

**KBC- COLLECTIEVE
HOSPITALISATIEVERZEKERING**

Polisnummer: 52.250.020/0028

Verbond van Vlaamse Tandartsen VZW
Vrijheidslaan 61
1081 Koekelberg

Tussenpersoon

PHASE INSURANCE NV
KATTESTRAAT 2
1082 ST-AGATHA-BERCHEM
Ondernemingsnummer 0864175869

Inhoudstafel

1	Structuur van de polis	3
2	Speciale bijzondere voorwaarden.....	3
3	Bijzondere voorwaarden	4
3.1	Categorie van de aangeslotenen	4
3.2	Aansluiting.....	4
3.3	Laattijdige aansluitingen.....	5
3.3.1	Definitie	5
3.3.2	Wachttijd	5
3.3.3	Medische formaliteiten	5
3.3.4	Voorafbestaande aandoening.....	6
3.3.5	Uitsluiting.....	6
3.4	Niet laattijdige aansluitingen	6
3.4.1	Wachttijd	6
3.4.2	Medische formaliteiten	6
3.4.3	Voorafbestaande aandoening.....	6
3.5	Verzekerde waarborgen	6
3.6	Premie	7
3.7	Betaling van de premie	8
3.8	Verdeling van de premie	8
4	Lijst van dure ziekenhuizen.....	9
5	Analyse van de verlangens en behoeften.....	10
6	Algemene voorwaarden	

1 Structuur van de polis

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

De bijzondere voorwaarden hebben voorrang op de algemene voorwaarden.

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

2 Speciale bijzondere voorwaarden

Niet van toepassing.

3 Bijzondere voorwaarden

3.1 Categorie van de aangeslotenen

De aangeslotenen zijn de leden van het Verbond van Vlaamse Tandartsen VZW en hun gezinsleden.

De gezinsleden zijn de inwonende partner en de inwonende ongehuwde kinderen.

De gepensioneerde leden en hun gezinsleden kunnen verder aangesloten blijven.

3.2 Aansluiting

De aansluiting is facultatief voor de leden en facultatief voor de gezinsleden.

- De leden die op de begindatum van deze polis verzekerd zijn, sluiten aan op deze begindatum.
- De leden sluiten aan vanaf de 1^e dag van de maand samenvallend met of volgend op hun lidmaatschap.

De gezinsleden van de aangesloten leden kunnen aansluiten:

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

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

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

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

3.3 Laattijdige aansluitingen

3.3.1 Definitie

De aansluiting van een lid van het Verbond van Vlaamse Tandartsen VZW, waarvan de aanvraag ons bereikt meer dan 60 dagen na datum van lidmaatschap.

De aansluiting van een gezinslid, waarvan de aanvraag ons bereikt meer dan 60 dagen hetzij na de aansluiting van het lid hetzij na de datum van het huwelijk, het begin van het samenwonen of de geboortedatum.

Wordt eveneens als laattijdige aansluiting beschouwd:

- De aansluiting van een gezinslid van een lid op de jaarlijkse hoofdvervaldag van de verzekering.
- De aansluiting van een gezinslid van een lid dat voorafgaandelijk niet van de mogelijkheid heeft gebruik gemaakt om aan te sluiten bij een gelijkaardige collectieve verzekering.

Wordt niet als een laattijdige aansluiting beschouwd:

- De aansluiting van een gezinslid van een lid dat voorafgaandelijk verzekerd was via een gelijkaardige verzekering en waar de aansluiting bij deze collectieve verzekering aansluitend gebeurt op de stopzetting van deze gelijkaardige verzekering.

3.3.2 Wachtijd

Er gelden geen wachtijden.

3.3.3 Medische formaliteiten

Iedere persoon die laattijdig toetreedt, dient een medische vragenlijst in te vullen. De verzekeraar stelt de aanvaarding van de aansluiting afhankelijk van de gunstige beoordeling van de medische formaliteiten.

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

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

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

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

3.3.4 Voorafbestaande aandoening

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

3.3.5 Uitsluiting

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

3.4 Niet laattijdige aansluitingen

3.4.1 Wachtijd

Er gelden geen wachtijden.

3.4.2 Medische formaliteiten

Er zijn geen medische formaliteiten.

3.4.3 Voorafbestaande aandoening

In tegenstelling tot wat in de algemene voorwaarden is bepaald, zijn de gevolgen of verwickelingen van een voorafbestaande toestand verzekerd. Volgende artikels uit de algemene voorwaarden zijn niet van toepassing: artikel 7 (mededelingsplicht aangeslotene) en artikel 8 (gemelde voorafbestaande toestand).

3.5 Verzekerde waarborgen

De volgende waarborgen zijn verzekerd:

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

Franchise

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

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

- Er wordt een franchise van 250 EUR ten laste gelegd van de aangeslotene per verzekeringsjaar, indien er een éénpersoonskamer gefactureerd wordt. Deze franchise van 250 EUR is van toepassing van zodra er tijdens het verzekeringsjaar éénmaal een éénpersoonskamer gefactureerd wordt, en blijft van toepassing bij eventuele bijkomende hospitalisaties tijdens hetzelfde verzekeringsjaar, al wordt voor deze bijkomende hospitalisaties een twee- of meerpersoonskamer gefactureerd.
- Voor hospitalisaties die uitsluitend in twee- of meerpersoonskamers gefactureerd worden, geldt een franchise van 0 EUR.

Maximumbedragen

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

3.6 Premie

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

Jaarpremie per:	brutopremie
aangeslotene tot en met 20 jaar	: 173,11 EUR
aangeslotene vanaf 21 jaar tot en met 65	: 346,27 EUR
aangeslotene vanaf 66 jaar tot en met 70	: 692,30 EUR
aangeslotene vanaf 71 jaar	: 1.384,67 EUR

Kosten en lasten

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

- voor aangeslotene tot en met 20 jaar: acquisitiekosten 15,00 EUR en administratiekosten 20,42 EUR
- voor aangeslotene vanaf 21 jaar tot en met 65 jaar: acquisitiekosten 29,99 EUR en administratiekosten 40,85 EUR
- voor aangeslotene vanaf 66 jaar tot en met 70 jaar: acquisitiekosten 59,97 EUR en administratiekosten 81,68 EUR
- voor aangeslotene vanaf 71 jaar: acquisitiekosten 119,94 EUR en administratiekosten 163,36 EUR

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

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

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

3.7 Betaling van de premie

De jaarlijkse hoofdvervaldag is 1 april.

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

3.8 Verdeling van de premie

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

	ten laste van de verzekeringnemer	ten laste van het lid
(gepensioneerde) leden	0 %	100 %
gezinsleden	0 %	100 %

4 Lijst van dure ziekenhuizen

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

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

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

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

5 Analyse van de verlangens en behoeften

De distributeur heeft samen met de verzekeringnemer de verlangens en behoeften geanalyseerd die de verzekeringnemer heeft in het kader van de toekenning van een ziektekostenverzekering aan de categorie van aangeslotenen. De verzekeringnemer wenst aan de aangeslotene een vergoeding in de medische kosten toe te kennen bij hospitalisatie wegens ziekte, ongeval, bevalling of zwangerschapscomplicatie.

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

Op basis van deze analyse en de productfiche beveelt de verzekeraar deze KBC-Collectieve Hospitalisatieverzekering aan, met de waarborgomschrijvingen en de modaliteiten zoals opgenomen in de bijzondere en de algemene voorwaarden. Deze verzekering beantwoordt het best aan de verlangens en behoeften.

De verzekeringnemer erkent dat hij:

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