

HWBK
Bedrijfsmanagement
Financie- en verzekeringswezen



De Hospitalisatieverzekering
Vergelijking van de markt

CAMPUS
Geel



Berghmans Els

Academiejaar 2009-2010

1 Inhoud:

1	Inhoud:.....	1
2	Inleiding:	4
3	Wat?.....	5
4	De verzekeringen	6
4.1	AG Insurance.....	6
	• Waarborgen	6
	• Extra waarborgen	7
	• Uitsluitingen	12
	• Wie is verzekerd?	13
	• Vanaf wanneer is men verzekerd?	14
	• Looptijd en opzegging.....	14
	• Vrijstellingen.....	15
	• Verplichtingen.....	15
	• Wat bij schade?	16
	• Waar is men verzekerd?	17
	• Praktisch voorbeeld:.....	17
4.2	Mercator	19
	• Waarborgen	19
	▪ Extra waarborgen	20
	• Uitsluitingen	23
	• Wie is verzekerd?	24
	• Vanaf wanneer is men verzekerd?	25
	• Looptijd en opzegging.....	25
	• Vrijstellingen.....	26
	• Verplichtingen.....	26
	• Wat bij schade?	27
	• Waar is men verzekerd?	27
	• Praktisch voorbeeld:.....	28
4.3	Ethias	29
	• Waarborgen	29
	• Uitsluitingen	31
	• Wie is er verzekerd?	32
	• Vanaf wanneer is men verzekerd?	33
	• Looptijd en einde.....	33
	• Vrijstelling.....	34
	• Verplichtingen.....	34
	• Waar is men verzekerd?	35
	• Wat bij schade?	35
	• Praktisch voorbeeld.....	36
4.4	DKV	37
	• Waarborgen	37
	• Extra waarborgen	38
	• Uitsluitingen	42

•	Wie is verzekerd?	43
•	Vanaf wanneer is men verzekerd?	43
•	Looptijd en opzegging.....	44
•	Vrijstellingen.....	44
•	Verplichtingen.....	45
•	Wat bij schade?	45
•	Waar is men verzekerd?	46
•	Tarief + kosten	46
4.5	KBC.....	48
•	Waarborgen	48
•	Extra waarborgen	49
•	Uitsluitingen.....	51
•	Wie is er verzekerd?	52
•	Vanaf wanneer is men verzekerd?	53
•	Looptijd en opzegging.....	53
•	Vrijstellingen.....	54
•	Verplichtingen:.....	54
•	Wat bij schade?	55
•	Praktisch voorbeeld:.....	56
4.6	Christelijke Mutualiteit	57
•	Waarborgen	57
•	Extra waarborgen	59
•	Uitsluitingen.....	60
•	Wie is verzekerd?	62
•	Vanaf wanneer is men verzekerd?	63
•	Looptijd en opzegging.....	63
•	Vrijstellingen.....	64
•	Waar is men verzekerd?	64
•	verplichtingen.....	64
•	Wat bij schade?	65
•	Praktisch voorbeeld.....	66
5	Vergelijking	68
6	Samenvatting	80
7	Eigen mening	81
8	Besluit	82
9	Verklarende Woordenlijst:.....	83
10	Bronnen:.....	85
11	Bijlagen:	86

2 Inleiding:

Als laatstejaarsstudent aan de KHK Campus Geel, moet er een eindwerk gemaakt worden. Ik heb gekozen om de hospitalisatieverzekering bij verschillende maatschappijen te vergelijken. Hiervoor heb ik 5 verzekeringsmaatschappijen gekozen en de Christelijke Mutualiteit.

Ik heb voor de hospitalisatieverzekering gekozen omdat ik dit heel belangrijk vind. Normaal gezien zijn de meeste mensen aangesloten bij een ziekenfonds, maar is dat wel genoeg? Daarom heb ik ook de Christelijke mutualiteit mee besproken. Zo krijg je een goede vergelijking met de standaard verzekering die iedereen heeft en de extra verzekeringen en waarom deze nuttig zijn.

Ik ken wel enkele mensen die al eens zwaar ziek zijn geweest. Deze mensen hadden een hospitalisatieverzekering en hebben die nu nog. Ik denk dat het een heel nuttige verzekering is.

3 Wat?

Een hospitalisatieverzekering is een verzekering die iemand financieel helpt wanneer hij geconfronteerd wordt met een ziekenhuisopname.

Iedereen weet dat wanneer men ziek wordt en er een ziekenhuisopname wordt voorgesteld, de kosten hoog kunnen oplopen. Niet alleen de medische verzorging zoals de medicijnen kosten geld. De dokters vragen erelonen en de kosten voor een overnachting in het ziekenhuis zijn niet altijd even betaalbaar.

Als men dan langdurig ziek is, en veel nabehandeling moet ondergaan, kan men financiële problemen krijgen.

Om de mensen van deze problemen te besparen, is er de hospitalisatieverzekering. Ze dient telkens om de financiële last van het ziek zijn te verlichten, maar als we dit gaan uitwerken, merken we dat niet elke maatschappij hetzelfde waarborgt, en je kan niet zo maar ergens gaan aankloppen voor zo'n verzekering. Er gelden ook voorwaarden en verplichtingen. De maatschappij doet ook niets gratis. Er komt heel wat bij te zien wanneer men een hospitalisatieverzekering wil afsluiten.

4 De verzekeringen

4.1 AG Insurance

- Waarborgen

De belangrijkste waarborg bij een hospitalisatieverzekering is de ziekenhuisopname. Deze opname moet ten gevolge van een ziekte of een ongeval zijn. Ook de zwangerschap en de bevalling vallen onder de waarborg. De opname moet echter wel een medisch noodzakelijke behandeling als reden hebben.

Als deze voorwaarden voldaan zijn, dan vergoedt de hospitalisatieverzekering van AG Insurance de kosten voor het verblijf in het ziekenhuis, de geneesmiddelen die men geeft in functie van de genezing na de medische ingreep en de medische en de paramedische honoraria. De kosten voor prothesen en orthopedische toestellen worden ook vergoed, net zoals het medische materiaal, het endoscopisch en het viscerosynthesemateriaal.

Indien men een transplantatie van een orgaan of een weefsel moet ondergaan, worden de kosten voor het verblijf van de donor ook vergoed.

Een ander verblijf dat vergoed wordt is dat van één van de ouders van het verpleegde kind. Dit verblijf moet wel in dezelfde kamer zijn als dat van het kind en de aanwezigheid van deze ouder moet als medisch noodzakelijk worden beschouwd door de behandelende geneesheer. Dit kan echter alleen maar wanneer de ouder en het kind verzekerd zijn volgens hetzelfde verzekeringscontract.

Niet alleen het verblijf in het ziekenhuis, maar ook het vervoer ernaartoe wordt in deze verzekering vergoed.

Voor enkele andere behandelingen wordt ook een vergoeding uitgekeerd. De behandelingen die door een erkend geneesheer worden uitgevoerd als het gaat over homeopathie, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur. De palliatieve zorgen in het ziekenhuis worden ook vergoed.

Bij het overlijden van de patiënt worden de mortuariumkosten vergoed als deze in rekening worden gebracht op de ziekenhuisfactuur. Als het gaat om een baby, kan men ervoor kiezen om een wiegendoodtest te laten uitvoeren. Ook dit wordt vergoed.

Als laatste standaardwaarborg wordt de thuisbevalling vergoed. Deze waarborg wordt gelijkgesteld met een ziekenhuisopname. De bevalling moet wel plaatsvinden of er moet een verblijf in een geboortehuis of een vergelijkbare instelling zijn.

- Extra waarborgen

Elke verzekering heeft ook extra waarborgen die vergoed kunnen worden. Het standaardcontract is simpel en miniem, maar wanneer je naar de uitbreidingen gaat kijken, zie je veel mogelijkheden.

“ Ambulante medische verzorging in de pre- en postperiode ”

Dit is de eerste extra waarborg die men kan onderschrijven.

Hier gaat men ervoor zorgen dat de kosten van de zorgen vanaf één maand voor de ziekenhuisopname vergoed worden alsook de kosten van de zorgen van de drie maanden die volgen op het ontslag uit het ziekenhuis. De zorgen moeten wel rechtstreeks verband houden met de reden van de ziekenhuisopname.

De medische prestaties of de prestatie van een verpleegkundige bij elk bezoek of elke raadpleging worden vergoed. De door een geneesheer voorgeschreven paramedische behandelingen zoals kinesithérapie, fysiotherapie en logopedie worden bij deze extra waarborg ook vergoed.

De geneesmiddelen die tijdens de periodes voor en/of na de ziekenhuisopname worden voorgeschreven door de geneesheer zullen ook terugbetaald worden.

Als laatste worden hier de voorgeschreven prothesen en orthopedische toestellen voor de hierboven omschreven periode vergoed als ze vooraf door de maatschappij zelf zijn toegelaten.

“ Zware Ziekten ”

Onder de waarborg Zware Ziekten vallen de volgende ernstige ziekten waarvan de diagnose op behoorlijke wijze is vastgesteld. De meest bekende ziekten zijn bijvoorbeeld:

- | | | |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| - kanker | - leukemie | - diabetes |
| - tuberculose | - ziekte van Parkinson | - Multiple Sclerose |
| - ziekte van Alzheimer | - tyfus | - tetanus |
| - pokken | - AIDS | - malaria |

Maar hier stopt de dekking nog niet. Ook een heel deel minder bekende, maar toch ernstige ziekten zijn nog opgenomen in deze extra waarborg.

- | | | |
|--------------------|----------------------|-------------------------------|
| - virale hipatitis | - ziekte van Hodgkin | - amyotrofe lateraal sclerose |
| - paratyfus | - muscovicidose | - cerebrospinale meningitis |
| - vlektyfus | - difterie | - encefalitis |

- nierdialyse
- moliomyelitis
- progressieve spierdystrofiën
- brucellose
- ziekte van Pompe
- ziekte van Crohn
- miltvuur
- cholera
- ziekte van Creutzfeldt-Jacob

De dekkingen voor al deze ziekten komen overeen met die van de waarborgen van pre- en postperiode. Alle medische kosten worden hier vergoed zolang de behandeling noodzakelijk is. Een eventuele ziekenhuisopname is geen vereiste om dekking te krijgen.

" Medi-Assistance, Aanvullende diensten "

Een groot voordeel van deze waarborg is dat de facturen rechtstreeks naar de maatschappij worden gestuurd en zij zullen alles betalen. Alle niet gewaarborgde kosten worden dan teruggevorderd bij de verzekerde. Maar daarnaast zijn er ook nog enkele extra waarborgen die de maatschappij vergoedt.

Deze extra waarborgen zijn de volgende:

- Men kan gebruik maken van een vertrouwenspersoon wanneer men gehospitaliseerd is. Deze prestaties worden beperkt tot vijf keer per ziekenhuisopname en een maximumduur van vier uur per gesprek.
- Er is huishoudhulp voorzien wanneer men op geen ander persoon beroep kan doen voor hulp in het huishouden. Ook hier is de prestatie maximum vier uur per keer.
- Indien ook weer op geen ander persoon beroep kan gedaan worden, kan de bijstandverlener zorgen voor een kinderoppas. Dit gebeurt ook weer voor een maximum van vier uur per prestatie. De voorwaarde is ook dat het kind jonger is dan 16 jaar.
- Ook de oppas van huisdieren wordt verzorgd voor een periode van vier uur per prestatie. Er wordt op het huisdier gepast, of men gaat ermee wandelen.
- Het vervoer dat de verzekerde naar of van het ziekenhuis brengt, wordt ook georganiseerd door deze waarborg. Dit gebeurt enkel wanneer de verzekerde zich op eigen krachten niet kan vervoeren.
- Het bezoek van een verzekerde wordt ook vergoed. Het bezoek moet van de ouders, echtgenoot (echtgenote) of van de kinderen zijn. Het maximum dat vergoed wordt voor dit vervoer is 250 euro per verzekeringsjaar en per verzekerde.

Na de ziekenhuisopname worden ook deze waarborgen vergoed:

- vertrouwenspersoon
- huishoudhulp
- kinderoppas
- oppas van dieren
- vervoer van de verzekerde

Maar er zijn nog enkele extra waarbogen die nu verzekerd zijn:

- De levering van noodzakelijke aankopen zoals etenswaren en geneesmiddelen. Dit is natuurlijk enkel wanneer de verzekerde zelf niet in staat is om deze producten te gaan kopen.
- De postnatale zorg wordt ook vergoed. Een vroedvrouw wordt vergoed voor maximum vier uur per prestatie.
- Het vervoer van de kinderen wanneer de verzekerde niet in staat is om dit zelf te doen wordt ook vergoed. De kinderen moeten jonger zijn dan 16 jaar.
- De psychologische bijstand is er constant. "Online" in eerste instantie, nadien kan men voor de verzekerde gespecialiseerde hulpverlening organiseren.
- telefonisch kan men de gegevens van paramedische verzorginstellingen, de apotheker of geneesheer van wacht, de diensten voor thuiszorg en bedrijven die medisch materiaal verhuren verkrijgen.

Het enige wat men moet doen om deze diensten in werking te laten treden als met opgenomen wordt in het ziekenhuis, is bellen naar het service center Medi-Assistance. Men moet zelf bellen, of iemand uit de omgeving laten bellen (bijvoorbeeld in geval van spoedopname). Men moet er dan wel voor zorgen dat de aangifte gebeurt binnen de 30 dagen nadat men opgenomen wordt in het ziekenhuis.

"Delta"

Als men kiest om de waarborg "Delta" af te sluiten, dan zijn er nog een deel extra dekkingen waarvan men kan genieten. Bij elke waarborg die ik hierboven beschreven heb, krijgt men met "Delta" nog extra dekkingen bij.

Bij het standaardcontract worden de vruchtbaarheidsbehandelingen niet gewaarborgd. Als de diagnose van vruchtbaarheidsproblemen bij het koppel wordt vastgesteld en beiden zijn al ten minste 24 maanden verzekerd in hetzelfde contract, dan geldt de waarborg "Delta". Deze waarborgt dan de kosten voor de in-vitrofertilisatie en de ICSI.

Bij de aanvullende waarborg "*Ambulante medische verzorging in de pre- en postperiode*" worden de periodes voor en na de ziekenhuisopname verdubbeld van één naar twee maanden voorafgaand en van drie naar zes maanden na de ziekenhuisopname. Als bijkomende waarborg worden de homeopathische behandelingen, accupunctuur, chiropraxie en osteopathie bekostigd in deze pre- en postperiode. De behandelingen moeten wel toegepast worden door een kinesitherapeut of een erkend geneesheer. Maar ook de geneesmiddelen van homeopathische aard worden betaald tijdens deze periode als ze voorgeschreven zijn door een erkend geneesheer en afgeleverd worden door een apotheker die in België gevestigd is.

Als men de waarborg "Zware Ziekten" onderschrijft, worden er met de "Delta" waarborg heel wat extra kosten gewaarborgd. Zo zullen hier de homeopathische behandelingen en

geneesmiddelen vergoed worden. Maar ook osteopathie, chiropraxie en acupunctuur is gedekt mits deze toegepast worden door een erkende dokter of kinesitherapeut. De palliatieve toestand die gelijkgesteld wordt met een zware ziekte is gewaarborgd, de palliatieve thuiszorg zal hier dan ook vergoed worden. Dit gebeurt enkel als er een palliatief thuiszorgforfait wordt toegekend. De huur van medisch materiaal voorgeschreven door een geneesheer wordt eveneens vergoed.

" Bijstand "

Dit is het bijstandgedeelte van de hospitalisatieverzekering. Voor deze extra waarborg doet AG Insurance beroep op een bijstandsverlener, namelijk: Inter Partner Assistance. De waarborgen blijven dezelfde als die van het contract voor hospitalisatie in het binnenland. De waarborg zelf geldt echter enkel in het buitenland.

Enkele aanpassingen van de waarborgen zijn echter wel nodig.

De prestaties worden enkel geleverd wanneer het gaat om een ziekte of een ongeval.

Wanneer er opzoekings- en reddingskosten worden gemaakt, worden deze vergoed. De kosten moeten wel gemaakt zijn om de fysieke integriteit of het leven van de verzekerde te redden. De kosten worden vergoed tot een maximum van 5.000 euro per schadegeval. De kosten worden echter enkel vergoed wanneer de plaatselijke autoriteiten of officiële hulporganisaties de beslissing hebben genomen om de reddingsactie te starten. De bijstandverlener moet op de hoogte gebracht worden van de ondernomen acties en de plaatselijke autoriteiten en hulpdiensten moeten een attest overmaken.

Bij een verzekeringsvoorval in het buitenland, gaat de bijstandverlener contact opnemen met de behandelende geneesheer. Hij gaat zorgen voor de beste omstandigheden voor de verzekerde, hierbij wordt rekening gehouden met zijn toestand. Eventueel kan er, op verzoek van de verzekerde, communicatie georganiseerd worden tussen de behandelende geneesheer en de huisarts.

Om de maatregelen beter te beoordelen en te organiseren, kan de bijstandverlener een arts of een medisch team naar het buitenland sturen. Zij gaan dan de situatie van de verzekerde evalueren en eventueel bijsturen.

De repatriëring wordt ook georganiseerd door Inter Partner Assistance. Wanneer zij de toestand van de verzekerde hebben geëvalueerd, kunnen zij beslissen om de verzekerde terug naar België te repatriëren. Deze beslissing hangt af van de toestand van de verzekerde en de medische mogelijkheden van het land waarin hij zich bevindt. Het vervoer kan op verschillende manieren gebeuren: met de trein (eerste klasse), met een licht sanitair voertuig, met een ziekenwagen, met een lijnvliegtuig (economische klasse met bijzondere aanpassingen als dit nodig zou zijn) of met een sanitair vliegtuig.

De manier waarop men terugkeert, wordt beslist door Inter Partner Assistance. Zij kunnen eventueel ook vragen om het oorspronkelijk vervoersbewijs te gebruiken. Gebeurt dit niet, moet de verzekerde het oorspronkelijke vervoersbewijs wel aan de bijstandverlener overmaken.

