de verzekerde zich bevindend in het buitenland en is altijd verworven.

1. Repatriëring of vervoer als gevolg van een medisch incident

Indien de verzekerde in het ziekenhuis opgenomen wordt ten gevolge van een medisch incident en het medisch team van de maatschappij het nodig acht hem naar een beter uitgeruste, meer gespecialiseerd of dichter bij zijn woonplaats liggende ziekenhuisinstelling te brengen, organiseert en neemt de maatschappij de repatriëring of het sanitaire vervoer ten laste van de zieke of gewonde verzekerde, indien nodig onder medisch toezicht, en afhankelijk van de ernst van het geval per:

- spoorweg (1^{ste} klasse);
- ambulance;
- lijnvliegtuig, economy class met speciale inrichting indien nodig;
- ambulancevliegtuig.

Indien de gebeurtenis zich buiten Europa en de landen aan de Middellandse Zee voordoet, gebeurt het vervoer uitsluitend per lijnvliegtuig.

De beslissing over het vervoer en de vervoermiddelen wordt genomen door de geneesheer van de maatschappij op basis van de technische en medische vereisten. De geneesheer van de maatschappij moet zijn akkoord geven voor er enig vervoer plaatsvindt.

De maatschappij organiseert en neemt het vervoer ten laste van een naaste van de verzekerde om de gerepatriëerde verzekerde te begeleiden tot de plaats van hospitalisatie.

2. Repatriëring van de personen die de verzekerde vergezellen (met uitzondering van lifters)

In geval van repatriëring van een verzekerde, organiseert en neemt de maatschappij ofwel de terugreis tot hun woonplaats ofwel de voortzetting van de reis van de personen die de verzekerde vergezellen ten laste. De dekking "voortzetting van de reis" is beperkt tot het bedrag van de repatriëringskosten van de personen die de verzekerde vergezellen tot hun woonplaats. Zij is van toepassing voor zover de personen die de verzekerde vergezellen niet hetzelfde vervoermiddel kunnen gebruiken als voor de heenreis of als datgene dat oorspronkelijk voor de terugreis was voorzien.

3. Repatriëring van het voertuig

In geval van repatriëring van een verzekerde en indien geen enkele van de personen die de verzekerde vergezellen het voertuig kan besturen, organiseert en neemt de maatschappij het terugbrengen van het voertuig ten laste tot de woonplaats van de verzekerde. De maatschappij kiest het vervoermiddel voor het terugbrengen van het voertuig. De eventuele brandstof- en tolkosten blijven ten laste van de verzekerde.

De tegemoetkoming van de maatschappij zal nooit de restwaarde van het voertuig overschrijden. Indien de vervoerkosten de restwaarde van het voertuig overschrijden, wordt de tegemoetkoming van de maatschappij geplafonneerd tot deze waarde.

4. Repatriëring van bagage

In geval van repatriëring van een verzekerde, organiseert en neemt de maatschappij de vervoerkosten van de bagage ten laste tot de woonplaats van de verzekerde.

Bijstanddekking in het buitenland

Bijstand ten gevolge van een medisch incident dat een hospitalisatie vereist

1. Medische bijstand

Bij een medisch incident in het buitenland dat een hospitalisatie vereist, treedt het medische team van de maatschappij, vanaf de eerste oproep, in contact met de behandelende geneesheer ter plaatse teneinde in te grijpen in de beste aan de toestand van de verzekerde aangepaste omstandigheden.

De organisatie van de eerste hulp wordt in elk geval ten laste genomen door de lokale autoriteiten.

2. Ter plaatse sturen van een geneesheer

Indien het medische team van de maatschappij het nodig acht, mandateert de maatschappij een geneesheer, of een medisch team die/dat zich naar de verzekerde begeeft om over de te treffen maatregelen te oordelen en om ze te organiseren.

3. Tenlasteneming van kinderen jonger dan 16 jaar

Indien de verzekerde die vergezeld is van kinderen jonger dan 16 jaar niet in staat is om voor hen te zorgen ten gevolge van een medisch incident, organiseert en neemt de maatschappij de heen- en terugreis ten laste van een door de verzekerde aangewezen persoon die in België woont om de kinderen jonger dan 16 jaar te gaan halen en ze naar huis te brengen.

De hotelkosten van deze persoon zullen ten laste genomen worden door de maatschappij ten belope van maximum 80 € per nacht en met een totaal van maximum 240 €, op voorlegging van de oorspronkelijke bewijsstukken.

Indien het onmogelijk is de door de verzekerde aangewezen persoon te bereiken, of indien deze persoon de reis niet kan ondernemen, stuurt de maatschappij een afgevaardigde om de kinderen te begeleiden naar de door de verzekerde aangewezen persoon in het land van hun woonplaats.

4. Hospitalisatie van een alleen reizende verzekerde

Wanneer de verzekerde, die alleen reist, in het ziekenhuis wordt opgenomen ten gevolge van een medisch incident en de door de maatschappij gemandateerde geneesheren hem afraden om binnen de 72 uur te reizen, organiseert en neemt de maatschappij de heen- en terugreis ten laste van een gezinslid of van een naaste die in België woont om de verzekerde bij te staan. In geval van hospitalisatie van een verzekerde jonger dan 18 jaar organiseert en neemt de maatschappij de heen- en terugreis ten laste van 2 leden van zijn gezin of van 2 naasten.

De hotelkosten ter plaatse van deze persoon (personen) worden ten laste genomen door de maatschappij ten belope van maximum 80 € per nacht en per kamer en voor een totaal van maximum 800 €.

Verzending van onontbeerlijke geneesmiddelen

De maatschappij stelt alles in het werk om de opzoeking en de terbeschikkingstelling van onontbeerlijke geneesmiddelen, voorgeschreven door een competente medische autoriteit, die ter plaatse niet te vinden zijn, maar wel beschikbaar zijn in België, te organiseren en ten laste te nemen. Hun terbeschikkingstelling moet toegestaan worden door de dienst van de maatschappij. Hun verzending is onderworpen aan de beschikbaarheid van vervoermiddelen

en moet conform de lokale en internationale wetgeving gebeuren.

De verzekerde verbindt zich ertoe de prijs van de geneesmiddelen die hem ter beschikking werden gesteld, vermeerderd met de eventuele in- en uitklaringskosten, terug te betalen aan de maatschappij binnen een termijn van twee maanden te rekenen vanaf de verzendingsdatum.

Overdracht van fondsen

Indien een gedekte gebeurtenis, die het voorwerp is geweest van een tussenkomst bij de maatschappij, zich in het buitenland voordoet, en, in voorkomend geval, na aangifte hiervan aan de lokale autoriteiten, stelt de maatschappij, op vraag van de verzekerde, alles in het werk om hem de tegenwaarde te bezorgen van maximum 2.500 € voor het hele gezin. Deze som moet vooraf cash, met een gedekte bankcheque of door het debet van een kredietkaart aan de maatschappij gestort worden.

Taalbijstand

Indien de verzekerde in het buitenland taalmoeilijkheden ondervindt die betrekking hebben op de bijstandsprestaties die aan de gang zijn, voert de maatschappij, via telefoon, de vertalingen uit die nodig zijn voor het goede begrip van de gebeurtenissen.

Indien de vertalingen betrekking hebben op andere onderwerpen dan de bijstandsprestaties, deelt de maatschappij aan de verzekerde de gegevens van een vertaler-tolk mee. De erelonen van deze laatste blijven ten laste van de verzekerde.

Bijstand bij overlijden

1. Repatriëring na overlijden

1.1. In geval van begrafenis of crematie in België

Indien het gezin beslist over te gaan tot een begrafenis of crematie in België, organiseert de maatschappij de repatriëring van het stoffelijk overschot en neemt ten laste:

- de kosten van lijkverzorging;
- de kosten van de kisting ter plaatse;
- de kosten van de lijk-kist tot een maximumbedrag van 800 €;
- de vervoerkosten van het stoffelijk overschot van de plaats van het overlijden naar de plaats waar de begrafenis of crematie zal plaatsvinden.

De kosten van de begrafenisplechtigheid en de teraardebestelling of crematie worden niet ten laste genomen door de maatschappij.

Indien de verzekerde alleen reist in het buitenland organiseert en neemt de maatschappij de heen- en terugreis ten laste van een familielid of naaste om het stoffelijk overschot te vergezellen.

De hotelkosten ter plaatse van deze persoon worden door de maatschappij ten laste genomen tot een bedrag van 80 € per nacht en per kamer en voor maximum 2 nachten.

1.2. In geval van begrafenis of crematie in het buitenland

Indien het gezin beslist over te gaan tot een begrafenis of crematie in het buitenland, organiseert en neemt de maatschappij dezelfde prestaties ten laste als deze vermeld in het voorgaande punt.

Bovendien organiseert en neemt de maatschappij de heen- en terugreis ten laste van een familielid of een naaste die in België woont om zich naar de plaats van de begrafenis of de crematie te begeven.

De hotelkosten ter plaatse van deze persoon worden door de maatschappij ten laste genomen tot een bedrag van 80 € per nacht en per kamer en voor maximum 3 nachten.

In geval van crematie in het buitenland met plechtigheid in België, neemt de maatschappij de repatriëringskosten van de urne naar België ten laste.

De tegemoetkoming van de maatschappij is in ieder geval beperkt tot de kosten die zouden voortvloeien uit de repatriëring van het stoffelijk overschot naar België. De keuze van de ondernemingen die tussenkomen in het repatriëringsproces behoort tot de uitsluitende bevoegdheid van de maatschappij.

2. Bijstand bij de formaliteiten ten gevolge van een overlijden

De maatschappij staat de verzekerde bij in de volgende procedures:

- de contactname met de begrafenisondernemingen;
- hulp bij het opstellen van de doodsbrieven;
- inlichtingen over de stappen die ondernomen moeten worden onder andere bij het gemeentebestuur;
- op verzoek van de erfgenamen, het zoeken van een immobiënkantoor voor het beheer van de onroerende goederen.

3. Repatriëring van de personen die de verzekerde vergezellen (met uitzondering van lifters)

In geval van overlijden van een verzekerde, organiseert en neemt de maatschappij ofwel de terugreis ofwel de voortzetting van de reis van de personen die de verzekerde vergezellen ten laste. De dekking "voortzetting van de reis" is beperkt tot het bedrag van de repatriëringskosten van de personen die de verzekerde vergezellen tot hun woonplaats. Zij is van toepassing voor zover de personen die de verzekerde vergezellen niet hetzelfde vervoermiddel kunnen gebruiken als voor de heenreis of als datgene dat oorspronkelijk voor de terugreis was voorzien.

4. Repatriëring van het voertuig

In geval van overlijden van een verzekerde in het buitenland en indien geen enkele van de personen die de verzekerde vergezellen het voertuig kan besturen, organiseert en neemt de maatschappij het terugbrengen van het voertuig ten laste tot de woonplaats van de verzekerde. De maatschappij kiest het vervoermiddel voor het terugbrengen van het voertuig. De eventuele brandstof- en tolkosten blijven ten laste van de verzekerde.

De tegemoetkoming van de maatschappij zal nooit de restwaarde van het voertuig overschrijden. Indien de vervoerkosten de restwaarde van het voertuig overschrijden, wordt de tegemoetkoming van de maatschappij geplafonneerd tot deze waarde.

5. Repatriëring van bagage

Bij overlijden van een verzekerde in het buitenland, organiseert en neemt de maatschappij de vervoerkosten ten laste van de bagage van de overledene tot zijn woonplaats.

Dekking psychologische bijstand

De maatschappij stelt 24 uur / 24 een service van telefoonbijstand ter beschikking van de verzekerde. Deze service biedt psychologische bijstand aan de verzekerde die het slachtoffer is van een plotse gebeurtenis die zich buiten zijn wil voordoet en die een psychologische shock als gevolg heeft.

Deze gebeurtenissen betreffen het overlijden van een naaste van de verzekerde of een agressie waarvan de verzekerde het slachtoffer is, die tot een hospitalisatie heeft geleid.

Na een eerste psychologische steun via telefoon, organiseert en neemt de maatschappij de interventie van een professionele hulpverlener ten laste. De tussenkomst van de maatschappij mag 3 consultaties niet overschrijden. De consultaties bij een professionele hulpverlener moeten betrekking hebben op een schadegeval waarvoor de verzekerde gedekt is.

Dekking Bijstand "bijkomend medisch advies"

Wanneer de verzekerde aan een complexe en/of zeldzame aandoening lijdt en hij een chirurgische ingreep of een behandeling met een hoog risico moet ondergaan, kan hij zich tot de maatschappij richten om bijkomend advies te krijgen om hem toe te laten de meest aangepaste oplossing te vinden voor zijn medisch probleem.

Na ontvangst van het volledige medische dossier, zal het bijkomend advies verstrekt worden door een medisch expert gekozen door de maatschappij in functie van de aard van de aandoening, en zal het aan de behandelende geneesheer worden overgemaakt.

Het bijkomend medisch advies wordt verstrekt voor de volgende aandoeningen:

- Oncologie / Radiotherapie
- Cardiologie (interventionele cardiologie, rythmologie)
- Neurochirurgie
- Digestieve chirurgie

Deze dekking kan in geen geval gebruikt worden om eventuele medische fouten op te sporen of om de professionele competentie van de behandelende artsen van de verzekerde in de vraag te stellen.

Uitsluitingen gemeenschappelijk aan alle bijstandsdekkingen

Zijn niet gedekt en worden niet terugbetaald:

- de kosten aangegaan door een verzekerde zonder voorafgaande toestemming van de maatschappij (behoudens andersluidende bepaling in het contract);
- de kosten voor maaltijden met uitzondering van de ontbijtkosten;
- de taxikosten (behoudens andersluidende bepaling in het contract);
- de kosten voorzien vóór het vertrek voor reizen in het buitenland;
- de sociale conflicten zoals staking, lock-out, oproer of volksopstand, tenzij de verzekerde aantoonbaar dat hij niet aan die gebeurtenis heeft deelgenomen;
- de nucleaire ongevallen zoals omschreven in de Conventie van Parijs van 29 juli 1960 of de ongevallen die voortvloeien uit radiatie die vrijkomt uit radio-isotopen;
- het beroepsmatige deelnemen aan wedstrijden of trainingen ten voorbereiding van dergelijke wedstrijden;
- de gevolgen van het uitoefenen van gevaarlijke sporten zoals (niet-exhaustieve lijst): alpinisme, bobslee, ijshockey, rafting, schansspringen, buitenpiste skiën, paraski, rotsklimmen, deltavliegen, parapente, bungeejumpen, zweefvliegen, ULM, skysurf, luchtsporten (inclusief parachutespringen en ballonvaren), vechtsporten, speleologie, autowedstrijden, rally's, raids, snelheidswedstrijden;
- de bijstand door de verzekerde verkregen als hij zich in dronken toestand, in staat van strafbare alcoholvergiftiging of in door andere dan alcoholische dranken veroorzaakte vergelijkbare toestand bevindt;
- de prestaties die de maatschappij niet kan leveren wegens overmacht;
- alle kosten waarvoor niet uitdrukkelijk in het contract is voorzien dat ze ten laste worden genomen.