De terugbetaling van de kosten in het buitenland gemaakt door een incident gebeurt enkel wanneer de voorwaarden voldaan zijn. De ziekenhuisopname moet dringend en onvoorzienbaar zijn. De terugbetalingen moeten aanvullend zijn op die van de sociale zekerheid en elke andere organisatie waarbij de verzekerde is aangesloten. De terugbetalingen moet gebeuren via het openbaar stelsel. De terugbetalingen via het privéstelsel kunnen slechts gebeuren wanneer hiervoor vooraf een akkoord is gegeven door de bijstandverlener. Wanneer de verzekerde geen recht heeft op tussenkomst via de sociale zekerheid of een andere organisatie, worden de kosten terugbetaald voor 50%.

Wanneer men aan de voorwaarden voldoet, worden volgende kosten gewaarborgd. De medische kosten en erelonen worden vergoed. De voorgeschreven geneesmiddelen en de hospitalisatiekosten wanneer de verzekerde niet mag vervoerd worden zijn ook gewaarborgd. De kosten voor plaatselijk vervoer met een ziekenwagen wanneer de plaatselijke arts dit aanbeveelt.

Geneesmiddelen die niet ter plaatse kunnen verkregen worden, moeten opgestuurd worden. De bijstandverlener zorgt dat de juiste geneesmiddelen zo snel mogelijk bij de verzekerde geraken. De kosten van de verzending zijn altijd voor de bijstandverlener. De kosten voor de geneesmiddelen en andere producten, zijn niet altijd voor de rekening van Inter Partner Assistance. De in het contract vermelde waarbomen worden altijd vergoed. Wanneer de verzekerde producten of geneesmiddelen nodig heeft die niet gewaarborgd worden in het contract, zijn deze voor de rekening van de verzekerde. De bijstandverlener zorgt dat alles bij de verzekerde geraakt, maar de kosten voor de niet gewaarborgde producten moeten wel zelf door de verzekerde betaald worden.

Wanneer de verzekerden omwille van een gezondheidsevacuatie of het overlijden van een verzekerde gerepatriëerd moeten worden, neemt Inter Partner Assistance de kosten op zich. De repatriëring gebeurt per trein of per lijnvliegtuig (afhankelijk of de afstand tot de woonplaats meer of minder dan 1000 km is). Dit geldt enkel wanneer de terugkerende verzekerden geen gebruik kunnen maken van hun oorspronkelijk vervoersmiddel.

Bij een hospitalisatie van een verzekerde die de eerste vijf dagen niet mag vervoerd worden, gaat men het volgende vergoeden:

- de reis, heen en terug, van een familielid, de hotelkosten van maximum tien dagen met een maximum van 65 euro per dag.
- de kosten voor het verlengen van het verblijf van een meereizend persoon van de verzekerde. Dit ook weer met een maximum van 10 dagen en maximum 65 euro per dag.

Bij overlijden van de verzekerde gaat de repatriëring ook vergoed worden. Dit natuurlijk enkel wanneer de familie beslist om de crematie of de teraardebesteding in België te houden. De kosten van de lijkverzorging, de kisting ter plaatse en de kist (maximum 619,73 euro) worden vergoed. Daarna worden de kosten van de repatriëring naar de plaats van de teraardebesteding in België ook vergoed.

Wanneer de familie beslist om de teraardebesteding in het buitenland te houden, gaat de bijstandverlener één familielid een reis vergoeden, heen en terug, naar het land waar de ceremonie zal plaatsvinden.

- Uitsluitingen

Naast heel wat waarborgen, zijn er natuurlijk ook altijd uitsluitingen. Bij de uitsluitingen heeft men enkele categorieën.

De eerste categorie bevat de absolute uitsluitingen. Deze omvat alle tandheelkundige behandelingen. Wanneer ze door een ongeval of een aandoening van de tanden of het gebit zelf aangetast worden, zijn deze echter wel gewaarborgd. Alle paradontale en orthodontische behandelingen, evenals alle revalidatiebehandelingen, tenzij ze rechtstreeks verband houden met een medische behandeling of operatie waarvoor de waarborg wel geldt, zijn ook uitgesloten. Experimentele of wetenschappelijk niet beproefde behandelingen zijn nooit gewaarborgd. Net zoals behandelingen van esthetische aard en plastische heelkunde. Anticonceptiebehandelingen, zoals sterilisatie, en de medische ondersteunde vruchtbaarheidsbehandelingen worden niet vergoed, tenzij men de waarborg delta heeft onderschreven zijn. In dat geval zijn de bovenvermelde waarborgen wel gedekt. Ontwenningsskuren, thermalisme, thalassotherapie en vele andere kuurbehandelingen worden voor honderd procent uitgesloten.

Brilglazen alsook contactlenzen en hoorapparaten, breukbanden, lumbostaten, spataderkousen, zolen van orthopedische aard, gipsschalen, spalken en krukken zijn altijd uitgesloten. Als er onderhoud of herstelling vereist is voor de prothesen of toestellen, dan vallen deze ten laste van de verzekeringsnemer. Ook de vervoerskosten die men heeft als men op consultatie moet, worden niet vergoed. Deze uitsluiting geldt specifiek voor de waarborg pre- en posthospitalisatie.

Bij *de tweede categorie* kan de adviserende arts de volgende behandelingen goedkeuren als er een medisch verslag kan voorgelegd worden dat aantoont dat de ingreep noodzakelijk is, net zoals de gebruikte techniek en het bestek. Dit geldt voor alle borstreconstructies, de

reden is niet belangrijk. Ook de behandelingen van mandibulae of kaaksbeenderen zowel als de bariatrische chirurgie vallen onder deze regel.

Als *laatste categorie* wordt er geen waarborg verleend voor de ziekenhuisopname en de eventuele medische zorgen wanneer deze het gevolg zijn van zelfmoord of opzet door de verzekerde. Ook een roekeloze daad van de verzekerde die klaarblijkelijk gebeurt valt niet onder de waarborgen. De uitzondering hierop is de redding van personen of goederen. Dezelfde regeling geldt ook voor de deelname aan een misdaad of een wanbedrijf door de verzekeringnemer in zijn vrije wil. De letsels die voortkomen bij wettige zelfverdediging worden hier wel gewaarborgd. Alcoholisme, misbruik van geneesmiddelen of toxicomanie zijn allen uitgesloten, ook de ongevallen veroorzaakt wanneer de verzekeringnemer zich in een staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie bevindt. Wanneer de verzekeringnemer onder invloed van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs ongevallen veroorzaakt, zijn de kosten hiervan eveneens uitgesloten. Ongevallen ten gevolge van een soort oorlog of oproer, burgeronlusten of collectieve gewelddaden, wanneer de verzekerde vrijwillig deelneemt, zijn altijd uitgesloten. Bij onvrijwillige deelname of een reddingspoging van personen of goederen of wettelijke zelfverdediging zijn deze risico's wel gewaarborgd. Bijvoorbeeld: wanneer men een gewonde uit een vechtende menigte haalt, zijn de opgelopen verwondingen gewaarborgd. Wanneer men zelf deelneemt aan de vechtpartij, zijn de opgelopen verwondingen niet gewaarborgd.

Als de symptomen of het ongeval zich voor de ingangsdatum van de waarborg voordoen en men heeft dit niet gemeld aan de maatschappij, dan zijn deze risico's ook uitgesloten. AG Insurance Belgium kan het onopzettelijk verzwijgen of onjuist medelen van gegevens niet inroepen zodra een termijn van twee jaar verstreken is na de ingangsdatum. Ook wanneer de ziekte of aandoening pas na twee jaar wordt gediagnosticeerd of wanneer de gegevens betrekking hebben op een ziekte of aandoening die zich op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst nog niet had gevestigd.

Voor de gewaarborgde aandoeningen die in de waarborg "Delta" omschreven staan, kan de maatschappij het onopzettelijk verzwijgen of onjuist medelen ook niet inroepen.

Voor de kosten die gemaakt zijn in het buitenland, gelden dezelfde uitsluitingen als voor de medische kosten die de verzekerde in het binnenland heeft.

- Wie is verzekerd?

Men kan heel het gezin verzekeren met één enkele hospitalisatieverzekering. Wanneer het gezin uitbreidt kan de pasgeborene verzekerd worden zonder medische formaliteiten, vanaf zijn geboorte wanneer één van de ouders minstens zes maanden in het contract verzekerd is.

De aanvraag tot verzekering van het pasgeboren kind moet binnen drie maand ingediend worden te rekenen vanaf de geboorte. Een kind blijft dan in de verzekering tot hij de leeftijd van 20 jaar heeft bereikt. Vanaf dan wordt hij beschouwd als volwassen. Men kan de kinderen tot uiterlijk 25 jaar in het contract van de ouders verzekerd laten. Vanaf dan worden zij individueel verzekerd. Dit gebeurt geheel zonder medische formaliteiten en volgens de voorwaarden die op dat ogenblik van toepassing zijn in de al bestaande verzekering.

De maximum leeftijd wanneer men mag instappen is 69 jaar.

- Vanaf wanneer is men verzekerd?

In de bijzondere voorwaarden van het contract zal de aanvangsdatum vermeld worden. De eerste premie moet tegen die datum betaald zijn en de eventuele wachttijd moet verstreken zijn. De wachttijden zijn niet voor elke maatschappij hetzelfde.

De standaard wachttijd is drie maanden voor AG Insurance. Voor ongevallen en acute ziekten is er geen wachttijd. Voor zwangerschappen en bevallingen is er echter wel een minimum wachttijd van negen maanden.

- Looptijd en opzegging

Het contract wordt aangegaan voor het leven, tenzij dit anders overeengekomen is op uitdrukkelijk verzoek van de verzekeringsnemer. Het contract kan echter jaarlijks opgezegd worden door de verzekeringsnemer. Dit moet wel gebeuren ten laatste drie maanden voor de premieervaldag. Een aangetekend schrijven moet dan voor deze datum ter post afgegeven worden aan de verzekeraar.

De verzekeraar kan het contract enkel opzeggen bij foutief gedrag van de verzekerde. Bij het opzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van informatie en gegevens heeft de verzekeraar twee opties:

- Hij kan een wijziging van het contract doorvoeren met als aanvangsdatum, de datum waarop hij vernomen heeft dat er onjuiste informatie is doorgegeven. De maatschappij kan hier een bijpremie voor vragen. De verzekeringsnemer kan deze wijziging natuurlijk weigeren. Het contract kan dan nog altijd opgezegd worden door beide partijen. Dit moet wel gebeuren binnen de 15 dagen.
- Hij kan ook het contract opzeggen als hij kan aantonen dat hij dergelijk risico nooit zou verzekeren.

Wanneer de verzekeringsnemer de premie niet betaalt kan de maatschappij na een aangetekend schrijven het contract ook schorsen.

Bij bedrog of poging tot bedrog, kan de verzekeraar het contract onmiddellijk stopzetten. Wanneer het contract beëindigd wordt, wordt de dekking van alle lopende kosten ook beëindigd. De kosten van ziekenhuisopname en medische behandelingen die binnen de verzekerde periode vallen, worden nog wel vergoed. Alle kosten die daarna gemaakt worden, zijn voor de rekening van de verzekerde. Zelfs als dat kosten zijn van een gedekt schadegeval wanneer het contract nog niet was opgezegd.

- Vrijstellingen

De vrijstelling die men wil hanteren kan men bij AG Insurance vrij kiezen. Deze vrijstelling kan variëren tussen de 0 euro en de 500 euro. De vrijstelling wordt toegepast per schadegeval. Dit wil zeggen dat wanneer een schadegeval langer loopt dan één kalenderjaar, de vrijstelling maar één keer toegepast wordt.

De vrijstelling wordt in één enkel geval niet toegepast en dit is wanneer men te maken krijgt met een zware ziekte. Bij een zware ziekte gaat de maatschappij alle gewaarborgde kosten betalen zonder de vrijstelling te hanteren.

- Verplichtingen

- Verzekerde:

Alle gegevens moeten doorgegeven worden. Alle gegevens die de maatschappij moet weten, alle gegevens die mogelijk een invloed hebben op het risico, moeten vermeld worden door de verzekeringnemer. Het doorgeven van informatie moet altijd zo eerlijk en zo volledig mogelijk gebeuren.

Er dient een medische vragenlijst ingevuld te worden. Aan de hand van deze vragenlijst gaat men dan eventueel nog enkele uitsluitingen vermelden, een bijpremie vragen of eventueel de samenwerking stopzetten. Is men niet akkoord met de gedane voorstellen, dan kan men het contract zelf nog weigeren. Gaat men wel akkoord, dan tekent men het contract en de eventuele extra lijst met uitsluitingen en dan kan de verzekering van start gaan na de wachttijd.

Er kunnen altijd nog enkele wijzigingen gebeuren vanuit het standpunt van de verzekeringnemer. Wanneer één of meerdere van de verzekeringsnemers verhuist of een reis maakt van meer dan 90 dagen buiten België, moet dit altijd gemeld worden. Wanneer één van de verzekerden niet meer onderworpen wordt aan de Belgische Sociale Zekerheid, of niet meer verzekerd is voor kleine risico's, moet dit ook zo snel mogelijk gemeld worden aan de verzekeringsmaatschappij. Zelfs wanneer men een verzekeringscontract afsluit bij een andere maatschappij met een gelijkaardige dekking, wordt men geacht dit te melden aan de maatschappij. Alle informatie die verkeerd wordt aangegeven speelt in het nadeel van de

verzekerde(n). Wanneer de verplichtingen niet worden nageleefd, kan de maatschappij zijn prestaties verminderen tot het door hun geleden nadeel. Wanneer de maatschappij kan aantonen dat de informatie opzettelijk verkeerd wordt gemeld en de verplichtingen opzettelijk niet worden nageleefd, dan kan de dekking volledig worden geweigerd.

Men zal ook een premie moeten betalen. Deze premie is de belangrijkste prestatie voor de verzekeringnemer. Als hij niet betaalt, zal er geen waarborg bestaan en is men niet gedekt voor de kosten die de hospitalisatie met zich meebrengt.

De premie wordt verhoogd met taksen en kosten en is vooruitbetaalbaar. Ze moet vereffend worden binnen de 30 dagen na de jaarlijkse vervaldag. Elk jaar kan de premie geïndexeerd worden. Wanneer men de premie niet betaalt binnen de boven vermelde termijn, stuurt de maatschappij een aangetekend schrijven en een herinnering die geldt als ingebrekestelling. Men kan een forfaitair bedrag aanrekenen voor de administratiekosten. Als men de premie dan binnen de 15 dagen nog niet betaald heeft, wordt het contract opgezegd.

- AG Insurance:

De maatschappij heeft maar één verplichting, maar deze is zeer uitgebreid. De maatschappij gaat met de verzekerde een verbintenis aan om hem te vergoeden wanneer hij gehospitaliseerd wordt. Deze vergoeding moet correct zijn en overeenkomen met de vooraf besproken voorwaarden die in het contract vermeld staan.

Mits alle voorwaarden voldaan zijn, kan de verzekerde vergoed worden.

Dit wil zeggen dat eerst alle verplichtingen van de verzekerde in orde moeten zijn, voor de maatschappij zijn verplichtingen vervult.

- Wat bij schade?

Het eerste wat men zo vlug mogelijk moet doen wanneer er iets voorvalt, is dit zo snel en zo volledig mogelijk melden bij de maatschappij. Er zijn speciale formulieren opgesteld om de aangifte zo vlot en zo correct mogelijk te laten verlopen.

Wanneer men de waarborg Medi-Assistance heeft onderschreven, moet men telefonisch contact opnemen met het service center. Zij zullen dan nakijken of het schadegeval verzekerd is en of het systeem van de derde betaler kan toegepast worden. Zij stellen een brief op, deze moet bij opname in het ziekenhuis (of zo snel mogelijk erna) getekend aan het ziekenhuis overhandigd worden.

Men moet er voor zorgen dat alle informatie die belangrijk of nuttig is doorgegeven wordt. Bij betwistingen kunnen er extra onderzoeken door verschillende geneesheren volgen. Wanneer men niet geniet van de waarborg van de derde betaler, vergoedt de maatschappij ten laatste binnen de 30 dagen de opgelopen kosten terug.

- Waar is men verzekerd?

Wanneer de verzekerde zijn hoofdverblijfplaats in België heeft, meer dan negen maanden per jaar in België verblijft en van de Belgische sociale zekerheidstegemoetkomingen geniet, dan is de waarborg geldig over heel de wereld. Wanneer men in het buitenland gehospitaliseerd wordt, zijn er enkele voorwaarden die voldaan moeten worden vooraleer men recht heeft op een uitkering. De hospitalisatie moet dringend en onvoorzienbaar zijn of er moet een akkoord gesloten zijn met de mutualiteit voordat men opgenomen wordt. Er moet ook altijd een wettelijke tussenkomst zijn.

Het is de extra waarborg "bijstand" die er voor zorgt dat alle medische kosten in het buitenland gewaarborgd zijn. De repatriëring of de verzending van geneesmiddelen en goederen zijn niet gewaarborgd bij de gewone hospitalisatieverzekering. De gewone ziekenhuisopname is altijd gewaarborgd.

- Praktisch voorbeeld:

Voor het praktische voorbeeld heb ik beslist om een jong gezin te nemen. Ik heb gekozen voor een gezin met één kind. Het kind is een jongen. De man en de vrouw zijn respectievelijk 25 en 22 jaar. Het kind is 2 jaar.

De geboortedata zijn de volgende:

- Man: 16/04/1985
- Vrouw: 07/08/1987
- Zoon: 20/05/2008

Ik heb gekozen om een jaarpremie te berekenen. De meeste tarieven die men terugvindt zijn maandpremies. Een deelpremie is meestal duurder dan een jaarpremie. Het premieverschil voor een maandelijks en een jaarlijkse betaling is 5% bij AG Insurance.

Daarnaast heb ik gekozen voor een vrijstelling van ongeveer 100 euro. Dit laat de premies ook nog eens wat zakken.

Een gezin verzekeren is ook voordeliger dan een enkele persoon, of zelfs twee. Wanneer in een contract twee ouders en één kind verzekerd zijn, krijgt men een korting van 5%. Vanaf een gezin met twee kinderen krijgt men een korting van 7,5%

Bij AG Insurance kreeg ik behalve de totale jaarpremie, ook de premies per waarborg.

	Hospi	Pre/Post	Univ Optie	Zware ziekten	Delta	Medi	Totale jaarpremie
Man	€ 188,61	€ 20,89	€ 10,59	€ 1646	€ 58,67	€ 20,89	€ 316,11
Vrouw	€ 176,87	€ 19,60	€ 9,88	€ 15,31	€ 56,09	€ 19,60	€ 297,35
Kind	€ 81,71	€ 9,16	€ 4,58	€ 8,87	€ 24,61	€ 9,16	€ 138,09

Wanneer we naar de resultaten kijken, zien we dat de gewone hospitalisatieverzekering het duurste is. De andere extra waarborgen zijn heel wat goedkoper. Dit komt doordat de Hospitalisatiewaarborg de meeste dekkingen voorziet. In alle extra waarborgen komen deze dekkingen nog eens terug.

De totale jaarpremies van de man en de vrouw liggen redelijk dicht bij elkaar. Dit komt omdat zij bijna dezelfde leeftijd hebben. Als we dan naar de premie van het zoontje gaan kijken, zien we dat deze minder dan de helft van de premies van de ouders bedraagt. Dit komt omdat een kind minder risico inhoudt. Hij wordt altijd beschermd door de ouders en de kosten zullen ook niet zo hoog oplopen wanneer het kind gehospitaliseerd moet worden.

Wanneer we de drie jaarpremies optellen, komen we aan een totale jaarlijkse premie van 751,55 euro.

4.2 Mercator

- Waarborgen

Ook bij Mercator zijn er heel wat waarborgen die men kan onderschrijven. De standaardwaarborg, waar het allemaal om draait, is natuurlijk ook hier de hospitalisatie zelf. Daarnaast is natuurlijk ook de thuisbevalling en de daghospitalisatie een belangrijke waarborg bij Mercator.

Het verblijf van de verzekerde is altijd gewaarborgd, net zoals de geneesmiddelen die hij krijgt tijdens zijn behandeling. Alle medische en paramedische prestaties die voorgeschreven of uitgevoerd worden door een geneesheer, komen in aanmerking voor de dekking. Andere voorgeschreven prothesen, orthopedische toestellen en brillen of contactlenzen worden eveneens vergoed door de maatschappij. Dit geldt ook voor het medisch noodzakelijk materiaal en het endoscopisch en viscerosynthesemateriaal.

De voorgeschreven homeopathische middelen zijn gewaarborgd. Maar ook zij hebben een grens van 50% van de kostprijs met een maximum van 180 euro per verzekerde en per verzekeringsjaar. Andere gedekte waarborgen zijn acupunctuur, chiropraxie en osteopathie wanneer deze zijn voorgeschreven door een geneesheer. Ook hier heeft men bij Mercator een maximum. Dit maximum bedraagt 20 euro per behandeling en niet meer dan 10 keer per verzekerde, per verzekeringsjaar. Bij Mercator vergoedt men de tandextracties. Ook andere voor de behandeling noodzakelijke tandbehandelingen zijn hierin inbegrepen. Echter zit er hier een addertje onder het gras. Enkel wanneer de tandprothesen en materialen recht geven op een wettelijke tegemoetkoming, vergoedt de maatschappij deze kosten. Ze moeten het gevolg zijn van een ongeval of van een aandoening van de tanden zelf.

Een andere waarborg die men altijd vergoedt is het vervoer van en naar het ziekenhuis. Zelfs het vervoer met een helikopter kan vergoed worden als dit medisch noodzakelijk is voor de behandeling van de verzekerde en tijdens de periode van de hospitalisatie. Deze waarborg is echter beperkt tot een absoluut maximum van 1.850 euro per verzekerde en per hospitalisatie.

Aanvullend bij de standaard waarborgen tijdens de hospitalisatie zijn volgende kosten ook ten laste van de maatschappij. De kosten die gemaakt worden voor het verblijf van een ouder, grootouder of voogd bij een kind van maximum 14 jaar is gewaarborgd. Het verblijf moet in het ziekenhuis zelf gebeuren en kan enkel tijdens de hospitalisatie van het kind.

Wanneer de verzekerde een donor nodig heeft, worden de kosten van zijn verblijf en de medische prestaties vergoed. Wanneer men bevalt, gaan de kosten voor de baby ook gedragen worden door de maatschappij. De wiegendoodtest valt ook onder deze waarborg. De palliatieve zorgen en de door het ziekenhuis gefactureerde mortuariumkosten worden ook vergoed.

Tot slot bevat de standaard waarborg van deze verzekering de kosten voor de opname van stamcellen uit de navelstreng. Dit geldt enkel op het moment van de bevalling en met een maximum van 400 euro. De kosten voor het bewaren worden echter niet vergoed.

- Extra waarborgen

- “ ambulante voor- en naverzorging ”

- Deze waarborg zorgt voor de betaling van de kosten die voortvloeien uit de ambulante verzorging die voor en na de hospitalisatie gebeurt. Deze verzorging moet wel een rechtstreeks verband hebben met de reden van de hospitalisatie. De periode is echter beperkt. De waarborg geldt vanaf twee maanden voor tot zes maanden na de hospitalisatie of de bevalling. De hospitalisatie moet wel minimum voor één dag zijn.

De medisch noodzakelijke kosten van de verzekerde worden vergoed voor een aantal behandelingen. De medische en paramedische prestaties worden altijd vergoed als ze voorgeschreven of uitgevoerd worden door een geneesheer. Alle gebruikte geneesmiddelen worden ook terugbetaald. De kosten voor prothesen, orthopedische toestellen, brillen en contactlenzen behoren ook tot deze waarborg. Ook hier geldt de voorwaarde weer dat ze voorgeschreven zijn door een geneesheer. Een andere kost die wordt vergoed op voorwaarde dat het op voorschrift van de geneesheer is, zijn de homeopathische middelen die gebruikt worden. Deze waarborg heeft een beperking van 50% van de kostprijs met een absoluut maximum van 180 euro per verzekerde en per verzekeringsjaar maximum 10 keer per verzekerde en per verzekeringsjaar worden de kosten van acupunctuur, chiropraxie en osteopathie vergoed. Ook hierop is nog een beperking van 20 euro per behandeling. Medisch noodzakelijk materiaal is vergoed wanneer dit gehuurd moet worden. Tot slot wordt de kraamzorg vergoed tot 75 euro per dag tot maximum 8 dagen na de bevalling.

- “ ambulante verzorging in geval van zware ziekten – palliatieve verzorging ”

- De naam zegt het zelf, hier worden de kosten van de ambulante zorgen vergoed wanneer deze betrekking hebben op zware ziekten. Dit gebeurt samen met de kosten voor de palliatieve verzorging. Hier is geen hospitalisatie of een opname in de dagkliniek verplicht. Ook hier worden alle benutte geneesmiddelen vergoed. De medische en paramedische prestaties wanneer zij worden uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer zijn ook

vergoed. Ook de prothesen, orthopedische toestellen, contactlenzen en brillen moeten hier voorgeschreven worden vooraleer men ze vergoedt. Wanneer de verzekerde ergens moet verblijven, zelfs als dit niet in een ziekenhuis is, voor de palliatieve verzorging, zijn de kosten voor de maatschappij. Tot slot worden de kosten van het huren van medisch noodzakelijk materiaal ook betaald door de maatschappij.

Deze waarborg heeft een beperking. Deze bedraagt 75 euro per ligdag. Deze beperking geldt voor de tussenkomst in de verblijfkosten in een instelling die geen verpleeginrichting is. Er moeten in deze instelling wel palliatieve zorgen verkregen worden. De totale beperking bedraagt hier 6.500 euro per verzekerde en per verzekeringsjaar.

De volgende zware ziekten vallen onder deze waarborg:

- | | | |
|------------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| - Kanker | - Leukemie | - De Ziekte Van Parkinson |
| - De Ziekte Van Hodgkin | - Diabetes | - De Ziekte Van Crohn |
| - De Ziekte Van Alzheimer | - AIDS | - De Ziekte Van Pompe |
| - Tuberculose | - Cholera | - Amyotrofische Laterale Sclerose |
| - Cerebro-Spinale Meningitis | - Pokken | - Progressieve Spierdystrofie |
| - Encefalitis | - Tetanus | - Virale Hepatitis |
| - Malaria | - (Para)Tyfus | - Difterie |
| - Multiple Sclerose | - Poliomyelitis | - Nierdialyse |
| - Miltvuur | - Mucoviscidose | - Ziekte Van Creutzfeld-Jacob |

" bijstand "

Deze verzekering loopt via een bijstandverzekeraar.

Bij hospitalisatie in België kan de verzekerde voor kinderen jonger dan 14 jaar hierop beroep doen. Zij zorgen dat er een kinderoppasdienst gecontacteerd wordt voor de opvang van het kind. Deze waarborg is beperkt tot 65 euro per dag en maximum gedurende één week.

Wanneer de hospitalisatie in een land buiten België gebeurt zijn er enkele waarborgen waarvan de verzekerde kan genieten. Eerst is er de garantiestelling voor het betalen van de facturen. Dit moet niet altijd, maar wanneer een verpleeginrichting dit vereist, stelt de bijstandverzekeraar zich garant. Wanneer de bijstandverzekeraar ook echt facturen betaalt, heeft de verzekerde/verzekeringnemer ook verplichtingen. Hij moet er dan voor zorgen dat het nodige gedaan wordt om de kosten via de sociale zekerheid te recupereren. Zo krijgt de bijstandverzekeraar de sommen terugbetaald. Dit moet allemaal gebeuren binnen de maand nadat de facturen ontvangen zijn.

Wanneer een voorschot betaald moet worden, krijgt men hulp van de bijstandverzekeraar. Dit is niet altijd nodig, maar sommige verpleeginrichting eisen dit wel. Ook hier geldt dezelfde regel voor de verzekeringnemer/verzekerde. Hij moet binnen de maand na ontvangst van de

facturen regelingen treffen. Hij moet er dan voor zorgen dat de bijstandverzekeraar zijn gelden kan terugvorderen van de sociale zekerheid.

Ook medische bijstand is een waarborg die geleverd wordt. De bijstandverzekeraar zorgt voor het contact met de behandelende geneesheer in het buitenland. Zo kan hij mee beslissen over de meest optimale en meest medisch verantwoorde behandeling. Deze is altijd aangepast aan de toestand van de verzekerde. De eerste hulp wordt echter altijd door de plaatselijke instanties uitgevoerd.

De repatriëring van de verzekerde naar een verpleeginrichting in België is ook vergoed. Maar enkel wanneer de bijstandverzekeraar dit nodig acht. Het is ook de keuze van de bijstandverzekeraar welk vervoermiddel er zal gebruikt worden. Wanneer het een kind betreft dat de leeftijd van 14 jaar nog niet bereikt heeft, dan zal de repatriëring van een begeleider ook vergoed worden. Alle kosten voor repatriëring worden vergoed. Men kan eventueel wel vragen om uw oorspronkelijk vervoersbewijs te gebruiken of over te maken aan de bijstandverzekeraar.

Wanneer het een kind van jonger dan 14 jaar betreft dat buiten familieverband op reis is, mag er iemand naar het buitenland gaan. Het betreft hier een ouder, grootouder of voogd. De bijstandverzekeraar zorgt voor de nodige regelingen zoals reservatie en vervoer en neemt alle kosten ten laste. Voor de hotelkosten zelf bestaat er een maximum van 65 euro per dag met een maximum van één week.

Tot slot waarborgt men hier het doorgeven van dringende boodschappen, de organisatie van paramedische verzorging na hospitalisatie en het opsturen van geneesmiddelen. Deze geneesmiddelen moeten onmisbaar zijn, anders worden ze niet opgestuurd.

Wanneer men overlijdt buiten België wordt er ook geholpen in de kosten. Men zorgt ervoor dat de kosten van de lijkverzorging en de kisting ter plaatste gedekt zijn. Met een maximum van 620 euro wordt ook de kist of de urne vergoed. Wanneer de nabestaanden beslissen om de overleden verzekerde in België te laten begraven of cremeren, kan men de overledene laten overbrengen. De kosten van de repatriëring worden betaald door de bijstandverzekeraar. De kosten van de begrafenis of crematie in België zijn niet in de waarborg inbegrepen en moeten dus door de nabestaanden betaald worden.

" Assurcard "

De verzekerde die aangesloten is bij Assurcard kan de facturen rechtstreeks door Mercator laten betalen. Bij een gewaarborgde hospitalisatie zullen de facturen rechtstreeks door de maatschappij aan het ziekenhuis betaald worden. Zo moeten er geen betalingen uitgevoerd worden door de verzekerde totdat alle facturen al betaald zijn door de verzekeraar. De eventuele vrijstelling, de niet gewaarborgde kosten of de niet medische kosten worden dan door de maatschappij teruggevorderd bij de verzekerde. Deze regeling gaat ofwel

terugvorderen bij de verzekerde of enkel de gewaarborgde kosten betalen. De verzekerde zal dan aan het ziekenhuis de overblijvende kosten nog moeten betalen.

- Uitsluitingen

Wanneer de verzekerde een ziekte of aandoening heeft voor het contract afgesloten is en het niet vermeldt in het contract is hij niet gedekt. Hij moet het wel vooraf geweten hebben.

Kuurbehandelingen worden nooit vergoed. Zelfs wanneer ze medisch voorgeschreven zijn door een geneesheer. Het betreft hier modderbaden, vermagerings- of ontwenningsskuren, enz. Alle behandelingen die te maken hebben met de vruchtbaarheid en het omgekeerde zijn niet gedekt. Hier kan men bijvoorbeeld denken aan: vruchtbaarheidsonderzoeken- of behandelingen, sterilisatie, contraceptieve behandelingen, vrijwillige zwangerschapsonderbreking, kunstmatige bevruchting of in- vitrofertilisatie.

Andere uitgesloten risico's zijn diegene die te maken hebben met conflicten in elke zin van het woord. Een opzettelijke daad, tenzij bij wettige zelfverdediging of redding van personen of goederen, is nooit verzekerd. Kosten ten gevolge van oorlog of gelijkaardige feiten en burgeroorlog zijn altijd voor de rekening van de verzekerde. Wanneer de verzekerde op actieve wijze deelneemt aan arbeidsconflicten, staking, aanslagen, oproer, volksbeweging, ... en daarbij gewond geraakt, moet hij zelf voor de kosten opdraaien.

Wanneer men het heeft over alcoholisme, toxicomanie of overmatig gebruik van geneesmiddelen, kan de verzekerde geen beroep doen op de financiële steun van de verzekeringsmaatschappij. Wanneer de verzekerde zich in een staat van dronkenschap bevindt, dekt de verzekering de ongevallen of ziekten die daaruit voortvloeien niet. Ook wanneer men onder invloed van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs is of wanneer men over alcoholintoxicatie spreekt, is de verzekerde niet gedekt. Wanneer de verzekerde echter bewijs kan leveren dat de omstandigheden geen oorzakelijk verband houden met de ziekenhuisopname, kan er wel dekking zijn.

Stralen van medisch vereiste behandelingen zijn altijd gedekt, maar wanneer we het over ioniserende stralen hebben die niets met een behandeling te maken hebben, zal er geen dekking verleend worden. Deze uitsluiting geldt ook bij een atoomkernreactie en radioactiviteit.

Bij het uitoefenen van een sport, beroepshalve, wordt geen enkele dekking verleend wanneer zich als gevolg ervan een ongeval of ziekte voordoet.

Alle tandbehandelingen andere dan die in de waarborgen staan uitgelegd, zijn niet gewaarborgd.

Esthetische behandelingen zijn enkel gedekt wanneer zij een rechtstreeks gevolg zijn van een ziekte of een ongeval die gewaarborgd is. Behandelingen die bijvoorbeeld voortvloeien uit psychische hinder vanwege zwaarlijvigheid, esthetische gebreken, lichamelijke gebreken, enz. zijn nooit gewaarborgd. Daarmee samenhangend zijn behandelingen of ingrepen die te maken hebben met de verhoging van het lichamenlijk comfort ook nooit gewaarborgd. Zo zijn er de borstverkleiningen, wegnemen van vetschorten, liposuctie, ... Deze behandelingen worden onder geen enkele omstandigheden gewaarborgd. Ook ingrepen op het maagdarmsstelsel met als doel afslanken, vallen niet onder de waarborg.

Tot slot zijn er de geslachtveranderingen waarvan de maatschappij de kosten niet vergoedt. De zwangerschap en bevalling, wanneer deze zich voordoen tijdens de eerste negen maanden na aanvang van de polis zijn nooit gewaarborgd.

Elk voorval waarvan niet uitdrukkelijk in de polis is vermeld dat het gewaarborgd is, wordt niet vergoed. Ook voor een zwangerschap na de 26^e week geldt dit. Deze wordt niet vergoed. Een roekeloze daad of een nalaten van de verzekerde is uitgesloten: "Hij moest beseffen dat deze actie een gevaar was voor de fysieke integriteit van zichzelf of derden." Wanneer de gewaarborgde prestaties niet verleend kunnen worden door overmacht of een beslissing van overheidswege, vallen de kosten ten laste van de verzekerde. Wanneer de verzekerde voor vertrekdatum naar het buitenland een aandoening had en hij hervalt, is dit niet gedekt. Het gaat hier over een aandoening die nog niet geconsolideerd was of in behandeling was voor het vertrek. En de aandoening moet een werkelijk gevaar van snelle verergering inhouden.