Bovendien zijn de dekkingen niet verworven voor:

- lichte aandoeningen of letsels die de verzekerde niet beletten zijn reis voort te zetten;
- gewenste zwangerschapsonderbrekingen, uitgezonderd deze die medisch verantwoord

zijn;

- de ziektes, terugvallen en genezingsperiodes van elke nieuwe nog niet geconsolideerde aandoening waarvan de behandeling nog voor de vertrekdatum werd opgestart en een reëel risico op verergering inhoudt, voor zover de verzekerde zonder voorafgaande en uitdrukkelijke toestemming van zijn behandelende geneesheer reist.
- de kosten van preventieve geneeskunde en thermale kuren;
- de diagnose- en behandelingskosten die niet door het RIZIV erkend worden;
- de ingrepen en behandelingen van louter esthetische aard.

En, in het algemeen, alle uitgesloten risico's vermeld in artikel 15 van deze polis.

Artikel 12 - DE WACHTTIJD

Geen enkele wachttijd is vereist bij de aansluiting aan de huidige verzekering van de verzekerde in dienst bij de verzekeringnemer (hoofdverzekerde) en van zijn gezin.

Niettemin is een wachttijd van 9 maanden van toepassing in de volgende gevallen, voor alle dekkingen opgesomd in de artikelen 5 tot en met 8, 10 en 11:

- bij een laattijdige aansluiting van een gezinslid. Wordt bedoeld de aansluiting van deze op een latere datum dan de hoofdverzekerde en voor zover de aanvraag tot aansluiting van het gezinslid niet samenvalt met een verandering in de gezinssituatie van de verzekerde;
- bij een laattijdige aansluiting van de hoofdverzekerde. Onder laattijdige aansluiting wordt verstaan, die welke meer dan 3 maanden nadat de aansluitingsvoorwaarden vervuld zijn, wordt aangevraagd;
- bij elke aansluiting als het aantal hoofdverzekerden op de aanvangsdatum van de huidige polis kleiner is dan 5.

In deze 2 laatste gevallen is de wachttijd van toepassing zowel voor de hoofdverzekerde als voor zijn gezinsleden en dit ongeacht de aansluitingsdatum van de persoon, bij aanvang van de huidige polis of later.

Bij een facultatieve aansluiting van de hoofdverzekerde wordt de wachttijd, van toepassing voor alle aansluitingen, bepaald in de bijzondere voorwaarden.

Uitgezonderd de gevallen van laattijdige aansluiting is de wachttijd afgeschaft:

- voor een pasgeborene voor zover één van de ouders op de datum van de geboorte ten minste 6 maanden bij deze verzekering is aangesloten;
- voor de hospitalisaties ten gevolge van een ongeval of een acute infectieziekte. Acute infectieziekten zijn cholera, kinkhoest, difterie, dysenterie, encefalitis, febris recurrens, buiktyfus, meningitis, bof, paludisme, poliomyelitis, mazelen, rodehond, roodvonk, tetanus, tyfus, waterpokken en pokken.

Gedurende de wachttijd blijven de premies verschuldigd voor de betrokken verzekerden.

Artikel 13 - DE AFLOOP VAN DE DEKkingEN EN VAN DE BETALING VAN DE UITKERINGEN

De dekkingen eindigen:

- op de in de bijzondere voorwaarden vastgestelde afloopdatum en uiterlijk op de leeftijd waarop de verzekerde gepensioneerd wordt;
- op de datum waarop de verzekerde zijn functie bij de verzekeringnemer stopzet;
- op de datum waarop de verzekerde zijn hoedanigheid van verzekerde verliest;

- bij het overlijden van de verzekerde;
- op de datum waarop deze verzekering wordt opgezegd.

De betaling van de in het contract voorziene uitkeringen eindigen op dat ogenblik.

Artikel 14 - TERRORISME

De huidige polis dekt de schadegevallen veroorzaakt door terrorisme conform de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme.

AXA Belgium neemt deel aan de Terrorism Reinsurance and Insurance Pool (TRIP), die opgericht werd conform de hierboven vermelde wet. Bijgevolg, wanneer een schadegeval veroorzaakt wordt door een gebeurtenis die als terrorisme erkend wordt en enkel voor het aandeel van AXA Belgium in de medeverzekering, komt de maatschappij haar contractuele verbintenissen na conform de bepalingen van deze wet, met name wat betreft het bedrag en betalingstermijn van de uitkeringen.

Artikel 15 - DE NIET-GEDEKTE RISICO'S

De verzekerde uitkeringen krachtens artikel 5 tot 8 en 11 worden niet toegekend wanneer het verzekerde risico voortvloeit uit onderstaande omstandigheden:

- zelfmoordpoging;
- opzettelijke daad van de verzekerde die leidt tot verwondingen, ongeacht of ze door de verzekerde beoogd zijn, met uitzondering van de daden van wettige zelfverdediging of redding;
- oorlog tussen staten of gelijkaardige feiten, burgeroorlog.
Bij verblijf in het buitenland is het risico evenwel gedekt:
 - wanneer het conflict is losgebarsten tijdens het verblijf,
 - wanneer de maatschappij, op voorafgaand verzoek van de verzekeringnemer, de dekking heeft toegekend en de bijzondere voorwaarden dit uitdrukkelijk vermelden.
In deze gevallen moet aan de maatschappij het bewijs worden voorgelegd dat de verzekerde niet actief deelnam aan de vijandigheden.
- actieve deelneming aan oproer of collectieve gewelddaden;
- grove schuld, tenzij de verzekerde bewijst dat er geen enkel oorzakelijk verband bestaat tussen de grove schuld en de gebeurtenis die aanleiding geeft tot de uitkering.
Gevallen van grove schuld zijn:
 - weddenschap, uitdaging,
 - zich bevinden onder invloed van een verdovende, hallucinogene of andere drug,
 - verkeren in staat van dronkenschap of van alcoholintoxicatie met een gehalte van meer dan 1,5 g/l bloed;
- allergische aandoening of subjectieve of psychische stoornis die geen objectieve symptomen vertoont die een nauwkeurige diagnose mogelijk maken;
- drugverslaving, inclusief drankzucht en abusief gebruik van geneesmiddelen;
- esthetische behandeling, vruchtbaarheidsbehandeling (sterilisatie, kunstmatige inseminatie, ...). De esthetische behandeling is evenwel gedekt wanneer het gaat om louter herstellende chirurgie als gevolg van een ongeval of van een ziekte.

Bovendien worden de verzekerde uitkeringen niet verleend voor bij de aansluiting lopende hospitalisaties, ongeacht de duur ervan.

Artikel 16 - DE INDIVIDUELE VOORTZETTING

Wanneer de verzekerde niet langer de in deze polis voorziene dekking geniet vanwege de hierna opgesomde omstandigheden, kan hij zonder medische formaliteiten noch wachttijd de bestaande dekkingen individueel voortzetten.

Deze voortzetting gebeurt door de sluiting door de verzekerde van een individueel "product" dat gelijkaardige dekkingen biedt en deel uitmaakt van het productengamma van de maatschappij. Deze verbintenis tot voortzetting heeft geen betrekking op de eventuele bijkomende risico's.

Om de dekking te kunnen behouden, moet de verzekerde in functie bij de verzekeringnemer gedurende minstens de twee jaar die voorafgaan aan de datum van stopzetting van dekking ononderbroken gedekt zijn geweest door een of meerdere opeenvolgende verzekeringscontracten "hospitalisatie – medische kosten" gesloten bij een verzekeringsmaatschappij.

De omstandigheden die leiden tot de stopzetting van de dekking van deze polis zijn de volgende:

- stopzetting van de functies van de verzekerde bij de verzekeringnemer, hetzij op de pensioenleeftijd, hetzij tijdens de loopbaan:
mogelijkheid tot contractsluiting voor bovenvermelde verzekerde en voor de gezinsleden die reeds verzekerd waren door deze polis;
- zodra elk verzekerd kind niet langer voldoet aan de aansluitingsvoorwaarden voorzien in de bijzondere voorwaarden,
of, bij gebrek van zo een bepaling in deze voorwaarden, zodra elk kind de leeftijd van 25 jaar heeft bereikt of niet langer fiscaal ten laste valt van het gezin van de verzekerde, met uitzondering van het gehandicapte kind dat een gehandicapentoeelage geniet:
mogelijkheid tot contractsluiting uitsluitend voor het kind;
- overlijden, scheiding of echtscheiding van de verzekerde in functie bij de verzekeringnemer:
mogelijkheid tot contractsluiting enerzijds voor de weduwnaar / weduwe en de gezinsleden die reeds door deze polis waren verzekerd en anderzijds voor de echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner.

Informatie voor de verzekerde in functie bij de verzekeringnemer

Van bij zijn aansluiting bij deze polis, is de verzekeringnemer wettelijk verplicht om de hoger vermelde verzekerde onmiddellijk te informeren over de mogelijkheid tot het betalen van een individuele bijkomende premie voor hem en desgevallend het lid of de leden van zijn gezin met het oog op de voorfinanciering van de individuele voortzetting van deze verzekering. De wet verplicht de maatschappij of de verzekeringnemer echter niet om een dergelijk product aan de verzekerden voor te stellen. De maatschappij beschikt momenteel niet over een dergelijk product.

Bovendien, uiterlijk binnen de dertig dagen na het verlies van het voordeel van deze polis, brengt de verzekeringnemer de verzekerde in functie bij hem schriftelijk of elektronisch op de hoogte:

- van de datum van stopzetting van de dekking,
- van de mogelijkheid om de dekking individueel verder te zetten,
- van de termijn waarbinnen de verzekerde in functie bij de verzekeringnemer, en desgevallend het lid of de leden van zijn gezin, hun recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen,
- van de contactgegevens van de verzekeringsmaatschappij.

Bepalingen met betrekking tot het individuele contract

Het door de verzekerde aanvaarde verzekeringscontract vangt aan op het ogenblik dat hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest.

De duur ervan is levenslang.

De tariefvoorwaarden zijn die welke van toepassing zijn voor de contracten "individuele voortzetting" en van kracht zijn op het ogenblik van het verlies van het voordeel van de dekkingen van de collectieve polis.

PRAKTISCHE HANDLEIDING: LEVEN VAN HET CONTRACT

Artikel 17 - DE AANVANG

De collectieve polis gaat in op de datum die vermeld is in de bijzondere voorwaarden, maar ten vroegste op de dag waarop de eerste premie betaald wordt.

Artikel 18 - DE DUUR

De polis wordt gesloten voor een duur van één jaar te rekenen vanaf de aanvangsdatum. Op het einde van elke jaarlijkse periode wordt ze stilzwijgend voor een gelijke duur hernieuwd, behoudens opzegging door één van de partijen per aangetekende brief welke drie maanden vóór het einde van de lopende jaarlijkse periode is verzonden.

Artikel 19 – DE WIJZIGING VAN HET CONTRACT

De verzekeringnemer kan aan de maatschappij vragen de bijzondere voorwaarden van het contract te wijzigen. Leidt die wijziging tot een verhoging van het gedekte risico, dan is de aanvaarding ervan onderworpen aan de voorwaarden die op het ogenblik van die wijziging van toepassing zijn.

De wijziging moet worden geacteerd via een bijvoegsel of elk ander gelijkaardig document.

Artikel 20 – HET BEDRAG EN DE BETALING VAN DE PREMIE

Bedrag

De premie vertegenwoordigt de prijs die de maatschappij vraagt om de door dit contract verzekerde prestaties te waarborgen. Het niveau ervan houdt rekening met het collectieve karakter van het contract, alsook de afwezigheid van tariefwaarborg op lange termijn eigen aan dit type contract.

Het bedrag van de verzekeringspremies is omschreven in de bijzondere voorwaarden.

Betaling van de premies

De verzekeringnemer betaalt de premies aan de maatschappij. De betalingsmodaliteiten van de verzekeringspremies zijn omschreven in de bijzondere voorwaarden.

Bij niet-betaling van een premie op de vervaldag ervan, zal de polis worden opgezegd dertig dagen na de verzending van een aangetekende brief aan de verzekeringnemer. In deze brief wordt gewezen op de vervaldag van de premie evenals op het bedrag ervan. De brief bepaalt eveneens de gevolgen van niet-betaling binnen de gestelde termijn evenals de aanvang van die termijn.

Artikel 21 - DE WIJZIGING VAN DE PREMIE EN VAN DE VERZEKERINGS- VOORWAARDEN

Indien de maatschappij haar tarief wijzigt, heeft ze het recht om deze tariefwijziging toe te passen op onderhavige polis vanaf de eerstvolgende jaarlijkse premievervaldag.

Indien de verzekeringnemer minstens vier maanden vóór de jaarlijkse vervaldag op de

hoogte wordt gebracht van de wijziging, heeft hij het recht de polis minstens drie maanden vóór de vervaldag op te zeggen. Daardoor eindigt de polis op deze vervaldag.

Indien de verzekeringnemer minder dan vier maanden vóór de jaarlijkse vervaldag op de hoogte wordt gebracht van de wijziging, heeft hij het recht om de polis op te zeggen binnen een termijn van drie maanden te rekenen vanaf de verzending van de kennisgeving van de wijziging. Daardoor eindigt de polis na één maand te rekenen vanaf de dag na de kennisgeving, na de datum van de ontvangst of in geval van een aangetekende verzending van de afgifte van deze aangetekende brief bij de post, maar ten vroegste bij de jaarlijkse vervaldatum.

Bij een fundamentele wijziging van de wetgeving op de sociale zekerheid of van de wet op de ziekenhuizen in geval van invoering of wijziging van een regelgeving die een invloed heeft op onderhavige polis, kan de maatschappij de verzekeringsvoorwaarden wijzigen in verhouding tot de wijziging van de desbetreffende wetgeving en de financiële gevolgen ervan op de maatschappij, na de verzekeringnemer daarvan voorafgaand verwittigd te hebben. De verzekeringnemer beschikt, indien hij dit wenst, over een termijn van drie maanden om deze polis op te zeggen.

Artikel 22 - DE AUTOMATISCHE AANPASSING VAN DE DEKKINGEN EN VAN DE PREMIES

Op elke jaarlijkse vervaldag van de premie, mogen alle premies, eigen risico's en tegemoetkomingsgrenzen uitgedrukt in absolute cijfers worden aangepast op basis van de evolutie van het indexcijfer betreffende de kosten van de door het contract gedekte diensten, te weten het indexcijfer "Waarborg éénpersoonskamer" van de leeftijdsklasse "Globaal", voor zover deze evolutie de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen overschrijdt.