Een absolute uitsluiting bij de waarborg "ambulante voor- en naverzorging" zijn de kosten voor vervoer van de gehospitaliseerde verzekerde. Ook bij de waarborg "*ambulante verzorging in geval van zware ziekten – palliatieve verzorging*" geldt deze uitsluiting.

- Wie is verzekerd?

Men kan het hele gezin verzekeren in één polis. De voorwaarde is wel dat iedereen medisch goedgekeurd is voor de verzekering. Iedereen die men wil verzekeren, moet aan deze medische goedkeuring voldoen. De medische vragenlijst moet gunstige resultaten geven. Als deze niet voldoen, moeten de medische testen en onderzoeken gunstig zijn. Als dit het geval is, kan men verzekerd worden. Is dit niet het geval, kan men geweigerd worden, of extra clausules en uitsluitingen krijgen.

Pasgeborenen kunnen zonder enige formaliteiten toegevoegd worden tot de verzekering. De enige voorwaarden zijn: bij de geboorte moet één van de ouders minstens zes maanden aangesloten zijn en de verzekerde moet de aanvraag ten laatste één maand na de geboorte indienen.

De maximum instapleeftijd is 65 jaar bij Mercator.

- Vanaf wanneer is men verzekerd?

Ook wanneer men bij Mercator een hospitalisatieverzekering wil onderschrijven, zijn er enkele stappen die men moet ondernemen. Eerst moet men een medische vragenlijst invullen. Wanneer deze uitkomsten gunstig zijn, kan men iemand verzekeren. Wanneer de eerste vragenlijst geen gunstig resultaat teweeg brengt, kan men aan de verzekerde vragen om verdere medische formaliteiten te vervullen. Extra vragen en extra medische testen en onderzoeken kunnen uitgevoerd worden. Wanneer heel de procedure verlopen is, kan de maatschappij de verzekeringsnemer aansluiten. Wanneer niet alle testen en onderzoeken even gunstig waren, kan de maatschappij de verzekeringsnemer ook weigeren. Natuurlijk is het niet zo zwart-wit. Men kan de verzekeringsnemer ook aannemen mits enkele bijzondere voorwaarden bijkomend voor te stellen. Zo kunnen er enkele aanpassingen zijn in de waarborgen, of extra uitsluitingen in het contract toegevoegd worden.

Wanneer men overeengekomen is over de voorwaarden van het contract, kan het contract beginnen. De maatschappij geeft de bijzondere voorwaarden uit, de verzekeringnemer betaalt zijn eerste premie en dan gaat alles van start. Vanaf de gekozen startdatum zal er dan dekking verleend worden voor alle aandoeningen die omschreven zijn in de algemene en de bijzondere voorwaarden.

- Looptijd en opzegging

De verzekering wordt afgesloten voor onbepaalde duur. Het contract kan eigenlijk levenslang voortlopen. Tenzij anders vermeld in de bijzondere voorwaarden. Dit is dan de keuze van de verzekerde.

Tegen de jaarlijkse vervaldag kan de verzekerde het contract altijd opzeggen. Ook bij Mercator moet dit aangetekend gebeuren en ten laatste drie maanden voor de vervaldag.

De verzekeraar kan de polis enkel opzeggen wegens niet betaling van de jaarlijkse premies. Wanneer de verzekerde op het ogenblik van de schorsing van de dekking gehospitaliseerd is, gaat Mercator de schade nog vergoeden. De gekozen franchise wordt dan verhoogd met de verschuldigde premie voor die periode. De kosten voor de ambulante zorgen tijdens of na de schorsing komen niet meer in aanmerking voor terugbetaling.

De maatschappij kan de verzekering maar in sommige gevallen opzeggen. Wanneer de verzekerde fraude pleegt of een poging doet tot het plegen van fraude, kan de verzekeraar het contract onmiddellijk stopzetten.

Wanneer er onopzettelijk foutieve of onvolledige informatie wordt meegedeeld aan de verzekeraar kan die het contract aanpassen met extra clausules of uitsluitingen. Dit heeft meestal een premieverhoging tot gevolg. Hij kan ook aantonen dat hij dergelijk risico nooit zou verzekerd hebben en dan mag hij de verzekering stopzetten.

Bij niet betaling van de premie door de verzekeringsnemer, kan de maatschappij het contract ook opzeggen. De voorgeschreven procedure moet wel doorlopen zijn. De maatschappij moet een aangetekend schrijven aan de verzekeringsnemer richten, 30 dagen na de vervalddag, bij niet betaling. Daarna wordt het contract geschorst. Na 15 dagen moet de verzekeringsnemer betaald hebben, anders wordt het contract beëindigd.

- Vrijstellingen

Het bedrag van de vrijstelling kan men ook weer kiezen, men kan kiezen voor een bedrag tussen de €0 en de €500. De vrijstelling geldt ook hier weer per persoon en per verzekeringsjaar. De franchise wordt in enkele gevallen niet toegepast. Bij de thuisbevalling wordt er geen vrijstelling aangerekend. Bij een one-day clinic opname geldt deze vrijstelling ook niet. En ook bij de waarborg ambulante verzorging in geval van zware ziekten en de palliatieve verzorging wordt er geen vrijstelling aangerekend.

- Verplichtingen

- Verzekerde:

Wanneer men een hospitalisatieverzekering wil afsluiten, zijn er wel wat formaliteiten waar men rekening mee moet houden. Men moet niet alleen een medische vragenlijst invullen, men moet ook alles correct en volledig invullen. Wanneer er iets zou veranderen aan de gezondheidstoestand, moet dit ook dadelijk gemeld worden aan de raadgevende geneesheer van Mercator. Men is verplicht alle inlichtingen over zijn gezondheidstoestand mee te delen. Wanneer niet alle informatie waarheidsgetrouw is doorgelicht, kan de maatschappij de uitkering eventueel verminderen of zelfs weigeren. Weigeren kan echter alleen maar wanneer er met opzet verkeerde of onvolledige informatie is doorgegeven.

Ook bij Mercator is men verplicht mee te delen wanneer men elders een andere verzekering afsluit met soortgelijke dekking.

Niet alleen de mededelingen in verband met de gezondheid van de verzekeringsnemer moeten meegedeeld worden. Ook wanneer een adreswijziging zich voordoet, moet dit dadelijk aan Mercator meegedeeld worden.

De verzekerde moet ook elk jaar een premie betalen. Deze premie moet daarom niet jaarlijks betaald worden.

- Mercator:

De maatschappij verplicht zich ertoe om de vergoedingen te betalen die in het contract omschreven worden. Dit natuurlijk enkel wanneer er zich een schadegeval voordoet. Zij moeten alles doen in hun macht om de verzekerde te helpen bij de hospitalisatie. Dit wil zeggen dat zij alles moeten doen dat in de voorwaarden van het contract is omschreven. Zij doen dit natuurlijk niet zo maar. Alle verplichtingen van de verzekeringsnemer moeten vervuld zijn voordat de maatschappij zijn enige verplichting moet vervullen.

- Wat bij schade?

Wanneer er zich een schadegeval voordoet, moet men dit natuurlijk ook melden aan zijn verzekeraar. Deze aangifte moet binnen de maand na het schadegeval gebeuren. De aangifte moet gebeuren via Mercator en via de beschikbare formulieren of via het AssurCard-systeem. De aangifte moet alle nuttige informatie bevatten over de omstandigheden en de reden van de hospitalisatie. De originele facturen met betrekking tot de terugbetaling moeten aan Mercator zelf worden overgemaakt. Dit moet ook weer gebeuren binnen de maand die volgt op de ontvangst van de factuur.

De belangrijkste inlichtingen die op de factuur vermeld worden zijn de volgende: naam en voornaam van de behandelde persoon en datum, de prestaties die geleverd werden en de nomenclatuurnummer, de erelonen die de geneesheren gevraagd hebben moeten ook vermeld worden. Net zoals de wettelijke tegemoetkomingen waar de verzekerde recht op heeft.

Tot slot moeten de voorgeschreven geneesmiddelen ook vermeld zijn op de factuur. Voor de geneesmiddelen moet er een attest van de apotheker zijn met de naam en de prijs van het geneesmiddel, de datum van afgifte en de naam van de geneesheer die het geneesmiddel heeft voorgeschreven voor de verzekerde.

- Waar is men verzekerd?

De waarborgen voor deze verzekering gelden ook weer over de hele wereld. Men moet wel opletten. De waarborg bijstand is een optionele waarborg, als men deze niet expliciet onderschrijft, dan gelden deze waarborgen niet. Deze waarborg helpt het meest wanneer men een voorval heeft in het buitenland. Heeft men deze niet, dan wordt men wel verder geholpen zoals men in België zou geholpen worden. Alle in België gewaarborgde kosten zullen betaald worden. Men staat echter niet in voor de repatriëring en niet alle landen hebben even goede medische faciliteiten als die van België.

- Praktisch voorbeeld:

Om de vergelijking duidelijk te maken, zal ik hier de tariefberekening doen aan de hand van hetzelfde voorbeeld.

Een gezin met één kind. De man en de vrouw zijn respectievelijk 25 en 22 jaar. Het kind is 2 jaar.

De geboortedata zijn de volgende:

- Man: 16/04/1985
- Vrouw: 07/08/1987
- Zoon: 20/05/2008

Ik heb bij Mercator gekozen voor een vrijstelling van 150 euro per schadegeval. Dit was het vrijstellingsbedrag het dichtst bij de 100 euro van AG Insurance.

De periodiciteit heb ik ook jaarlijks gehouden voor Mercator.

Ik heb ook nu weer alle waarborgen en extra waarborgen verzekerd.

De premies bij Mercator heb ik echter niet per waarborg afzonderlijk kunnen bekomen. Ik heb enkel de jaarpremies van de verschillende gezinsleden.

	Man	Vrouw	Kind
Jaarpremie	€ 264,13	€ 252,54	€ 104,82

Ook nu zien we weer dat de premies van de ouders redelijk dicht bij elkaar liggen. De premie van het kind is ook nu weer meer dan de helft kleiner.

De totale jaarlijkse premie om het gezin te verzekeren is 621,49 euro.

Bij Mercator is het ook zo dat een deelpremie meer kosten met zich meebrengt dan een jaarpremie. De korting voor het aansluiten van meer dan één persoon is bij Mercator ook aanwezig. Wanneer men twee personen aansluit, krijgt men 5% korting op de jaarpremie. Vanaf men drie of meer personen verzekerd in één hospitalisatieverzekering, krijgt men een korting van 10% op de jaarpremie toegekend.

4.3 **Ethias**

- Waarborgen

Bij Ethias werkt men niet met waarborgen en extra waarborgen. Zij hebben verschillende formules. De formule die ik gekozen heb is die het dichtst aansluit bij de andere maatschappijen. De Medi-Comfort formule heeft de volgende voorwaarden:

" Ziekenhuisopname "

Wanneer een ziekenhuisopname noodzakelijk is, betaalt Ethias de verzorgingskosten terug. De hospitalisatie moet het gevolg zijn van een ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling. Natuurlijk zijn niet alle kosten gewaarborgd.

De verblijfskosten in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling worden helemaal vergoed. De toeslagen die aangerekend worden voor een één- of tweepersoonskamer zijn hierin inbegrepen. De honoraria van de geneesheer en de kosten voor de onderzoeken en behandelingen, alsook die van de geneesmiddelen worden ook altijd terugbetaald.

De kosten voor het aangepast vervoer is ook gewaarborgd. Het vervoer moet echter wel medisch noodzakelijk en dringend zijn, anders worden de kosten niet vergoed. De vergoeding van deze kosten wordt wel beperkt tot een maximum van 1.250 euro.

Alle kosten die te maken hebben met de tandheeskundige zorgen, tandprothesen, therapeutische prothesen en orthopedische apparaten worden vergoed. De voorwaarde is wel dat ze geplaatst worden tijdens de hospitalisatie. Ze moeten ook rechtstreeks verband houden met de ingreep en ze moeten het voorwerp zijn van een wettelijke tegemoetkoming. De prothesen met een zuiver esthetisch karakter worden niet terugbetaald.

De medische kosten die rechtstreeks verband houden met de voorval zijn altijd gewaarborgd. Zelfs wanneer zij gedurende 30 dagen voor de hospitalisatie gebeuren. Wanneer zij tot 90 dagen na het ontslag uit het ziekenhuis gebeuren, zijn zij nog steeds gewaarborgd. Dit is dus de pre- en posthospitalisatie zoals die bij de andere maatschappijen expliciet wordt genoemd. Bij Ethias gelden alle waarborgen van de gewone hospitalisatie tijdens deze pre- en posthospitalisatie.

" Ernstige ziekten "

De volgende ziekten worden gewaarborgd door de hospitalisatieverzekering van Ethias:

- | | | |
|------------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| - Kanker | - Leukemie | - De Ziekte Van Parkinson |
| - De Ziekte Van Hodgkin | - Diabetes | - De Ziekte Van Crohn |
| - De Ziekte Van Alzheimer | - AIDS | - De Ziekte Van Pompe |
| - Tuberculose | - Cholera | - Amyotrofische Laterale Sclerose |
| - Cerebro-Spinale Meningitis | - Pokken | - Progressieve Spierdystrofie |
| - Encefalitis | - Tetanus | - Virale Hepatitis |
| - Malaria | - Tyfus | - Difterie |
| - Multiple Sclerose | - Roodvonk | - Nierdialyse |
| - Miltvuur | - Mucoviscidose | - Ziekte Van Creutzfeld-Jacob |
- Kinderverlamming

Voor deze ziekten is een hospitalisatie niet nodig. Alle buiten het ziekenhuis gemaakte kosten die in aanmerking komen voor de wettelijke vergoeding, worden vergoed. De kosten moeten wel een rechtstreeks verband houden met de ziekte.

Volgende kosten worden dan extra gewaarborgd:

De kosten die gemaakt worden door de speciale behandelingen, analyses en onderzoeken ten gevolge van de ziekte zijn altijd gewaarborgd. Wanneer men allerlei materieel moet huren, worden deze kosten door de maatschappij gedragen. Het materiaal moet wel medisch noodzakelijk zijn. Alle farmaceutische producten die gebruikt worden, worden terugbetaald.

" Extra's "

Voor de gewone ziekenhuisopname en de zware ziekten waarborgt Ethias ook nog enkele extra kosten. De niet vergoedbare kosten met betrekking tot viscerosynthese- en endoprothesemateriaal zijn voorzien van een tegemoetkoming. Het niet herbruikbaar materiaal dat tijdens een chirurgische ingreep gebruikt wordt, wordt ook vergoed door de maatschappij. Tot slot zijn ook de niet vergoedbare geneesmiddelen opgenomen in de waarborg. Deze kosten zijn maximaal gedekt tot 1.250 euro.

Wanneer een ouder in de kamer van een kind wil verblijven kan dit. De kosten worden gedekt door Ethias. Het kind moet echter wel jonger zijn dan 14 jaar. Hier is het maximum dat vergoed wordt 25 euro per nacht.

" Thuisbevalling "

Ook bij Ethias wordt de thuisbevalling gewaarborgd. De medische kosten voor de thuisbevalling worden allemaal vergoed. Ook de kosten van de poliklinische bevalling vallen onder deze waarborg. Ook de waarborgen van de pre- en posthospitalisatie zijn voor de bevallingen van toepassing.

" Daden van terrorisme "

De schade die veroorzaakt wordt door een daad van terrorisme is gewaarborgd. Het principe en de modaliteiten met betrekking tot de vergoeding worden bepaald door een comité. Dit comité staat los van de verzekeringsondernemingen. Rekening houdend met de bepalingen van de wet, dekt Ethias deze voorvallen. Samen met de andere leden van de VZW TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool) en de Belgische staat, vergoedt men de gebeurtenissen in één kalenderjaar tot één miljard euro. Ethias is toegetreden tot deze VZW in het kader van deze waarborg.

- Uitsluitingen

De uitsluitingen bij Ethias zijn op enkele uitzonderingen na, ook allemaal de meest voor de hand liggende.

De schade voortvloeiend uit oorlog, nucleaire risico's en vrijwillig veroorzaakte letsels is niet gewaarborgd. De voorwaarde voor de uitsluiting is wel dat de verzekerde bewust en uit vrije wil meedeed met de activiteiten.

Wanneer de verzekerde een ziekte of een ongeval meemaakt, zijn deze uitgesloten onder sommige voorwaarden. Wanneer de verzekerde in staat van dronkenschap is of onder invloed van geneesmiddelen of verdovende middelen zonder daarvoor een medisch voorschrift te hebben. Of wanneer de verzekerde met alcoholisme, verslaving of overdreven gebruik van geneesmiddelen te maken heeft. Het oorzakelijk verband moet wel vastgesteld worden en de verzekerde moet vrijwillig in deze staat verkeren. Bij onwetendheid over de gebruikte dranken of verdovende middelen of wanneer de verzekerde gedwongen werd, gelden de waarborgen wel.

De medische kosten ten gevolge van een poging tot zelfmoord zijn altijd uitgesloten. Dit geldt ook voor de vrijwillig veroorzaakte letsels, de deelname aan gewelddaden en de letsels die het gevolg zijn van vandalisme of verduistering van goederen. Ook hier moet het om de vrije wil van de verzekerde gaan, bij wettige zelfverdediging of bij een redding van personen, dieren of goederen, wordt deze uitsluiting niet toegepast.

De verjongingskuren en esthetische behandelingen horen ook bij de uitsluitingen. Wanneer er plastische herstelheelkunde wordt uitgevoerd met betrekking tot een gewaarborgd schadegeval, dan gelden de uitsluitingen niet.

Ook zijn alle vruchtbaarheidsbehandelingen uitgesloten. de kosten voor sterilisatie, anticonceptie behandeling, kunstmatige inseminatie, in vitro fertilisatie en behandeling van seropositiviteit zijn uitgesloten.