De evolutie van het indexcijfer "Waarborg eenpersoonskamer" van de leeftijdsklasse "Globaal" wordt bepaald volgens de verhouding tussen het laatst gepubliceerd indexcijfer vóór de jaarlijkse vervaldag van de premie, en het indexcijfer gepubliceerd in het jaar daarvoor.

In het geval dat de evolutie van dit indexcijfer de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen niet overschrijdt, of bij gebrek aan berekening en/of publicatie van dit indexcijfer verwijst de maatschappij naar het algemene indexcijfer van de consumptieprijzen. In dergelijk geval gebeurt de aanpassing volgens de verhouding tussen de indexcijfers van de maand november.

In geval van wijziging van de wetgeving inzake indexering van de ziektecontracten, kan de maatschappij op dit contract een nieuwe indexeringsmethode en/of nieuwe jaarlijkse referentievervaldagen toepassen conform de nieuwe wettelijke richtlijnen.

De automatische aanpassing is van toepassing op alle dekkingen bedoeld in de artikelen 5 tot 8 alsook op de bijstanddekking bedoeld in artikel 11.

Artikel 23 - DE INDEPLAATSSTELLING

Door het louter bestaan van de collectieve polis, treedt de maatschappij in de rechten en vorderingen van de verzekerde en zijn rechthebbenden tegen elke derde die voor het schadegeval aansprakelijk of die wettelijk of contractueel, om welke reden ook, gehouden zou zijn hem schadeloos te stellen en dit tot de door de maatschappij betaalde of nog te betalen sommen.

Artikel 24 – DE DIVERSE LASTEN

De jaarlijkse taks op de verzekeringsverrichtingen alsook alle huidige of toekomstige fiscale,

sociale of andere lasten vallen ten laste van de verzekeringnemer en van de verzekerden. Indien deze lasten toepasselijk zijn op de bedragen verschuldigd op grond van het contract, vallen zij ten laste van de verzekerden.

Vrijstelling van de lasten

Indien de verzekeringnemer of de begunstigde van een prestatie een volledige of gedeeltelijke vrijstelling van de fiscale, sociale of van andere aard zijnde lasten ten aanzien van de toepasselijke wetgeving geniet, moet de verzekeringnemer of de begunstigde vooraf de maatschappij van deze vrijstelling op de hoogte brengen en hiervan het bewijs leveren door een bewijskrachtig document zoals een officieel attest van de betrokken administratie of een omzendbrief van de administratie.

Indien de maatschappij niet vooraf ingelicht werd of geen bewijskrachtig document ontvangen heeft, zal de maatschappij alle fiscale, sociale of van andere aard zijnde lasten kunnen inhouden.

De maatschappij zal in geen geval de financiële gevolgen kunnen dragen van de inhoudingen boven de bedragen die van de bevoegde overheden kunnen worden teruggevorderd.

Artikel 25 - VARIA

Elk probleem in verband met het contract kan door de verzekeringnemer of de verzekerde aan de maatschappij worden voorgelegd via zijn gewone tussenpersonen.

Aanvragen terzake kunnen ook gericht worden aan de dienst Quality van de maatschappij (op de maatschappelijke zetel van de onderneming, e-mail: quality.brussels@ip-assistance.com, tel.: 02/550 04 00, fax: 02/552 51 66).

Als de verzekeringnemer of de verzekerde geen adequate oplossing hebben verkregen, dan kunnen zij zich wenden tot de Ombudsdienst Verzekeringen (de Meeûsplantsoen 35 te 1000 Brussel, e-mail: info@ombudsman.as, fax: 02/547 59 75) als gekwalificeerde entiteit.

De aanvraag tot tussenkomst van één van deze diensten of van de instelling doet geen afbreuk aan de mogelijkheid voor de betrokken persoon om een rechtsvordering in te stellen.

Artikel 26 - DE TOEPASSELIJKE WET

Het contract is aan de Belgische wet onderworpen en wordt momenteel beheerst door de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

Artikel 27 - BESCHERMING VAN DE PERSOONSGEGEVENS

De betrokken personen zijn de verzekerden waarvan de maatschappij de persoonsgegevens heeft geregistreerd in het kader van de uitvoering van dit contract.

De werkgever deelt aan de verzekerde, vanaf zijn aansluiting aan dit verzekeringscontract, alle informatie mee die vastgelegd is door de reglementering met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens (Verordening Gegevensbescherming).

De verzekerde informeert het/de verzekerd(e) familielid/leden dat zijn/hun persoonsgegevens het voorwerp uitmaken van een verwerking (Verordening Gegevensbescherming).

Verantwoordelijken voor de verwerking van gegevens

AXA Belgium nv, met maatschappelijke zetel te Troonplein 1, 1000 Brussel, ingeschreven bij de Kruispuntbank van Ondernemingen onder het nummer 0404.483.367.

AXA Assistance (Inter Partner Assistance SA), met maatschappelijke zetel te Louizalaan 166/1, 1050 Brussel, ingeschreven bij de Kruispuntbank van Ondernemingen onder het nummer 0415.591.055.

Hierna 'de verzekeraars' genoemd.

AXA Assistance is tevens de beheerder van dit contract.

Functionaris voor de gegevensbescherming

De functionaris voor de gegevensbescherming van AXA Belgium kan gecontacteerd worden op de volgende adressen:

per post: AXA Belgium - Data Protection Officer (TR1/884)
Troonplein 1
1000 Brussel

via e-mail: privacy@axa.be

De functionaris voor de gegevensbescherming van AXA Assistance kan gecontacteerd worden op de volgende adressen:

per post: AXA Assistance, Juridische dienst – Data Protection Officer
Louizalaan 166/1
1050 Brussel

via e-mail: DPO.bnl@axa-assistance.com

Doeleinden van de gegevensverwerking en bestemmingen van de gegevens

De persoonsgegevens die door de betrokkene zelf worden meegedeeld of die op legitieme wijze door de verzekeraars worden ontvangen van ondernemingen van de groep AXA, van ondernemingen die in relatie staan met deze ondernemingen, van de werkgever van de betrokkene of van derden, mogen door de verzekeraars verwerkt worden voor de volgende doeleinden:

- het beheer van het personenbestand:
 - Dit zijn verwerkingen die uitgevoerd worden om de databases, in het bijzonder de identificatiegegevens met betrekking tot alle natuurlijke en rechtspersonen die in relatie staan met de verzekeraars, samen te stellen en up-to-date te houden.
 - Deze verwerkingen zijn noodzakelijk voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst en voor de naleving van een wettelijke verplichting.
- het beheer van de verzekeringsovereenkomst:
 - Dit betreft de verwerking die wordt uitgevoerd met het oog op de al dan niet geautomatiseerde aanvaarding of weigering van risico's vóór het sluiten van de verzekeringsovereenkomst of bij latere herwerkingen ervan; op de opmaak, bijwerking en beëindiging van de verzekeringsovereenkomst; op de al dan niet geautomatiseerde inning van de onbetaalde premies, op het beheer van de schadegevallen en de regeling van de verzekeringsprestaties.
 - Deze verwerkingen zijn noodzakelijk voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst en voor de naleving van een wettelijke verplichting.
- de dienstverlening aan de klanten:
 - Dit betreft verwerkingen die worden uitgevoerd in het kader van de digitale diensten die, bijkomend aan de verzekeringsovereenkomst, worden verleend aan de klanten (bijvoorbeeld de ontwikkeling van een digitale klantzone).
 - Deze verwerkingen zijn noodzakelijk voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst en/of van deze bijkomende digitale diensten.
- het beheer van de relatie tussen de verzekeraars en de verzekeringstussenpersoon:
 - Dit betreft verwerkingen uitgevoerd in het kader van de samenwerking tussen de verzekeraars en de verzekeringstussenpersoon.

- Deze verwerkingen zijn noodzakelijk voor de behartiging van gerechtvaardigde belangen van de verzekeraars die bestaan uit de uitvoering van de overeenkomsten tussen de verzekeraars en de verzekeringstussenpersoon.
- de opsporing, preventie en bestrijding van fraude:
 - Dit betreft verwerkingen die worden uitgevoerd om, al dan niet op geautomatiseerde wijze, verzekeringsfraude op te sporen, te voorkomen en te bestrijden.
 - Deze verwerkingen zijn noodzakelijk voor de behartiging van gerechtvaardigde belangen van de verzekeraars die bestaan uit de vrijwaring van het technische en financiële evenwicht van het product, de tak of de verzekeringsmaatschappij zelf.
- de bestrijding van het witwassen van geld en de financiering van terrorisme:
 - Dit betreft verwerkingen die worden uitgevoerd om, al dan niet op geautomatiseerde wijze, het witwassen van geld en de financiering van terrorisme op te sporen, te voorkomen en te bestrijden.
 - Deze verwerkingen zijn noodzakelijk voor de uitvoering van een wettelijke verplichting die de verzekeraars moeten naleven.
- bewaking van de portefeuille:
 - Dit betreft verwerkingen die uitgevoerd worden om, al dan niet op geautomatiseerde wijze, het technische en financiële evenwicht van de verzekeringsportefeuilles te controleren en in voorkomend geval te herstellen.
 - Deze verwerkingen zijn noodzakelijk voor de behartiging van gerechtvaardigde belangen van de verzekeraars die bestaan uit de vrijwaring of het herstel van het technische en financiële evenwicht van het product, de tak of de verzekeringsmaatschappij zelf.
- statistische studies:
 - Dit betreft verwerkingen uitgevoerd door de verzekeraars of een derde met het oog op statistische studies voor diverse doeleinden, zoals aanvaarding van risico's en tarifiering.
 - Deze verwerkingen zijn noodzakelijk voor de behartiging van gerechtvaardigde belangen van de verzekeraars die bestaan uit het maatschappelijke engagement, het streven naar efficiëntie en de verbetering van de kennis van haar vakgebieden.

In de mate dat de mededeling van persoonsgegevens noodzakelijk is voor de hiervoor opgesomde doeleinden, mogen de persoonsgegevens meegedeeld worden aan andere ondernemingen van de AXA Groep en aan ondernemingen en/of personen die ermee in verbinding staan (advocaten, experts, adviserende artsen, herverzekeraars, medeverzekeraars, verzekeringstussenpersonen, dienstverleners, andere verzekeringsmaatschappijen, vertegenwoordigers, follow-up bureaus voor tarifiering, schaderegelingsbureaus, Datassur).

Deze gegevens mogen ook meegedeeld worden aan de controle instanties, aan de bevoegde overheidsdiensten en aan elk ander overheids- of privéorganisme waarmee de verzekeraars persoonsgegevens kunnen uitwisselen in overeenstemming met de toepasselijke wetgeving.

Als de betrokkene ook klant is van AXA Bank Belgium, mogen deze persoonsgegevens door de verzekeraars verwerkt worden in gezamenlijke bestanden met het oog op het beheer van het personenbestand, en meer bepaald het beheer en de update van de identificatiegegevens.

Gegevensverwerking met het oog op direct marketing

De persoonsgegevens, meegedeeld door de betrokkene zelf of rechtmatig ontvangen door de verzekeraars van ondernemingen van de Groep AXA, van ondernemingen die ermee in verbinding staan of van derden, mogen door de verzekeraars verwerkt worden met het oog

op direct marketing (commerciële acties, gepersonaliseerde reclame, profilering, koppeling van gegevens, bekendheid, ...), om de kennis van hun klanten en prospecten te verbeteren, om deze laatste op de hoogte te brengen van hun activiteiten, producten en diensten, en om commerciële aanbiedingen te bezorgen.

Deze persoonsgegevens mogen ook meegedeeld worden aan andere ondernemingen van de AXA Groep en aan ondernemingen die in verbinding staan met de verzekeraars en/of aan de verzekeringstussenpersoon met het oog op hun eigen direct marketing of gezamenlijke direct marketing, om de kennis van de gezamenlijke klanten en prospecten te verbeteren, om deze laatste te informeren over hun respectieve activiteiten, producten en diensten, en om commerciële aanbiedingen te bezorgen.

Om een optimale service te verlenen in verband met direct marketing, kunnen deze persoonsgegevens worden meegedeeld aan ondernemingen en/of aan personen in hun hoedanigheid van onderaannemers of dienstverleners ten gunste van de verzekeraars, andere ondernemingen van de AXA Groep en/of de verzekeringstussenpersoon.

Deze verwerkingen zijn noodzakelijk voor de behartiging van gerechtvaardigde belangen van de verzekeraars bestaande uit de ontwikkeling van hun economische activiteit. In voorkomend geval kunnen deze verwerkingen gebaseerd zijn op de toestemming van de betrokkene.

Overdracht van gegevens buiten de Europese Unie

De andere ondernemingen van de AXA Groep, de ondernemingen en/of personen die ermee in verbinding staan en aan wie de persoonsgegevens worden meegedeeld, kunnen zich zowel in de Europese Unie als erbuiten bevinden. In geval van overdracht van persoonsgegevens naar derden die zich buiten de Europese Unie bevinden, houden de verzekeraars zich aan de wettelijke en reglementaire bepalingen die van kracht zijn voor dergelijke overdrachten. Ze waarborgen namelijk een adequaat beschermingsniveau voor de aldus overgedragen persoonsgegevens, op basis van de door de Europese Commissie ingestelde alternatieve mechanismen, zoals de standaard contractuele voorwaarden of ook de bindende ondernemingsregels voor de AXA Groep in geval van overdrachten binnen de groep (B.S. 6/10/2014, p. 78547).

De betrokkene kan van de door de verzekeraars getroffen maatregelen om persoonsgegevens te mogen overdragen buiten de Europese Unie een kopie verkrijgen door zijn aanvraag te sturen naar AXA Assistance op het hierna vermelde adres (paragraaf 'Contact opnemen met AXA Assistance').

Gegevensbewaring

De verzekeraars bewaren de persoonsgegevens die verzameld worden met betrekking tot de verzekeringsovereenkomst tijdens de hele duur van de contractuele relatie of van het beheer van de schadedossiers, met bijwerking ervan telkens de omstandigheden dit vereisen, dit verlengd met de wettelijke bewaartermijn of met de verjaringstermijn om het hoofd te kunnen bieden aan een vordering of eventueel verhaal, ingesteld na het einde van de contractuele relatie of na de afsluiting van het schadedossier.

De verzekeraars bewaren de persoonsgegevens met betrekking tot geweigerde offertes of offertes waaraan zij geen gevolg hebben gegeven tot vijf jaar na de uitgifte van de offerte of de weigering om een contract af te sluiten.

Noodzaak om persoonsgegevens mee te delen

De persoonsgegevens met betrekking tot de betrokkene die de verzekeraars vragen om mee te delen, zijn noodzakelijk voor de afsluiting en de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. De niet-mededeling van deze gegevens kan de afsluiting of de goede uitvoering van de verzekeringsovereenkomst onmogelijk maken.