Andere behandelingen zoals acupunctuur en thermale kuren, ergotherapie, levende celtherapie, keratotomie, en opsporing en behandeling van seksuele identiteitsstoornissen zijn ook uitgesloten. De zwangerschappen die voor de aanvangsdatum van het contract begonnen zijn, zijn absoluut uitgesloten. In de kosten die deze zwangerschap met zich meebrengt, komt Ethias niet tussen. Deze uitsluiting geldt echter niet wanneer de verzekerde al een andere gelijkaardige hospitalisatieverzekering had. Deze verzekering zou die zwangerschap dan wel moeten vergoeden.

Alle kosten voor brillen en contactlenzen zijn voor de rekening van de verzekerde.

Bij contact met radioactieve stoffen of kunstmatige versnelling van atoomdeeltjes zijn de gevolgen daarvan altijd uitgesloten. de uitzondering hierop is wanneer het contact gebeurde omwille van medische redenen.

De ongevallen tijdens een vlucht zijn altijd uitgesloten wanneer de verzekerde deel uitmaakt van de bemanning van een luchtvaartuig. Ook wanneer hij tijdens een vlucht beroeps- of andere activiteiten verricht die in verband staan met het toestel en zijn vlucht.

Wanneer men een sport of professioneel niveau uitoefent, kan deze niet verzekerd worden in de hospitalisatieverzekering van Ethias. Ook alle schade voortvloeiend uit het beoefenen van gevaarlijke sporten, worden niet gedekt. Onder gevaarlijke sporten verstaat men: sporten in de lucht of sporten met gebruik van motorrijtuigen.

Tot slot kunnen er in de speciale voorwaarden van het contract ook nog extra uitsluitingen vermeld worden. Deze gelden altijd, ook als ze in de algemene voorwaarden wel gewaarborgd worden.

- Wie is er verzekerd?

Men kan het hele gezin laten verzekeren in één enkel contract. De voorwaarde hiervoor is wel dat alle gezinsleden medisch goedgekeurd zijn. Hiervoor moet een verzekeringsvoorstel ingevuld worden. Wanneer dit gunstig is voor alle gezinsleden, kan Ethias ze allemaal verzekeren in het contract. Wanneer er voor iemand van de gezinsleden een probleem is in verband met de gezondheid, zijn er enkele oplossingen mogelijk. De eerste is een verhoging van de premie doorvoeren voor die persoon.

De verzekering zal dan gewoon lopen zoals voor alle andere gezinsleden, alleen moet die ene persoon dan een hogere premie betalen.

Een andere oplossing is het inlassen van extra clausules. Er kunnen extra uitsluitingen in het contract worden toegevoegd, of enkele aanpassingen in de bijzondere voorwaarden. Deze veranderingen in het contract kunnen met of zonder premieverhoging opgenomen worden.

Tot slot is er de uitsluiting van de persoon. Wanneer de persoon een te groot risico inhoud, kan de verzekeraar die persoon weigeren. Geen enkele clause of meerpremie volstaat dan om het risico te dekken.

De nieuwe verzekerde mag de leeftijd van 69 jaar niet overschreden hebben.

- Vanaf wanneer is men verzekerd?

De maatschappij heeft altijd het recht om de gezondheidstoestand van de verzekerde te controleren. Zij mag zelf een arts aanstellen om de onderzoeken uit te voeren.

Wanneer de gezondheidstoestand van de verzekerde goedgekeurd is, kan het contract opgesteld worden.

Nadat het contract is opgesteld en ondertekend door beide partijen, kan het contract aanvangen. Er zijn echter nog enkele voorwaarden die voldaan moeten zijn voordat het contract kan beginnen.

Eerst moet de verzekeringsnemer de premie betalen. Dit gebeurt best voor de aanvangsdatum die vermeldt staat in het contract. Wanneer de premie betaald is, kan het contract aanvangen vanaf de begindatum. Voor sommige schadegevallen is er echter nog een wachttijd voorzien.

De algemene wachttijd is drie maanden. Deze drie maanden moet de verzekeraar nog geen schade vergoeden. Er zijn echter toch enkele uitzonderingen.

De wachtermijn geldt niet voor ongevallen en acute besmettelijke ziekten. Ook wanneer het gezin uitbreidt zijn er geen wachtermijnen van toepassing. De pasgehuwde echtgenote kan zonder enige wachttijd mede verzekerd worden in het contract van de andere echtgenoot. Ook voor het pasgeboren kind is deze regel van toepassing. Vanaf de geboorte wordt het kind opgenomen in de polis en wordt er geen wachttijd toegepast.

- Looptijd en einde

De hospitalisatieverzekering bij Ethias wordt afgesloten met enkel een begindatum. De einddatum wordt niet bepaald bij het aanvangen van het contract. Het contract wordt dus afgesloten voor het leven.

Er zijn natuurlijk wel manieren om het contract te beëindigen.

De verzekerde kan het contract elk jaar opzeggen. Hij moet dan een aangetekende brief sturen naar de verzekeraar. Deze brief moet minstens drie maanden voor de in het contract bepaalde vervalddag bij de verzekeraar zijn. Het contract wordt dan vernietigd tegen de

eerstvolgende vervalddag. Wanneer het contract wordt beëindigd, worden er ook geen vergoedingen meer uitgekeerd door Ethias. De vergoedingen stoppen op de laatste dag van het contract. Een eventuele hospitalisatie op dat moment moet de verzekerde zelf bekostigen.

De verzekeraar kan het contract enkel beëindigen wanneer hiervoor één van de volgende redenen geldt.

- Wanneer de klant zijn premie niet betaald, kan het contract geschorst en vernietigd worden.
- De verzekeraar kan het contract ook beëindigen wanneer de verzekerde fraude pleegt of een poging doet. Wanneer de verzekeraar dit vaststelt, wordt het contract onmiddellijk stopgezet. Fraude kan bijvoorbeeld het foutief meedelen van informatie zijn. Ook het niet volledig meedelen van de gevraagde informatie wordt als fraude beschouwd.

- Vrijstelling

Bij Ethias kan men niet zelf een vrijstelling kiezen zoals bij de meeste andere maatschappijen. Bij Ethias geldt er een vaste vrijstelling die afhangt van de kamer waarin men gehospitaliseerd wordt.

Wanneer de verzekerde in een twee- of een meerpersoonskamer opgenomen wordt, geldt er een vrijstelling van 125 euro. Bij een vrijwillige opname in een eenpersoonskamer, bedraagt deze vrijstelling 250 euro. Met vrijwillig wordt bedoeld dat de verzekerde uitdrukkelijk gevraagd heeft om in dat type van kamer te kunnen verblijven.

Wanneer de verzekerde in een eenpersoonskamer wordt gelegd, omdat er geen andere kamers beschikbaar zijn, geldt de vrijstelling van een twee- of meerpersoonskamer. De franchise van 125 euro, die van de meer- of tweepersoonskamer, is dus altijd aanwezig.

- Verplichtingen

- Verzekerde:

De verzekerde heeft altijd de plicht om de premie te betalen. Wanneer de premie niet betaald wordt, is er ook geen dekking.

Alle informatie die de verzekerde doorgeeft aan de maatschappij, moet volledig en correct zijn. Het opzettelijk verzwijgen of verkeerd meedelen van informatie leidt tot de schorsing van de waarborgen en uiteindelijk tot de vernietiging van het contract. Het gaat hier dan over informatie in verband met het afsluiten van het contract. Maar het kan ook informatie zijn in verband met een aangifte van een schadegeval. Wanneer de leefomstandigheden of de gezinssituatie van de verzekerde verandert, moet dit ook altijd gemeld worden bij de verzekeraar.

Wanneer de verzekerde zich aan de afspraken houdt, kan er normaal niets verkeerd lopen.

- Ethias:

De verplichtingen van de maatschappij kunnen heel gemakkelijk omschreven worden. Zij moeten zo goed mogelijk voor de verzekerde zorgen. Dit wil zeggen dat wanneer de verzekerde zich aan alle afspraken heeft gehouden, namelijk juiste informatie geven en premie betalen, de maatschappij moet tussenkomen. Alle gewaarborgde schadegevallen worden dan door de maatschappij vergoed. Alle schadegevallen die niet omschreven staan in het contract of die bij de uitsluitingen horen, worden niet vergoed door de maatschappij. Zij kunnen al deze kosten wel meebetalen wanneer zij een factuur krijgen, maar zij gaan die bedragen dan terugvorderen.

- Waar is men verzekerd?

Deze verzekering heeft ook geen territoriale grenzen. Zij is wereldwijd van toepassing. De verzekerde krijgt dan de in het contract omschreven waarborgen terugbetaald. Dit is echter geen bijstandverzekering. De bijstand die men in het buitenland nodig heeft bij een verzekeringsgeval, moet men zelf regelen. Enkel de kosten die in het binnenland gewaarborgd zijn, zullen ook in het buitenland in aanmerking komen voor een tegemoetkoming.

Men moet wel opletten. Men is over heel de wereld verzekerd, maar men moet zijn hoofdverblijfplaats in België hebben. Wanneer een verzekerde naar het buitenland verhuist of voor een langere tijd verblijft, kan de overeenkomst beëindigd worden. Dit gebeurt dan via rechtswege. De enkele uitzondering hierop is: wanneer men kan aantonen dat men nog onderworpen is aan de Belgische sociale zekerheid, blijft de verzekering lopen.

- Wat bij schade?

Wanneer er zich een schadegeval voordoet, zijn er twee stappen die men moet ondernemen. Eerst moet men de maatschappij zo snel mogelijk laten weten dat er een schadegeval zich heeft voorgedaan. Deze aangifte gaat meestal via een terminal van AssurCard. Wanneer een ziekenhuis deze terminal niet heeft, dient men een schriftelijke aangifte te doen. Hiervoor zijn speciale formulieren opgesteld. Deze formulieren moeten dan ingevuld worden en zo spoedig mogelijk naar de maatschappij gestuurd worden. De ernst van het voorval moet bij de aangifte bewezen worden door een verklaring of een rapport. Dat document moet ook verstuurd worden naar de maatschappij.

Na de aangifte en de goedkeuring, zijn de behandelingen aan de beurt. De verzekerde krijgt alle medisch noodzakelijke verzorging en de maatschappij krijgt alle facturen en

bewijsstukken. Men moet wel zien dat men de originele bewijsstukken naar de maatschappij stuurt. Een kopie is geen geldig bewijs. Niet alleen de facturen horen hierbij, maar ook de terugbetalingsbewijzen van het ziekenfonds of het ontvangstbewijs van een apotheker.

Daarna gaat maatschappij alle documenten nakijken en vergoeden. Nadat zij dit gedaan heeft, gaat zij het niet gewaarborgde deel van het schadegeval en de franchise terugvorderen bij de verzekerde. Dit gebeurt normaal na de hospitalisatie en nadat alle kosten gemaakt zijn.

- Praktisch voorbeeld

We nemen weer hetzelfde voorbeeld:

Een gezin met één kind. De man en de vrouw zijn respectievelijk 25 en 22 jaar. Het kind is 2 jaar.

De geboortedata zijn de volgende:

- Man: 16/04/1985
- Vrouw: 07/08/1987
- Zoon: 20/05/2008

Ook nu weer hebben we voor een jaarlijks betaalbare premie gekozen. Dit geeft ook bij Ethias weer extra voordelen.

De vrijstelling hebben we hier niet zelf kunnen kiezen, maar een vrijstelling van 125 euro (eventueel 250 euro) sluit redelijk goed aan bij de andere voorbeelden.

Bij Ethias kregen we de premies ook weer voor de gehele hospitalisatieverzekering. Niet per waarborg zoals bij AG Insurance.

De Jaarpremies voor het gezin zijn de volgende:

	Man	Vrouw	Kind
Totale Jaarpremie	€ 329,19	€ 322,97	€ 72,75

Ook hier zien we hetzelfde gebeuren als bij de vorige maatschappijen. De premies van de man en de vrouw liggen dicht bij elkaar en die van het kind is enorm laag. Bij de vorige maatschappijen was de premie van het kind ongeveer de helft van de premies van de ouders. Nu zien we dat de premie van het kind ongeveer één vierde van de premie van de ouders bedraagt. Dit is een heel groot verschil.

De premie van de verzekerden maakt grote sprongen op de leeftijd 21, 40 en 60. Aangezien beide ouders ouder zijn dan 21, kan ik verklaren dat dit een groot doorslaggevend element is waarom de premie van het kind zo enorm verschilt met die van de ouders.

Het totaal dat het gezin moet betalen voor de hospitalisatieverzekering bij Ethias is 724,91 euro.

4.4 DKV

- Waarborgen

De hospitalisatie van minimum één ligdag moet het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een bevalling. De terugbetaling van de kosten die gemaakt worden door de behandeling in een verpleeghotel of een palliatieve instelling, worden beperkt tot het verblijf. De voorwaarde hiervoor is dat de instelling door de verzekeraar gelijkgesteld wordt met een verpleeginstelling. De thuisbevalling wordt ook gelijkgesteld met een bevalling in een verpleeginstelling.

De medisch noodzakelijke kosten zijn bij elk verzekeringsgeval gewaarborgd. Ook de medische kosten die een curatief, diagnostisch of palliatief karakter hebben, worden vergoed. De door erkende zorgverstrekkers uitgevoerde medische behandelingen vallen ook onder de waarborg. Net zoals de medische kosten die op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn. Ook andere kosten die gemaakt zijn tijdens de duur van het verzekeringsgeval worden terugbetaald.

Wanneer al deze voorwaarden voldaan zijn, wordt er per schadegeval vergoed. De vergoeding gebeurt na de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst, ook van het ziekenfonds.

De verblijfskosten zijn altijd vergoed. Ook die van één ouder wanneer het kind maximum 19 jaar is. Het verblijf moet wel als noodzakelijk of onmisbaar gezien worden voor de medische behandeling. Alle kosten van medische prestaties zijn telkens vergoed. Dit geldt ook voor de paramedische prestaties. De gemaakte kosten voor farmaceutische producten, verband en medisch materiaal worden 100% terugbetaald. Ook wanneer er kosten zijn voor medische hulpmiddelen, worden deze gedragen door de maatschappij. De kosten voor chirurgie en verdoving zijn ook altijd ten laste van de maatschappij. Ook de kosten voor het gebruik van de operatiekamer en de arbeidskamer horen daarbij.

De kosten van medische prothesen worden ook vergoed door de maatschappij. (men moet wel opletten, er is nog een speciale regeling voor prothesen. Deze zal ik later toelichten) Wanneer er gebruik wordt gemaakt van kunstledematen, kan men rekenen op de steun van de maatschappij.

De vervoerskosten in België zijn altijd vergoed wanneer men met de ziekenwagen vervoerd wordt. Wanneer het vervoer gebeurt d.m.v. een helikopter, wordt de vergoeding enkel uitgekeerd wanneer deze wijze medisch noodzakelijk is. Of er mag absoluut geen ander vervoersmiddel kunnen gebruikt worden.

Kosten op het ziekenhuisfactuur i.v.m. het mortuarium worden terugbetaald. Staan deze kosten niet op de factuur, krijgt men geen vergoeding. De kosten die een bevalling met zich meebrengt zijn ook voor de rekening van de maatschappij. De kraamhulp na de bevalling wordt dus vergoed binnen de grenzen van de overeenkomst. Ook de gefactureerde kosten

voor de zorgen aan de moeder, de pasgeborene en het gezin worden vergoed. Deze enkel wanneer die thuis uitgevoerd worden door een bevoegde kraamverzorger.

Wanneer een medisch noodzakelijke transplantatie van een orgaan of een weefsel gebeurt, worden de verblijfkosten van de donor ook vergoed. Hier geldt echter wel een maximum van 1.239,47 euro. De kosten van een tandextractie wordt vergoed wanneer men algemene verdoving gebruikt en dit in een verpleeginstelling.

Wanneer de ziekteverzekering op geen enkele post van de hospitalisatiefactuur tussenkomt, wordt het terugbetalingpercentage herleid met 50%. Dit gebeurt evenwel ook na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst ook die van het ziekenfonds.

- Extra waarborgen

" pre- en posthospitalisatie "

Het verzekeringsgeval begint bij DKV 30 dagen voor de opname en eindigt 90 dagen na het ontslag uit het ziekenhuis. Dit is de zogenaamde pre- en post hospitalisatie. De medische prestaties die verstrekt werden naar aanleiding van een bezoek of raadpleging zijn altijd gewaarborgd voor 100%. Ook de kosten van homeopathische behandelingen, acupunctuur, osteopathie en chiropraxie zijn ten laste van de maatschappij. De paramedische behandelingen worden vergoed mits goedkeuring van de verzekeraar en op voorschrift. De verpleegkundige zorgen, kinesitherapie en fysiotherapie zijn zonder voorwaarden altijd gewaarborgd. Alle medische hulpmiddelen die voorgeschreven zijn komen in aanmerking voor een vergoeding. De vergoeding komt er enkel wanneer de verzekeraar akkoord gaat met de hulpmiddelen die gebruikt werden.

Hier zijn er weer enkelen die niet voorafgaandelijk goedgekeurd moeten worden. Brilglazen, contactlenzen, hoorapparaten, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaat, spalken en krukken worden altijd voor 100% vergoed. Het gebruik en de wisselstukken zijn kosten die vergoed worden. Medische prothesen worden ook altijd vergoed. (Kijk weer later naar de speciale regeling voor prothesen) Tot slot zijn ook de kunstledematen volledig vergoed.

Enkele kosten worden wel vergoed, maar niet helemaal. Volgende kosten worden door de maatschappij voor 80% vergoed. Alle kosten van allopathische en homeopathische geneesmiddelen horen hierbij. Ook de kosten van verband- en medisch materiaal vallen onder deze regel. Het product moet voorgeschreven zijn door een geneesheer en het mag niet vrij verhandelbaar zijn op de markt.

Als de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, herleid men het terugbetalingpercentage met 50%. Dit gebeurt evenwel na aftrek van de statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds.

" zware ziekten "

De ambulante kosten die gemaakt worden door de ambulante behandelingen voor een "zware ziekten", komen ook in aanmerking voor een vergoeding. Het verzekeringsgeval vangt in dat geval aan met de instelling van een medische behandeling. Het verzekeringsgeval eindigt wanneer er geen noodzaak tot behandelen meer is.