Vertrouwelijkheid

De verzekeraars hebben alle vereiste maatregelen getroffen om de vertrouwelijkheid van de persoonsgegevens te vrijwaren en om zich te wapenen tegen niet-gemachtigde toegang, misbruik, wijziging of wissing van deze gegevens.

De verzekeraars volgen hiertoe de standaarden inzake veiligheid en continuïteit van de dienstverlening en evalueren regelmatig het veiligheidsniveau van zijn processen, systemen en toepassingen, alsook dat van hun partners.

Rechten van de betrokkene

De betrokkene heeft het recht:

- om van de verzekeraars de bevestiging te krijgen of de hem betreffende persoonsgegevens verwerkt of niet verwerkt worden, en om deze gegevens, indien ze verwerkt worden, te raadplegen;
- om zijn persoonsgegevens die onjuist of onvolledig zijn, te laten rechtzetten en in voorkomend geval te laten aanvullen;
- om zijn persoonsgegevens in bepaalde omstandigheden te laten wissen;
- om de verwerking van zijn persoonsgegevens in bepaalde omstandigheden te laten beperken;
- om zich, om redenen die verband houden met zijn specifieke situatie, te verzetten tegen een verwerking van de persoonsgegevens op basis van de gerechtvaardigde belangen van de verzekeraars. De verantwoordelijken voor de verwerking verwerken dan de persoonsgegevens niet langer, tenzij zij aantonen dat er rechtmatige en dwingende redenen voor de verwerking zijn die zwaarder wegen dan de belangen, rechten en vrijheden van de betrokkene;
- om zich te verzetten tegen de verwerking van zijn persoonsgegevens met het oog op direct marketing, met inbegrip van de profilering die wordt verricht met het oog op direct marketing;
- om bezwaar te maken tegen een beslissing die uitsluitend gebaseerd is op een geautomatiseerde verwerking, met inbegrip van profilering, waaraan voor hem rechtsgevolgen zijn verbonden of die hem aanmerkelijk treft; als deze geautomatiseerde verwerking echter noodzakelijk is voor de afsluiting of de uitvoering van een contract, heeft de persoon het recht op een menselijke tussenkomst van de verzekeraars, om zijn standpunt te uiten en om de beslissing van de verzekeraars te betwisten;
- om zijn persoonsgegevens die hij aan de verzekeraars heeft meegedeeld, te ontvangen in een gestructureerd, gangbaar en machine leesbaar formaat; om deze gegevens door te zenden aan een andere verwerkingsverantwoordelijke, als (i) de verwerking van zijn persoonsgegevens gebaseerd is op zijn toestemming of noodzakelijk is voor de uitvoering van een contract en (ii) de verwerking gebeurt aan de hand van geautomatiseerde processen; en te verkrijgen dat zijn persoonsgegevens rechtstreeks van de ene naar de andere verwerkingsverantwoordelijke worden doorgezonden, als dat technisch haalbaar is;
- om zijn toestemming te allen tijde in te trekken, zonder afbreuk te doen aan de verwerkingen die rechtmatig gebeurden vóór de intrekking ervan, als de verwerking van zijn persoonsgegevens gebaseerd is op zijn toestemming;

Contact opnemen met AXA Assistance

De betrokkene die zijn rechten wil uitoefenen, kan AXA Assistance, beheerder van dit contract contacteren door per post een gedateerde en ondertekende brief te sturen, vergezeld van een recto/verso fotokopie van zijn identiteitskaart, naar het adres: AXA Assistance, Juridische dienst - Data Protection Officer, Louizalaan 166/1, 1050 Brussel, of via het volgende email adres: legal.bnl@axa-assistance.com.

AXA Assistance zal de aanvragen verwerken binnen de wettelijk voorziene termijnen. Behoudens duidelijk ongegronde of overmatige aanvragen, zal geen enkele betaling gevorderd worden voor de verwerking van zijn aanvragen.

Klacht indienen

Als de betrokkene meent dat de verzekeraars de reglementering ter zake niet naleven, wordt hij verzocht eerst contact op te nemen met AXA Assistance.

De betrokkene kan ook een klacht indienen bij de Autoriteit voor de Bescherming van Persoonsgegevens op het volgende adres:

Drukpersstraat 35
1000 Brussel
Tel. + 32 2 274 48 00
Fax + 32 2 274 48 35
commission@privacycommission.be

De betrokkene kan ook klacht indienen bij de rechtbank van eerste aanleg van zijn woonplaats.

TE VERVULLEN FORMALITEITEN OM UITKERING TE KRIJGEN VAN DE VERZEKERDE DEKKINGEN

Wij vestigen de aandacht van de verzekeringnemer op het belang van zijn verbintenissen.

Het zou kunnen dat de maatschappij haar prestaties moet verminderen afhankelijk van de schade die voor haar voortvloeit uit de niet-naleving binnen de vermelde termijnen van de volgende verbintenissen, tenzij deze niet-naleving het gevolg is van overmacht.

Bovendien kan de maatschappij ertoe worden gebracht haar dekkingen te weigeren indien de verzekerde, met bedrieglijk opzet, de onderstaande verbintenissen niet heeft uitgevoerd.

Artikel 28 – DE AANGIFTE VAN HET SCHADEGEVAL

Alle prestaties waarvoor de aanvraag niet bij de maatschappij zou zijn aangekomen in een termijn van 3 jaar te rekenen vanaf die prestaties, zullen niet meer gedekt zijn door onderhavig contract.

Dekkingen Hospitalisatie en One day clinic

Elke hospitalisatie van de verzekerde, ongeacht de oorzaak, moet uiterlijk binnen een termijn van 30 dagen na de gebeurtenis aan de maatschappij worden aangegeven.

Dekking Ambulante zorgen - Zware ziekten

Het aangeven of de diagnose van één van de door de collectieve polis gedekte ziekten, waardoor de verzekerde wordt getroffen, moet uiterlijk binnen een termijn van 30 dagen vanaf de gebeurtenis worden aangegeven.

De verzekerde bezorgt aan de maatschappij, zo spoedig mogelijk, ook de bewijzen van tegemoetkoming van andere verzekeringsondernemingen en/of van het ziekenfonds indien hij gedekt zou zijn door een of meerdere verzekeringen die hetzelfde voorwerp hebben en hij al van een tegemoetkoming zou genoten hebben.

Artikel 29 – DE ANDERE VERBINTENISSEN VAN DE VERZEKERDE

Dekkingen Hospitalisatie en One day clinic

- De verzekerde bezorgt aan de maatschappij zo spoedig mogelijk de inlichtingen en de documenten die zij hem vraagt, in dit geval de originelen van de documenten die het bestaan en het bedrag van de gedekte kosten bewijzen.
- Hij voegt bij de aangifte elk document, attest en verslag dat de oorzaak van de hospitalisatie kan toelichten.
- De maatschappij moet op elk ogenblik door een door haar aangenomen arts kunnen laten controleren of de gezondheidstoestand van de verzekerde een hospitalisatie vereist.
- De verzekerde onderwerpt zich binnen 30 dagen aan de eventuele medische controles en andere formaliteiten die de maatschappij hem vraagt. Zij kan vragen dat de medische controles in België gebeuren.

Garantie Zware ziekten - Ambulante zorgen

De verzekerde voegt bij de aangifte elk document, attest en verslag dat het bestaan van de door de collectieve polis gedekte ziekte kan bewijzen.