Men kan enkel een zware ziekte aangeven nadat een objectief medisch onderzoek de diagnosestelling ervan heeft toegelaten. De volgende ziekten worden beschouwd als 'zware ziekten':

- | | | |
|------------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| - Kanker | - Leukemie | - De Ziekte Van Parkinson |
| - De Ziekte Van Hodgkin | - Diabetes | - De Ziekte Van Crohn |
| - De Ziekte Van Alzheimer | - AIDS | - De Ziekte Van Pompe |
| - Tuberculose | - Cholera | - Amyotrofische Laterale Sclerose |
| - Cerebro-Spinale Meningitis | - Poliomyelitis | - Progressieve Spierdystrofie |
| - Encefalitis | - Tetanus | - Virale Hepatitis |
| - Malaria | - Vlektyfus | - Tyfus |
| - Paratyfus | - Difterie | - Multiple Sclerose |
| - Miltvuur | - Mucoviscidose | - Nierdialyse |

" Speciale regeling prothese "

De volgende kosten worden terugbetaald na verloop van een wachttijd en ingevolge het optreden van een ziekte of een ongeval. Alle tandbehandelingskosten met uitzondering van de orthodontische behandelingen. Ook de kosten van tandprothesen en van tandmateriaal worden vergoed. Ook de bruggen, kronen en implantaten zijn hierin inbegrepen wanneer de verzekeraar het tandbehandelingsplan vooraf heeft gezien en goedgekeurd.

Nadat alle wettelijke, statutaire of andere tussenkomsten van het ziekenfonds vergoed hebben, worden de kosten voor 100% terugbetaald. Het maximum is echter wel 743,68 euro per persoon en per verzekeringsjaar.

Als de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, blijft alles hetzelfde. Alles wordt vergoed tegen 100% met het maximum van 743,68 euro per verzekerde en per verzekeringsjaar.

" Medi-Card "

Bij DKV kan men ook van de extra service van de "Medi-Card" genieten. Deze kaart geeft extra voordelen voor de verzekerde. Zo zal de betaling van de facturen rechtstreeks via de verzekeraar gebeuren, en niet eerst langs de verzekerde. Dit houdt in dat men de facturen niet ontvangt en betaald, om ze daarna terug te vorderen. De facturen gaan rechtstreeks

naar de verzekeraar en hij zal die dan betalen. De verzekeraar stelt zich eigenlijk op als waarborg voor de te betalen kosten.

Alle kosten van verblijf en medische behandelingen die gemaakt zijn tijdens het verblijf in het ziekenhuis in België worden dan allemaal betaald. Ze mogen natuurlijk niet uitgesloten zijn in het verzekeringscontract.

Een ander voordeel van deze service, is dat alle kosten worden betaald. Ook de in het contract vermelde niet gedekte kosten, worden in eerste instantie door de verzekeraar aan het ziekenhuis betaald. Achteraf worden de niet gedekte kosten teruggevorderd bij de verzekerde. Dit wil zeggen dat men de vrijstelling, de niet-medische kosten, het bedrag dat het verzekert kapitaal overschrijdt, de niet gedekte kosten en de geweigerde kosten komt terugvorderen bij de verzekerde. Hij heeft dan 30 dagen de tijd om dit te doen. Wanneer de verzekerde niet betaald binnen deze termijn, verbindt de verzekeringsnemer zich ertoe om deze kosten aan de maatschappij terug te betalen.

De Medi-Card kan ingetrokken worden wanneer er enkele uitzonderlijke gevallen voorkomen. Bij misbruik van de kaart wordt deze ingetrokken zonder waarschuwing. Ook wanneer de verzekerde persoon of de verzekeringsnemer het terug te betalen bedrag niet betaald, gebeurt hetzelfde. Tot slot kan men de kaart intrekken wanneer de verzekeringspremies niet betaald worden.

" Bijstand "

Tot slot heeft DKV ook een waarborg "bijstand" in zijn contract. Deze waarborg assisteert wanneer men een verzekeringsgeval heeft in het buitenland.

Wanneer men een hospitalisatiepolis onderschrijft bij DKV, zijn de waarborgen DKV Assistance ook verworven. Deze waarborg zorgt ervoor dat de hospitalisatie in het buitenland vlot verloopt. Allereerst zullen zij de ziekenhuisopname voorbereiden. Zij zoeken inlichtingen in verband met de internationaal erkende ziekenhuizen. Zij bereiden de opname zelf voor en zij regelen de directe betalingen en de cost-containment.

Het plaatselijk vervoer dat door de verzekerde gebruikt wordt in het buitenland, wordt ook vergoed door de maatschappij. Het vervoer moet wel medisch noodzakelijk zijn en het moet een verplaatsing zijn naar de dichtstbijzijnde geneesheer die het meest geschikt geacht wordt. Het vervoer zelf gebeurt met een ziekenwagen of een ander vervoermiddel dat de geneesheer nodig acht rekening houdend met de situatie van de verzekerde.

Wanneer de verzekerde dit wenst, organiseert DKV de communicatie tussen de huisarts in België en de behandelende geneesheer in het buitenland.

Wanneer er bepaalde geneesmiddelen, prothesen of brillen nodig zijn voor de behandeling van de verzekerde, zorgt DKV hiervoor. Als de benodigdheden niet in het buitenland te verkrijgen zijn, stuurt DKV deze op naar het buitenland. De kostprijs van de benodigdheden

zijn enkel gewaarborgd door DKV als dat zo vermeld staat in het contract. Wanneer het gaat over benodigdheden die niet gewaarborgd worden in het contract, moet de verzekerde ze zelf betalen. Het opsturen blijft echter een waarborg die bekostigd wordt door DKV.

Als de gehospitaliseerde verzekerde langer dan vijf dagen opgenomen is in het ziekenhuis, mag er een familielid op bezoek gaan. Het gaat hier over één familielid. Deze krijgt dan, naargelang de noodzaak van het bezoek, een treinticket of een vliegtuigticket (heen en terug). De verblijfskosten worden ook voor een deel terugbetaald. Er wordt dan maximum 60 euro per dag terugbetaald voor het hotel + ontbijt. De maximum tussenkomst is echter maar 120 euro. De overige verblijfskosten zijn ten laste van het familielid van de verzekerde.

Wanneer de ziekenhuisopname snel gemeld wordt, wordt de directe betaling van de ziekenhuisfactuur georganiseerd door DKV. De opname moet dan gemeld worden vóór de opname plaatsvindt of binnen 24 uur na de opname.

Wanneer de verzekerde in het buitenland opgenomen wordt ten gevolge van een ongeval of ziekte, moet dit aan de verzekeraar gemeld worden. DKV kan dan de beslissing maken om de verzekerde terug naar het eigen land te repatriëren. Deze beslissing wordt enkel genomen wanneer men dit nodig acht. DKV zal dan samen met de behandelende geneesheer bepalen onder welke omstandigheden deze repatriëring zal plaatsvinden. Het voertuig is een ziekenwagen, een slaapwagen, een trein, een lijn- of een chartervliegtuig. De noodzaak van medische begeleiding wordt ook door hun beslist. De repatriëring gebeurt naar de woonplaats van de verzekerde of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. De geplande reismethodes van de verzekerde zelf kunnen eventueel ook gebruikt worden als deze medisch verantwoord is.

De terugreis van de andere verzekerden wordt ook door DKV georganiseerd. Zij kunnen de verzekerde vergezellen tijdens de terugreis. Men gaat ook voor hun na of de oorspronkelijk geplande vervoersmiddelen gebruikt kunnen worden. De kinderen tot 18 jaar van de gehospitaliseerde verzekerde worden ook gerepatriëerd. Er wordt eventueel een begeleider naar het buitenland gestuurd om de kinderen veilig naar huis te brengen. De vervoerskosten van de begeleider worden vergoed. De verblijfskosten hebben een maximum vergoeding van 60 euro per dag en een absoluut maximum van 120 euro.

Bij overlijden van de verzekerde zullen de stoffelijke overschotten overgebracht worden naar het land van zijn woonplaats. De administratieve kosten in het buitenland worden ook door DKV betaald. De ceremoniekosten worden niet vergoed. Wanneer de verzekerde in het buitenland wordt begraven of verast, is er een tussenkomst van maximum 1.500 euro. Met dit bedrag worden de kosten voor het kisten en de balseming betaald. De lijk-kist of de urne wordt ook vergoed. De vervoerskosten van het stoffelijk overschot moeten hiermee ook betaald worden. Er kan eventueel een vervoersbewijs gekocht worden om een kennis van de familie de kans te geven om naar de verzekerde te gaan. De administratieve formaliteiten in

het buitenland vallen ook nog binnen deze waarborg. Wanneer de 1.500 euro opgebruikt is en niet alle kosten zijn betaald, is de overschot ten laste van de overlevende familie.

- Uitsluitingen

De volgende gebeurtenissen en hun gevolgen zijn niet gewaarborgd: Alle ziekten, ongevallen, bevallingen en zwangerschappen en hun gevolgen die voor de aanvangsdatum aanwezig waren. Ook tijdens de periode tussen de uitgiftedatum van de polis en de begindatum van het contract is er geen dekking gewaarborgd. Dit is natuurlijk enkel wanneer de begindatum later is dan de uitgiftedatum van het contract. Ligt deze datum vroeger, dan vangt het contract gewoon op de begindatum/ uitgiftedatum aan.

Alle verzekeringsgevallen die voortvloeien uit een oorlog (eender welke) en oproer zijn altijd uitgesloten. Wanneer men vrijwillig deelneemt aan gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong, is er ook nooit een dekking. De voorwaarde is wel dat de verzekerde actief aan deze activiteiten heeft deelgenomen.

De opzettelijke daad van de verzekerde is ook altijd uitgesloten. De opzettelijke daad is de vrijwillige en bewuste deelname aan activiteiten waaruit schade voortvloeit. Wanneer kan aangetoond worden dat het om wettige zelfverdediging gaat of om een redding van personen of goederen, is de uitsluiting niet van toepassing.

Een poging tot zelfmoord die leidt tot letsels, is nooit gewaarborgd.

Wanneer er sprake is van intoxicatie, chronische of niet-accidentele toxicomanie, moet de verzekerde de kosten zelf dragen.

Alle behandelingen in verband met vruchtbaarheid en voortplanting is voor de rekening van de verzekerde. Ook esthetische ingrepen zijn absoluut uitgesloten. Een vaccinatie is echter ook uitgesloten. Enkele voorbeelden hiervan zijn: sterilisatie, contraceptie, een medisch begeleide voortplanting.

Wanneer de behandeling van functionele, subjectieve of psychische stoornissen niet medisch noodzakelijk is, worden de kosten ervan niet vergoed. De voorwaarde van deze uitsluiting is dat de oorzaak en de symptomen van de stoornis niet medisch objectiveerbaar zijn.

Verblijven in kuuroorden, bad- , gezondheids- en herstellingsoorden zijn ook uitgesloten. Ook de verblijven in alle andere instelling en alle andere diensten in verband met het volgen van een kuur zijn uitgesloten. Zelfs indien de geneesheer het verblijf voorgeschreven heeft, zijn deze behandelingen uitgesloten.

Een behandeling van psychotherapeutische of psychosomatische aard is ook altijd uitgesloten. De lichamelijke letsels of ziekten die niet door een geneesheer vastgesteld en gediagnosticeerd worden zijn uitgesloten. Net zoals de letsels en ziektes en de gevolgen

daarvan die al bestonden bij het onderschrijven van het contract, of bij het vertrek naar het buitenland. Wanneer de gevolgen niet te voorzien waren, is dit echter geen uitsluiting.

De onderhoud- en herstellingskosten van prothesen worden nooit vergoed.

Individuele erelonen worden niet uitbetaald door de verzekeraar. Deze hangen af van het kamertype en de manier van inning van de kosten. Deze kunnen via het ziekenhuis of via een andere manier van centrale inning gebeuren. Wanneer een geneesheer onderworpen is aan de centrale dekking, heeft hij het recht niet om een individueel ereloon te vragen. De centrale inning doet dit voor hem. Daarom zijn de individuele erelonen door de geneesheer gevraagd niet gewaarborgd bij de service "Medi-Card".

- Wie is verzekerd?

Men kan heel zijn gezin verzekeren. Eventueel kan er door de verzekeringsmaatschappij wel een persoon geweigerd worden door een te groot risico. Een ander alternatief is dat men een extra premie vraagt voor de meer risicovolle personen. Voor men kan weigeren moet men de personen wel eerst medische testen laten ondergaan.

Bij DKV ligt de maximum aansluitingsleeftijd op 69 jaar. Wanneer men ouder is dan 69 jaar kan men dus niet meer intekenen in een nieuwe hospitalisatieverzekering.

- Vanaf wanneer is men verzekerd?

Wanneer het verzekeringscontract is afgesloten en de verschillende partijen zijn het eens geraakt over de voorwaarden, kan het contract starten. Door de betaling van de eerste premie vangt het contract aan. Deze premie kan een jaarpremie, een maandpremie of een andere deelpremie zijn. Wanneer de premie betaald is, vangt het contract aan op de overeengekomen datum. Betaalt de verzekeringsnemer geen eerste premie, dan vangt het contract niet aan en kan de verzekeraar het contract vernietigen. Wanneer de verzekeringsnemer dan toch nog de verzekering wil, kan de verzekeraar een nieuw voorstel doen.

Er geldt ook altijd een wachttijd. In deze periode is de verzekeraar geen enkele prestatie schuldig ten opzichte van de verzekerde. De wachttijd vangt altijd aan op de begindatum van het contract. De normale wachttijd is drie maanden. Voor zwangerschappen en bevallingen bedraagt deze wachttijd negen maanden. Voor de speciale regeling van prothesen is er een wachttijd opgesteld van 12 maanden. En tot slot is er een wachttijd van twee jaar bij verzekeringsgevallen die zich voor de begindatum hebben voorgedaan. De uitzondering hierop

is wanneer de gevallen niet meegedeeld werden aan de verzekeraar of wanneer de gevallen bij de uitsluitingen van het contract behoren.

Bij ongevallen en acute ziekten wordt echter geen wachttijd toegepast.

- Looptijd en opzegging

Wanneer het contract wordt afgesloten, is dit voor het leven. Men kan de verzekering ook afsluiten voor een bepaalde tijd. Deze regeling wordt dan vermeld in het contract. De levenslange verzekering kan evenwel door beide partijen opgezegd worden onder bepaalde omstandigheden.

De verzekeringnemer kan elk jaar het contract opzeggen op de vervaldag. Men moet wel rekening houden met een opzegtermijn van drie maanden. Men moet echter geen grondige redenen hebben voor het opzeggen van de verzekering.

De verzekeraar moet daarentegen een geldige reden hebben om het contract op te zeggen. Een schadegeval kan nooit een reden zijn.

Wanneer de verzekeringsnemer zijn premie niet betaald, kan de verzekeraar het contract opzeggen. De niet betaling moet langer dan 60 dagen na de premievervaldag duren. Er moet wel een aangetekende brief verstuurd worden naar de verzekeringsnemer na 30 dagen om hem toch nog uit te nodigen om te betalen.

Wanneer de verzekeringsnemer of verzekerde misbruik maakt van de verzekering kan de maatschappij het contract onmiddellijk opzeggen. Het misbruik moet in de vorm van fraude zijn. Bijvoorbeeld het onvolledig of verkeerd medelen van belangrijke informatie. Een andere keuze die de verzekeraar kan maken is het contract aanpassen naar de nieuwe omstandigheden. Dit kan mits extra clausules of uitsluitingen en meestal wordt er een bijpremie aangerekend.

- Vrijstellingen

De vrijstellingen die in het contract vermeldt staan zijn altijd per verzekerd persoon en per verzekeringsjaar. Hier wordt wel rekening gehouden met het aantal maanden gelegen tussen het begin van het contract en de jaarlijkse vervaldatum. Dit gebeurt uiteraard enkel wanneer deze twee niet samenvallen.

Wanneer een verzekeringsgeval zich over twee verzekeringsjaren strekt, wordt de vrijstelling ook maar één keer gebruikt.

De vrijstelling is niet van toepassing wanneer men ambulante behandelingen moet ondergaan ten gevolge van een zware ziekte.

De verschillende vrijstellingen die men kan kiezen zijn: €0, €125, €250, €500.

- Verplichtingen

- Verzekerde:

Alle informatie moet zo juist en zo volledig mogelijk meegedeeld worden aan de maatschappij. Ook het tijdstip van alle gebeurtenissen is heel belangrijk. Gebeurt dit niet, kan dit gevolgen hebben voor het contract en de vergoedingen die men normaal krijgt. Het afsluiten van een andere gelijkaardige verzekering bij een andere verzekeraar hoort ook bij belangrijke informatie die meegedeeld moet worden.

De premie moet ook altijd betaald worden. Gebeurt dit niet, dan heeft dit ook weer gevolgen voor het contract.

Alle verklaringen en aangiften moeten steeds schriftelijk of elektronisch ingediend worden. Gebeurt dit niet, worden de verklaringen en aangiften niet aangenomen. De verzekeraar verbindt zich dan niet met de verzekerde.

De gevolgen bij het niet naleven van de verplichtingen zijn een schorsing van het contract, met daarna de vernietiging, of een vermindering van de uitkering.

- DKV:

Net zoals bij de andere maatschappijen heeft DKV enkel een verplichting tegenover de verzekerde wanneer die al zijn verplichtingen heeft vervuld. Dit wil zeggen dat DKV de waarborgen die in het contract omschreven staan pas vergoed wanneer de verzekerde de premie betaald heeft, de juiste informatie volledig heeft meegedeeld en de aangifte schriftelijk heeft doorgegeven.

De enige verplichting van de maatschappij, namelijk het vergoeden van de geleden schade, wordt dus pas vervuld wanneer aan alle voorwaarden is voldaan.

- Wat bij schade?