Artikel 30 – DE BETWISTING EN DE EXPERTISE

Mochten de verzekeringnemer en/of de verzekerde het niet eens zijn betreffende een medisch aangelegenheid, dan moet dit aan de maatschappij worden meegedeeld binnen de 15 dagen na de kennisgeving van haar beslissing.

De betwisting wordt op tegenspraak voorgelegd aan een medische commissie bestaande uit twee artsen-experts, waarvan er één door de verzekeringnemer en/of de verzekerde en één door de maatschappij is aangewezen. Als deze geen akkoord bereiken, stellen ze een derde arts-expert aan, wiens rol erin zal bestaan uitsluitend te geven.

Als één van de partijen geen expert benoemt of als beide experts het niet eens worden over de keuze van de derde, gebeurt de aanstelling door de Rechtbank van Eerste Aanleg van de woonplaats van de verzekerde, op verzoek van de meest gereede partij.

Elke partij draagt het honorarium van haar expert; het honorarium van de derde expert wordt door beide partijen ieder voor de helft gedragen.

Hetzelfde geldt voor de erelonen van andere artsen op wie een beroep wordt gedaan.

WOORDENLIJST

A. Woordenlijst in verband met alle artikelen van deze voorwaarden, behalve artikel 11 "Bijstand" waarvan de woordenlijst hierna is vermeld.

Alternatieve geneeswijze

Homeopathie, acupunctuur, chiropraxis en osteopathie.

Ambulante verzorging

Verzorging verstrekt buiten een hospitalisatie.

Geneesmiddel

Product voorgeschreven door een arts en als dusdanig erkend door de minister bevoegd voor de Volksgezondheid.

Hospitalisatie

Medisch noodzakelijk verblijf, in een instelling die wettelijk wordt beschouwd als een ziekenhuis, dat leidt tot een facturatie van verblijfskosten in de kaders "Hospitalisatie" en "Dagziekenhuis (al dan niet chirurgisch)".

Medisch materiaal

Al het materiaal dat de functie vervult van een lidmaat of een orgaan of dat medisch noodzakelijk is in het genezingsproces van de verzekerde.

Ongeval

Plotse en toevallige gebeurtenis die rechtstreeks wordt veroorzaakt door de werking van een uitwendige kracht buiten de wil van de verzekerde en die aanleiding geeft tot lichamelijk letsel.

Worden gelijkgesteld met ongevallen:

- verdrinking;
- letsels opgelopen bij het redden van in gevaar verkerende personen of goederen;
- vergiftigingen en brandwonden ten gevolge van ofwel het onopzettelijk innemen van giftige of bijtende stoffen, ofwel het toevallig vrijkomen van gassen of dampen;
- complicaties van de aanvankelijke letsels veroorzaakt door een gedekt ongeval;
- hondsdolheid en tetanus.

Zelfmoord wordt niet beschouwd als een ongeval.

Orthopedisch toestel

Apparaat bestemd om misvormingen van het lichaam te voorkomen of bij te sturen.

Palliatieve zorg

Pluridisciplinaire hulp en bijstand verleend in een ziekenhuis om globaal te voorzien in de lichamelijke, geestelijke en spirituele behoeften van de patiënten tijdens de terminale fase van hun ziekte en die bijdraagt aan het behoud van een levenskwaliteit voor de patiënten en hun familie.

Parafarmaceutisch product

Een ander product dan een medicijn, geleverd in een apotheek of bij een bandagist, voorgeschreven door een geneesheer, en nodig voor de medische behandeling van de

verzekerde.

Paramedische erelonen

Erelonen voor de uitoefening van medische prestaties door gezondheidszorgverleners erkend in hun praktijk (erelonen van een arts, diëtist, podoloog, logopedist, kinesitherapie, fysiotherapie, osteopathie, chiropraxie, homeopathie, acupunctuur, psychoanalyse en/of erelonen van een psycholoog).

Prothese

Toestel dat de functie van een orgaan of een lidmaat volledig of gedeeltelijk vervult.

Terrorisme

Clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld wordt gepleegd op personen of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onveiligheid te scheppen of de autoriteiten onder druk te zetten, ofwel om het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren.

Staat van dronkenschap

Toestand van een persoon die geen permanente controle meer heeft over zijn daden, zonder de vereiste dat deze zich er niet meer van bewust is.

Wachttijd

Periode waarin er geen uitkering verschuldigd is; deze periode gaat in op de aansluitingsdatum van de verzekerde.

Wettelijke tegemoetkoming

- voor de in België gemaakte kosten: elke vergoeding bepaald door de Belgische wetten die van toepassing zijn op de werknemers;
- voor de in het buitenland gemaakte kosten: elke vergoeding bepaald door een met het betrokken land gesloten overeenkomst betreffende de sociale zekerheid van de werknemers of, bij ontstentenis, een bedrag gelijk aan de vergoeding bepaald door de Belgische wetten die van toepassing zijn op de werknemers.

Onder Belgische wetten van toepassing op werknemers bij ziekte of ongeval wordt verstaan:

- de wetgeving betreffende de verplichte verzekering tegen ziekte of invaliditeit;
- de wetgeving betreffende arbeidsongevallen;
- de wetgeving betreffende de beroepsziekten.

Ziekenhuis

Inrichting die wettelijk als dusdanig erkend wordt en waar gebruik gemaakt wordt van wetenschappelijk beproefde diagnose- en therapiemiddelen, met uitzondering van:

- gesloten psychiatrische inrichtingen;
- medisch-pedagogische inrichtingen;
- inrichtingen die louter dienen voor het herbergen (rusthuizen,...);
- rust- en verzorgingshuizen.

Ziekte

Aantasting van de gezondheid van andere oorsprong dan een ongeval, die objectieve symptomen vertoont.

B. Woordenlijst bij artikel 11 "Bijstand"

Bagage

Persoonlijke bezittingen die de verzekerde meeneemt of die vervoerd worden aan boord van het verzekerde voertuig.

Worden niet gelijkgesteld aan bagage: zweefvliegtuigen, surfplanken, boten, commerciële koopwaar, wetenschappelijk materiaal, bouwmaterialen, huismeubilair, paarden, vee.

Medisch incident

Ziekte of het lichamelijk ongeval dat een verzekerde overkomt, alsook zwangerschap en bevalling.

Medische repatriëring

Het vervoer van een zieke of gewonde verzekerde naar een verzorgingscentrum begeleid door medisch personeel (geneesheer en/of verpleger). Een medische repatriëring wordt enkel overwogen in geval van medische urgentie, wanneer geschikte verzorging ter plaatse onmogelijk is.

Repatriëring

Terugbrenging van het voertuig en/of van de verzekerden naar hun woonplaats.

Restwaarde van het verzekerde voertuig

De waarde van het voertuig, bepaald door een deskundige na het technische incident.

Verzekerd voertuig

Met uitzondering van voertuigen die rijden met handelaars- of proefrittenplaat en voor zover ze in orde zijn met de technische keuring: motoren met een cilinderinhoud van meer dan 125 cc, voertuigen voor privé- of professioneel gebruik of voor dubbel gebruik, "alle terrein" wagens, mobilhomes of lichte vrachtwagens. De maximaal toegelaten massa (M.T.M.) mag de 3,5 ton niet overschrijden en/of het voertuig mag niet langer zijn dan 6 meter. Het voertuig moet in België ingeschreven zijn. Wanneer ze getrokken worden door het aangewezen voertuig: de aanhangwagen of caravan, met een M.T.M. van minder dan 3,5 ton en/of een lengte van minder dan 6 meter.