Wanneer men door een ongeval, ziekte of zwangerschap gehospitaliseerd wordt, moet men dit zo snel mogelijk aan de maatschappij melden. Deze aangifte moet via het voorziene aangifteformulier gebeuren. Dit formulier moet zo volledig mogelijk ingevuld worden vooraleer het naar de maatschappij wordt gestuurd. De aangifte moet binnen de 30 dagen na hospitalisatie aan de maatschappij bezorgd worden.

De maatschappij gaat het voorval dan nakijken vooraleer men gaat vergoeden. Wanneer het schadegeval gewaarborgd is, moeten alle facturen die betrekking hebben op het schadegeval binnen de drie jaar ingediend worden. Deze termijn van drie jaar begint op de datum van de

uitgifte van de factuur. Alle facturen die te laat worden ingediend, komen niet in aanmerking voor een vergoeding.

Alle vergoedingen worden geregeld met de begunstigde van het contract. Een ander persoon kan hiervoor niet optreden.

Alle facturen die ingediend worden bij de maatschappij, worden eigendom van de maatschappij. De verzekerde geeft het eigendomsrecht op de onkostennota's af wanneer hij deze naar de maatschappij stuurt.

Alle vergoedingen gebeuren in euro. Alle facturen die in een vreemde munt staan, worden omgerekend tot de euro aan de gemiddelde koers van de dag dat men de factuur uitkeert.

- Waar is men verzekerd?

De verzekering geldt over de hele wereld. De hospitalisatiewaarborg vergoedt de kosten voor hospitalisatie in België. Wanneer men in het buitenland een verzekeringsgeval heeft, is het de waarborg DKV Assistance die de kosten gaat vergoeden. Men moet wel inwoner zijn van België en men moet dan ook in België Sociale Zekerheid genieten.

Wanneer men voor langere tijd in het buitenland verblijft, wordt aangenomen dat men zijn verblijfplaats niet meer op Belgisch grondgebied heeft. De verzekering wordt dan opgezegd. Wanneer men echter kan aantonen dat men nog van de Belgische sociale zekerheid geniet, blijft het contract gewoon lopen en is men terug overal ter wereld verzekerd

- Tarief + kosten

We nemen weer hetzelfde voorbeeld:

Een gezin met één kind. De man en de vrouw zijn respectievelijk 25 en 22 jaar. Het kind is 2 jaar.

De geboortedata zijn de volgende:

- Man: 16/04/1985
- Vrouw: 07/08/1987
- Zoon: 20/05/2008

De vrijstelling die ik gekozen heb bij DKV bedraagt €125. Deze sluit het dichts aan bij de andere vrijstellingen die ik gekozen heb voor de andere maatschappijen.

De premie wordt ook weer nu jaarlijks betaald, hiervoor krijgt men een korting van 3%.

De premies voor het gezin zijn ook nu weer gewone jaarpremies, zij zijn niet opgesplitst per waarborg:

De Hospitalisatieverzekering

	Man	Vrouw	Kind
Totale jaarpremie	€ 245,88	€ 234,24	€ 108,36

Bij DKV geldt het geboortejaar en niet de geboortedatum bij de berekening van de premie. De leeftijd wordt bij DKV berekend door het geboortejaar van het lopend jaar af te trekken. Zo zal dus de premie van de vrouw op een leeftijd van 23 jaar berekend worden en niet op 22 jaar, aangezien $2010 - 1987 = 23$.

De premies bij DKV volgen hetzelfde patroon van de andere maatschappijen. De premies van de man en de vrouw liggen dicht bij elkaar en die van het kind ligt daar ongeveer de helft onder.

De totale jaarpremie bij DKV bedraagt 588,48 euro.

4.5 **KBC**

- Waarborgen

Bij KBC gaat men ook weer de kosten vergoeden voor de hospitalisatie. De hospitalisatie moet ook nu weer als reden een ziekte, ongeval, bevalling of zwangerschapscomplicatie hebben. Deze verzekering vergoed dan de medische kosten die door het ziekenfonds niet worden terugbetaald.

Bij een hospitalisatie worden alleen de kosten vergoed die een rechtstreeks verband hebben met de reden van hospitalisatie.

Bij de hospitalisatie worden de kosten voor de medisch noodzakelijke behandelingen vergoed. Wanneer men een raadpleging, een onderzoek of een behandeling ondergaat, zijn de kosten altijd vergoed. Ook sommige farmaceutische en homeopathische producten worden terugbetaald. Het gaat hier dan over de producten die opgenomen zijn in de lijst van specialiteiten van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Ook het verblijf van de verzekerde is zoals in alle andere verzekeringen een gedekte waarborg.

Wanneer men gebruik moet maken van prothesen of orthopedische toestellen, kan men rekenen op een vergoeding. De voorwaarde hiervoor is wel dat het gebruik ervan een rechtstreeks verband moet hebben met de reden van hospitalisatie. Een andere voorwaarde is dat de prothesen of toestellen recht moeten geven op een uitkering gedekt door de wettelijk verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering zoals die voorzien voor werknemers. De onderhoudskosten worden net zoals de kosten van herstelling en vervanging niet terugbetaald.

Wanneer men aangepast medisch vervoer nodig heeft om zich te verplaatsten van of naar het ziekenhuis, kan men altijd rekenen op een tussenkomst. Ook het vervoer van de donor van de verzekerde wordt bekostigd. De voorwaarde die hieraan verbonden is, is dat de kosten bewezen moeten worden aan de hand van een factuur.

Kosten die eveneens pas vergoed worden wanneer ze op een factuur staan, meer specifiek de ziekenhuisfactuur, zijn die van het mortuarium.

Wanneer een ouder of een voogd bij een verzekerd kind jonger dan 18 jaar wil blijven, zijn deze kosten ook gedekt. De voorwaarde is hier echter wel dat ze in dezelfde kamer als het verzekerd kind overnachten.

Wanneer er kosten zijn voor tussenkomst van een donor, worden ook deze terugbetaald. Deze waarborg heeft wel enkele voorwaarden. De donatie moet medisch vereist zijn. De donor moet een bloed- of aanverwant zijn van de verzekerde, of eventueel de partner. De

kosten worden ook enkel terugbetaald wanneer de donor zich vrijwillig en bewust laat opnemen in het ziekenhuis.

Wanneer de hospitalisatie het gevolg is van een psychische of een psychiatrische aandoening, worden de gewaarborgde kosten terugbetaald. De kosten worden gewaarborgd voor een hospitalisatie voor een periode van maximaal twee jaar. Deze periode begint vanaf de eerste dag die recht geeft op terugbetaling. De hospitalisatie moet evenwel niet aaneengesloten zijn.

Wanneer men esthetische behandelingen ondergaat, kunnen deze kosten ook vergoed worden. De kosten moeten dan wel een rechtstreeks verband hebben met het verzekerd ongeval of een verzekerde ziekte. De behandelingen moeten van reconstructieve esthetische aard zijn. De niet-reconstructieve esthetische heekunde kan echter ook vergoed worden. Deze moet dan wel een functioneel karakter hebben en het RIZIV moet de behandelingen goedkeuren. Ereloonsupplementen die bij deze behandelingen aangerekend worden, zijn geheel voor de rekening van de verzekerde.

- Extra waarborgen

" pre- en posthospitalisatie "

De extra waarborg "pre- en posthospitalisatie" geldt voor een periode van twee maanden voor de hospitalisatie en zes maanden na het ontslag uit het ziekenhuis.

De kosten die medisch noodzakelijk zijn voor de verzekerde worden vergoed wanneer het gaat om de volgende waarborgen: de raadplegingen, onderzoeken en behandelingen die door de verzekerde ondergaan worden. Dit enkel wanneer ze zijn voorgeschreven door een geneesheer en wanneer ze recht geven op een wettelijke tegemoetkoming. De farmaceutische en homeopathische producten die voorgeschreven zijn worden ook vergoed. Deze producten moeten in een apotheek gekocht zijn of opgenomen zijn in de lijst van specialiteiten van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Ook op doktersvoorschrift verworven prothesen en orthopedische toestellen worden vergoed. Ze moeten wel rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de hospitalisatie. Ook moeten ze recht geven op een wettelijke tegemoetkoming die voorzien is door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering zoals die van de werknemers. Het huren van medisch materiaal voorgeschreven door een geneesheer is gewaarborgd bij de hospitalisatieverzekering van KBC.

Wanneer er een donor medisch vereist is, worden de kosten hiervoor ook terugbetaald. De donor moet een bloed- of aanverwant zijn van de verzekerde of de partner. De donor moet zich bewust en vrijwillig aanmelden voor het donorschap.

Al de waarborgen worden vergoed wanneer zij een rechtstreeks verband houden met de reden van hospitalisatie.

" zware ziekten "

Wanneer er één van de volgende ziekten zich voordoet, worden er enkele terugbetalingen gewaarborgd.

- | | | |
|-----------------------------|------------------------|-------------------------------|
| - Kanker | - Leukemie | - Suikerziekte |
| - Virale Hepatitis | - Tuberculose | - Ziekte Van Hodgkin |
| - Ziekte Van Parkinson | - Multiple Sclerose | - Amyotrofe Lateraal Sclerose |
| - Mucoviscidose | - Ziekte Van Alzheimer | - Progressieve Spierdystrofie |
| - Cerebrospinale Meningitis | - Vlektyfus | - Tyfus |
| - Paratyfus | - Encefalitis | - Tetanus |
| - Cholera | - Nierdialyse | - Poliomyelitis |
| - Difterie | - Brucellose | - Pokken |
| - Malaria | - Miltvuur | - Ziekte Van Pompe |
| - Ziekte Van Crohn | - Aids | |

Wanneer zij rechtstreeks verband houden met de ziekte, waarborgt de verzekeraar volgende medisch noodzakelijke behandelingen.

De raadplegingen, onderzoeken en behandelingen wanneer deze op doktersvoorschrift gebeuren worden ook vergoed. Op voorwaarde dat zij recht geven op een wettelijke tegemoetkoming. De farmaceutische en homeopathische producten die voorgeschreven zijn door de geneesheer. Deze moeten dan wel gekocht worden in een apotheek of opgenomen zijn in de lijst van de specialiteiten van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Tot slot is de huur van het op doktersvoorschrift verkregen medisch materiaal ook gewaarborgd.

" alternatieve geneeswijzen "

De volgende waarborg is die van de "alternatieve geneeswijzen". Deze vergoedt de behandelingen zoals acupunctuur, chiropraxie, osteopathie en raadplegingen bij een homeopaat. De voorwaarde is wel dat de behandeling moet voldoen aan de voorwaarden van één van de waarborgen van de hospitalisatieverzekering. De behandelingen moeten wel uitgevoerd worden door een geneesheer die hiervoor wettelijk gemachtigd is.

" thuisbevalling "

Tot slot is er de "thuisbevalling". Hier geeft de verzekeraar geen vergoeding van kosten, maar een forfaitair bedrag van 625 euro. Hierin inbegrepen zijn de kosten van de ambulante medische zorgen voor en na de bevalling.

" Ziekenhuisopname in het buitenland "

Wanneer het schadegeval in een lidstaat van de Europese Unie gebeurt, gelden de internationale afspraken tussen de betrokken landen. Voor het overige gelden de waarboren

van KBC. Deze regeling geldt ook voor landen buiten de Europese Unie, wanneer België daarmee een overeenkomst heeft afgesloten die betrekking heeft op de gezondheidszorg.

Wanneer het schadegeval zich voordoet in elk land andere dan de hierboven vermelde landen, komt KBC tussen voor 50% van de verzekerde kosten. Het maximum ligt hier wel op 6.250 euro.

Wanneer de verzekerde speciaal naar het buitenland reist voor een medische verzorging, is deze enkel vergoed wanneer er een voorafgaandelijk akkoord is. Het akkoord moet gebeuren tussen de verzekerde en het RIZIV. Dit akkoord staat dan garant voor de terugbetaling van de kosten die gemaakt worden in het buitenland.

- Uitsluitingen

Wanneer men kosten heeft voor bezigheidstherapie, kuurbehandelingen, internering en wettelijke internering, vallen deze altijd ten laste van de verzekeringsnemer. Alle experimenten en niet-beproefde behandelingen zijn ook steeds voor de rekening van de verzekeringsnemer. Wanneer men een revalidatiebehandeling ondergaat is deze niet gedekt als zij geen rechtstreeks verband houdt met een gewaarborgde ziekenhuisopname door een ziekte, ongeval of chirurgische ingreep.

De gevolgen of verwickelingen van een toestand die de verzekerde had voordat hij de verzekering afsloot is nooit gedekt. Hier gaat het om een acute opstoot van chronische, besmettelijke of inflammatoire ziekte. Ook wanneer dit voorvalt tot twee jaar na de datum wanneer het contract is afgesloten. Wanneer de verzekerde klachten heeft die niet door objectief waarneembare afwijkingen verklaard kunnen worden, worden aandoeningen ten gevolge hiervan niet vergoed.

Alle behandelingen die te maken hebben met vruchtbaarheid en onvruchtbaarheid, zoals kunstmatige inseminatie, sterilisatie, vruchtbaarheidsbehandelingen, contraceptieve behandeling, in vitro fertilisatie. Ook alle gevolgen van deze behandelingen binnen een periode van twee maanden na deze behandelingen worden niet vergoed door de maatschappij.

Alle gevolgen van kwaadwilligheid zijn niet verzekerd. Hier denkt men bijvoorbeeld aan poging tot zelfmoord, vrijwillig toegebrachte letsels, geweldpleging op andere personen of het kwaadwillig beschadigen of ontvreemden van goederen. De wettige zelfverdediging of de poging tot het redden van mensen, dieren of goederen zijn hierbij niet gerekend.

Wanneer men spreekt van drankzucht of toxicomanie kan men niet op een dekking rekenen vanwege de maatschappij. Ook wanneer er een ongeval of een ziekte ontstaat wanneer de verzekerde zich in staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie bevindt, zijn uitgesloten.

Hiervoor geldt ook de invloed van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drug. Wanneer de verzekerde echter kan bewijzen dat er geen verband bestaat tussen deze staat en het ongeval of de ziekte, komt de maatschappij wel tussen.

Wanneer de verzekerde vrijwillig deelneemt aan oproer, onlusten, collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale aard moet hij zelf optreden voor de kosten. Een oorlogsgebeurtenis, in welke vorm dan ook is uitgesloten. Maar als het conflict uitbreekt n het buitenland tijdens het verblijf van de verzekerde blijft de dekking geldig. De verzekerde mag dan echter niet vrijwillig deelgenomen hebben aan de activiteiten. Ook gevolgen van kernreacties, radioactiviteit en ioniserende stralen zijn absoluut uitgesloten. Wanneer het gaat om gevolgen van bestralingen die te maken hebben met een medische behandeling, blijft de dekking wel geldig. Tot slot zijn de ongevallen die een gevolg zijn van het uitoefenen van winstgevendende sporten ook absoluut uitgesloten. De trainingen zijn hierin ook inbegrepen.

Maar ook hier zijn de kosten in verband met onderhoud, herstelling en vervanging uitgesloten.

- Wie is er verzekerd?

Wanneer men de verzekering afsluit kan men elk natuurlijk persoon met een gewone verblijfplaats in België aan het contract toevoegen. Wanneer een persoon langer dan zes maanden in het buitenland verblijft, wordt deze beschouwd zijn gewone verblijfplaats buiten België te hebben. Dan kan die persoon niet opgenomen worden of wordt het contract voor die persoon beëindigd.

Iedereen moet een gunstig medisch resultaat van het onderzoek bekomen. Men vraagt om een vragenlijst in te vullen. Wanneer deze gunstig is, kan men iemand verzekeren. Wanneer de verzekeraar toch nog twijfelt kan men de verzekerde aan een medisch onderzoek onderwerpen. Aan de hand van de resultaten die hieruit blijken, kan men opgenomen worden in het contract. Zijn de resultaten toch niet goed, kan men de verzekerde weigeren of extra clausules in het contract opnemen. Meestal is dit dan in de vorm van extra uitsluitingen. Eventueel kunnen er premieverhogingen doorgevoerd worden.

De maximum leeftijd die een nieuwe verzekerde mag hebben is 65 jaar. Iedereen die ouder is kan geen nieuwe hospitalisatieverzekering meer afsluiten.

Wanneer men bevallen is, kan de pasgeborene dadelijk opgenomen worden in de verzekering. Hiervoor geldt geen wachttijd. De voorwaarde hiervoor is dat beide ouders en de eventuele andere kinderen van het gezin al minstens tien maanden verzekerd zijn. De verzekering voor de pasgeboren baby moet ook binnen de 60 dagen na de geboortedatum afgesloten worden. Aan beide voorwaarden moet voldaan worden om te kunnen genieten van de waarborgen voor de baby zonder wachttijd.

- Vanaf wanneer is men verzekerd?

Wanneer aan alle voorwaarden is voldaan voor het opstellen van het contract, kan het bijna aanvangen. Na het medisch goedkeuren van de verzekerden, wordt er een wachttijd toegepast. Deze duurt drie maanden. Binnen deze drie maanden is men nog niet verzekerd. Voor enkele gevallen is deze wachttijd niet van toepassing. Zo zullen de ongevallen en acute besmettelijke ziekten verzekerd zijn zonder rekening te houden met de wachttijd van drie maanden. Voor bevallingen geldt dan weer en langere wachttijd. Deze bedraagt negen maanden. Sommige bevallingen zijn wel verzekerd binnen deze wachttijd. Het gaat hier dan over de bevallingen waarvoor men kan aantonen dat de vermoedelijke bevallingsdatum niet in de wachttijd valt. De vermoedelijke bevallingsdatum is die wordt vastgesteld in de loop van de zwangerschap. Deze wordt berekend in functie van de normale duur van een zwangerschap.

- Looptijd en opzegging

De verzekering vangt aan op de vooraf afgesproken datum. Deze is vermeld in het contract dat ondertekend wordt. De eerste premie moet wel betaald zijn, anders vangt het contract niet aan.

Voor zover het contract om welke reden dan ook niet opgezegd wordt, is deze van onbepaalde duur.

De verzekering kan elk jaar door de verzekeringnemer opgezegd worden. De datum van het eindigen van het contract is ofwel de jaardag van het contract ofwel de jaarlijkse vervaldag van de premie. Bij opzegging moet ten minste één maand voor de jaardag of de vervaldag een aangetekende brief per post afgegeven worden bij de verzekeraar. De postdatum is hier het bewijs. Bij een tariefwijziging binnen de vier maanden voor de jaarlijkse vervaldag, kan men het contract ook nog opzeggen. Hiervoor hebt u dan drie maanden de tijd.

Wanneer de premie niet betaald wordt, kan de verzekeraar het contract opzeggen. Deze opzegging moet wel volgens de procedure gaan die in het contract is omschreven en in de wet is voorgeschreven.

De verzekering eindigt van rechtswege wanneer de verzekeringnemer overlijdt. Als er nog verzekerden zijn, kan op hun verzoek de verzekering wel voortgezet worden.

Als er sprake is van fraude, kan de verzekeraar het contract vernietigen. Men spreekt van fraude wanneer er opzettelijk informatie onjuist of niet meegedeeld wordt. Het gaat hier dan over informatie die invloed hebben op de beoordeling van het risico. Wanneer men bedriegt of een poging doet tot bedriegen, kan de verzekeraar de dekking weigeren. Wanneer een van deze zaken voorvallen kan de verzekeraar de premies behouden die vervallen zijn tot op het ogenblik dat hij kennis kreeg van de fraude.

Tot slot kan een verzekerd gezinslid die het contract verlaat, binnen de wettelijke beperkingen het contract individueel voortzetten. De verzekeraar en de verzekeringnemer moeten dan wel schriftelijk of elektronisch verwittigd worden. Dit moet allemaal op het tijdstip waarop het gezinslid de overeenkomst verlaat en naar zijn nieuwe verblijfplaats gaat.

- Vrijstellingen

De grootte van de franchise is afhankelijk van het contract dat de verzekeringnemer gekozen heeft. Deze worden wel uitdrukkelijk in de bijzondere voorwaarden van het contract vermeld. Bij KBC kan men kiezen tussen de volgende vrijstellingen: €0, €50, €100, €150, €200, €250, €300, €400, €500.

Deze vrijstelling geldt per schadegeval en niet per verzekeringsjaar. Wanneer een hospitalisatie dus over een periode van twee jaar is verspreid ten gevolge van één schadegeval, zal er maar één keer een franchise toegepast worden

- Verplichtingen:

- verzekerde:

De verzekerde is verplicht alle informatie die betrekking heeft op de bepaling van het risico zo eerlijk en volledig mogelijk mee te delen. Hier moet men denken aan de toestand waarin de verzekerden zich verkeren. Welke aandoening ze eventueel al hebben of ooit gehad hebben. Wanneer de verzekerde deze aandoeningen eerlijk meedeelt, zijn de gevolgen ervan verzekerd vanaf het derde jaar na aansluiting. Deze worden dan in de bijzondere voorwaarden van het contract vermeld.

Ook de woonplaats is belangrijk voor de verzekeraar. Zo zal elke verandering ervan ook altijd moeten meegedeeld worden.

De verzekerde is ook verplicht de voorgeschreven premie te betalen. Ook de taksen en de kosten die hierin verwerkt zijn moeten door de verzekeringnemer betaald worden. Wanneer de premie niet betaald wordt, kan dit gevolgen hebben voor uw verzekering.

Wanneer de eerste premie niet betaald wordt, vangt het contract niet aan. Als het één van de volgende premies betreft, wordt er een aangetekende brief opgestuurd door de verzekeraar. Dit zal gebeuren wanneer men binnen een periode van 30 dagen niet heeft betaald. De brief geldt dan als ingebrekestelling. Na deze 30 dagen, krijgt u nog eens 15 dagen de tijd om te betalen. Doet men dit niet, wordt het contract geschorst vanaf de 16^{de} dag. Bij betaling vangt het contract terug aan vanaf de dag die volgt op de volledige betaling. Als de premie na 15 dagen schorsing nog niet betaald wordt, wordt het contract opgezegd vanaf de dag die volgt op de laatste dag van de schorsing. Men heeft dan 60 dagen te laat betaald.

- Verzekeraar:

Wanneer alle voorwaarden voldaan zijn, wordt de verzekeraar gehouden aan een vergoeding per schadegeval. De premie moet betaald zijn en de wachttijd moet verlopen zijn. De verzekeraar zal dan vergoeden in geval van een schadegeval zoals besproken en vermeld in de verzekeringsovereenkomst.

Het saldo dat de verzekeraar vergoed is dat van het persoonlijke aandeel in de gewaarborgde kosten. Als de verzekerde deze vergoeding niet ontvangt of er om welke reden ook geen recht op heeft, dan vergoed de verzekeraar een fictieve tegemoetkoming. Deze is gelijk aan de wettelijke tegemoetkoming zoals die van de werknemers.

- Wat bij schade?

De aangifte zelf moet schriftelijk gebeuren en dit binnen de 15 dagen na het begin van het schadegeval. De aangifte moet zo volledig en eerlijk mogelijk ingevuld zijn. Alle bewijsstukken die verband houden met het schadegeval moeten zo snel mogelijk aan de verzekeraar overhandigd worden. Wanneer de aangifte te laat is gebeurd, betekent dit een vermindering van de vergoeding, of helemaal geen vergoeding. Alleen wanneer de verzekerde kan aantonen dat de overschrijding van de termijn de controlemogelijkheden niet heeft beperkt, wordt er dekking verleend voor de in het contract opgenomen waarborgen. Ook zal er dekking verleend worden wanneer de verzekerde kan aantonen dat de aangifte door overmacht te laat werd binnengebracht. Of wanneer hij kan aantonen dat hij onmogelijk de aangifte vroeger had kunnen indienen.

De verzekeraar betaaldt binnen de 30 dagen nadat het laatste document verkregen is de vergoeding aan de begunstigde. Als de verzekeraar twijfelt aan de juistheid van de aangifte, kan hij een medische controle laten uitvoeren door een arts die hij zelf mag aanstellen. Bij betwistingen kunnen de verzekeraar en de verzekerde elk een arts aanstellen om een medische controle uit te voeren. Wanneer zij niet tot een akkoord komen, wordt er een derde arts aangesteld. Deze wordt door de beide partijen samen gekozen of eventueel door de bevoegde rechtbank. Deze derde arts zal zich dan uitspreken over het geschil. De kosten voor de artsen zijn elk voor de partij die de arts heeft gekozen. De kosten van de eventueel derde arts, worden gedeeld onder de twee partijen.

Wanneer een ander persoon aansprakelijk gesteld kan worden, treed de verzekeraar in de rechten van de verzekerde, verzekeringnemer of begunstigde. Dit subrogatierecht wordt niet uitgeoefend tegen de verzekeringnemer, de verzekerde, de echtgenoot en de bloed- en aanverwanten tot de tweede graad. Ook wanneer het zijn gasten, inwonende gezinsleden of

huispersoneel betreft, oefent de verzekeraar dit recht niet uit. Als het echter over kwaad opzet gaat, kan de verzekeraar wel tegen bovenvernoemde personen dit recht uitoefenen. Verhaal kan men wel uitoefenen, ook tegen bovenvermelde personen. Dit ook enkel wanneer hun aansprakelijkheid door een verzekering is gedekt.

- Praktisch voorbeeld:

We nemen weer hetzelfde voorbeeld:

Een gezin met één kind. De man en de vrouw zijn respectievelijk 25 en 22 jaar. Het kind is 2 jaar.

De geboortedata zijn de volgende:

- Man: 16/04/1985
- Vrouw: 07/08/1987
- Zoon: 20/05/2008

We hebben ook nu weer gekozen voor een jaarpremie. De vrijstelling bij KBC hebben we op 100 euro gezet.

De volgende premies gelden voor het gezin:

	Man	Vrouw	Kind
Totale Jaarpremie	€ 265,76	€ 252,97	€ 93,35

Ook hier liggen de premies van de ouders weer heel dicht bij elkaar. De premie van het kind is nog steeds heel laag.

Dit komt wel omdat, net zoals bij Ethias, de premie van een 21 jarige fors naar boven getrokken wordt. Wanneer iemand 21 wordt, gaat de premie van 93,35 (standaard voor alle kinderen jonger dan 21) naar een forse 247,92 euro.

Bij KBC krijgen we nog korting omdat men met een heel gezin de verzekering aangaat.

De korting hier bedraagt 61,21 euro. Wanneer we dit van het geheel van 612,08 euro aftrekken, dan krijgen we een totale jaarpremie van 550,87 euro.

4.6 Christelijke Mutualiteit

- Waarborgen

Voor de waarborgen verleend door de CM, is er een maximum voorzien. Dit maximum bedraagt 13.000 euro per kalenderjaar. Wanneer er sprake is van ambulante kosten en ernstige ziekten, is er een extra tegemoetkoming voorzien. Deze bedraagt 7.000 euro per kalenderjaar.

Voor CM is de waarborg hospitalisatie wegens ziekte of ongeval, zwangerschap en bevalling van toepassing. De daghospitalisatie komt hier ook in aanmerking. Dit is wel op voorwaarde dat er een forfait wordt aangerekend. Het aangerekende forfait moet er maar één van de volgende zijn: het miniforfait, het maxiforfait, het forfait van de heelkundige dienst, forfait gipskamer, dagziekenhuisforfait groep 1 t/m 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3.

De kosten die worden vergoed, zijn de verblijfskosten. Er is een persoonlijk aandeel, en er is een forfait voor terugbetaalbare geneesmiddelen. Er zijn ook twee soorten kamersupplementen. De eerste is die voor een tweepersoonskamer. Hier bedraagt het forfait per dag het wettelijk toegelaten bedrag. Voor een kamersupplement voor een eenpersoonskamer, betaalt men maximum 40 euro per dag.

Ook de kosten van overnachting worden vergoed. Hier gaat het over een overnachting van één persoon bij de partner, het kind, of het familielid, en dit op dezelfde kamer. Het vergoedde bedrag is hier maximum 18,60 euro per dag.

Voor erelonen, geneesmiddelen, en andere kosten is er een persoonlijk aandeel voorzien. Dit aandeel is van alle prestaties en al het materiaal waarvoor een tegemoetkoming is voorzien in een ziekteverzekering.

Bij ereloonsupplementen zijn er enkele verschillende waarborgen. Wanneer men op een meerpersoonskamer verblijft, kan men een tegemoetkoming bekomen tot maximaal 100% boven het wettelijk tarief. Ook wanneer men in een tweepersoonskamer ligt kan er tot maximaal 100% uitgekeerd worden. Wanneer men op een eenpersoonskamer verblijft, kan men ook 100% terugbetaald krijgen. Maar hier is er een franchise die toegepast kan worden. (vrijstellingen: zie verder)

Er zijn ook heel wat forfaits die uitgekeerd kunnen worden. Enkele voorbeelden hiervan zijn: het forfait klinische biologie en het forfait medische wachtdienst.

Als de verzekerde een prothese of een orthopedisch toestel nodig heeft, is dit gewaarborgd. Maar alleen het allereerste toestel of de allereerste prothese.

Gemaakte kosten voor tandheelkundige verzorging en behandeling kunnen ook terugbetaald worden. Dit heeft wel als voorwaarde dat ze terugbetaald kunnen worden door de

ziekteverzekering en enkel wanneer ze het gevolg zijn van een ander gewaarborgd ongeval of ziekte.

Per hospitalisatie is het synthesemateriaal vergoedbaar tot maximaal 25 euro.

Enkele implantaten, en geneesmiddelen zijn gewaarborgd. De voorwaarde is hier ook weer dat ze terugbetaalbaar moeten zijn door de ziekteverzekering. Dit geldt ook voor gipsmateriaal.

Niet- terugbetaalbare geneesmiddelen kunnen teruggevorderd worden tot 75%. Het absolute maximumbedrag is hier wel gevestigd op 1.250 euro. Ook de volgens de ziekteverzekering niet- terugbetaalbare implantaten kunnen tot een maximum van 50% van de gefactureerde kosten teruggevorderd worden.

Ook de verblijfskosten van een donor wordt vergoed. Het donorschap moet wel medisch vereist zijn en men mag enkel voor de donatie laten hospitaliseren. Er mogen ook geen andere vergoedingen voorzien zijn om deze tegemoetkoming te kunnen bekomen.

Bij vruchtbaarheidsbehandelingen wordt een eenmalige vergoeding van maximum 500 euro uitbetaald. Dit bedrag geldt per aangeslotene.

Er wordt maximum 750 euro uitgekeerd bij een opname in A- of K- dienst van een psychiatrisch ziekenhuis. Deze vergoeding is per aangeslotene en per kalenderjaar.

Wanneer er aandoeningen bestonden bij het tijdstip van afsluiting, geldt een speciale regeling. Tijdens de eerste vijf jaar na aansluiting krijgt men een forfaitaire dagvergoeding van 20 euro voor de eerste 20 dagen en vanaf de 21^{ste} dag wordt dit 10 euro per dag. Wanneer men vijf jaar ononderbroken aangesloten bent, vervalt deze regel en wordt men ook voor deze voorafbestaande aandoeningen gewoon verzekerd.

Wanneer men zwanger is op het tijdstip van afsluiten, krijgt men enkel een vergoeding na de wachttijd. Dit wil zeggen dat wanneer men bevalt voordat de wachttijd van 3 maanden om is, men geen vergoeding krijgt. Wanneer men na deze drie maanden bevalt, krijgt men ook weer een dagvergoeding. Voor zwangerschappen die plaatsvinden na de aansluiting worden de kosten gewoon gedekt.

Bij behandelingen van zwaarlijvigheid zoals een borstverkleining, is er de eerste vijf jaar na aansluiting ook een forfaitaire dagvergoeding. Deze bedraagt maximum 20 euro per opnamedag. Als men vijf jaar ononderbroken aangesloten is, wordt er voor deze behandelingen een eenmalige vergoeding uitgekeerd. Deze uitkering bedraagt maximaal 500 euro per aangeslotene.

- Extra waarborgen

" pre- en posthospitalisatie "

Als er kosten zijn voor ambulante verzorging, betaalt het CM-Hospitaalplan deze voor een deel terug. De kosten voor onderzoeken, ook voorafgaande, worden in deze waarborg vergoed. Alle controleraadplegingen en de kosten van de revalidatie van de aangeslotene worden ook vergoed. De looptijd van deze waarborg is beperkt tot één maand voor de hospitalisatie en drie maanden erna. De voorwaarde is echter wel dat de kosten een rechtstreeks verband hebben met de reden van de ziekenhuisopname. Deze moet dan ook gewaarborgd zijn vooraleer er vergoed kan worden.

De kosten die worden terugbetaald zijn die van de raadplegingen, onderzoeken en behandelingen. Ze moeten uitgevoerd of voorgeschreven zijn door een arts en ze moeten gewaarborgd zijn door de ziekteverzekering. Ook de terugbetaalbare geneesmiddelen worden vergoed. Een prothese of een orthopedisch toestel wordt terugbetaald onder voorwaarde dat het het eerste is en dat het is geplaatst tijdens de hospitalisatie zelf. Implantaten, stoma- en incontinentiemateriaal, synthesemateriaal, en gipsmateriaal dat terugbetaalbaar is, is een kost die door de CM wordt gedragen.

Wanneer een herstelverblijf nodig is, kunnen de kosten hiervoor gedeeltelijk terugbetaald worden. Het gaat hier om de helft van het persoonlijk aandeel. Het verblijf moet dan in één van de drie volgende plaatsen: Ter duinen (Nieuwpoort), Hooionk (Zandhoven) of Domaine de Nivezé (Spa). Het verblijf moet gebeuren binnen de drie maanden na de hospitalisatie. Het verblijf moet ook een rechtstreeks verband hebben met de reden van hospitalisatie. De reden van hospitalisatie moet hier dan wel gewaarborgd zijn.

De terugbetaling is echter toch beperkt tot maximum 30 dagen per kalenderjaar.

" Ernstige ziekten "

Bij "Ernstige ziekten" betaalt de CM ook enkele kosten terug. Hiervoor is de ziekenhuisopname niet verplicht. De diagnose van één van de ziekten die onder deze categorie valt moet na de aansluitingsdatum gebeuren. Als dit het geval is, kunnen enkele kosten teruggevorderd worden. Hier zullen ook de raadplegingen, onderzoeken en behandelingen vergoed worden. De voorwaarde is ook weer dat ze voorgeschreven of uitgevoerd worden door een arts en ze moeten gewaarborgd zijn door de ziekteverzekering. De geneesmiddelen die terugbetaalbaar zijn, worden ook hier weer vergoed. Ook de regel die geldt voor de prothesen en orthopedische toestellen is hier weer van toepassing. Het moet dus de eerste zijn en ze moeten dus geplaatst worden tijdens de opname. Implantaten, stoma- en incontinentiemateriaal, synthesemateriaal, en gipsmateriaal dat terugbetaalbaar is, is ook nu weer een kost die door de CM wordt vergoed. Wanneer er medisch-technische hulpmiddelen gewenst zijn, worden deze enkel vergoed als ze gehuurd worden.

De volgende zware ziekten worden gewaarborgd:

- Kwaadaardige Tumoren (Bijvoorbeeld Kanker) - Hersentumoren
- Kwaadaardige Bloedziekten (Bijvoorbeeld Leukemie, Ziekte Van Hodgkin)
- Multiple Sclerose (Ms) - Amyotrofe Lateraalsclerose (ALS),
- Ziekte Van Parkinson - Meningitis
- Encefalitis - Poliomyelitis - Tuberculose
- Aids - Brucellose - Cholera
- Levercirrose - Hepatitis - Pokken
- Tetanus - Tyfus - Buiktyfus
- Difterie - Miltvuur - Sarcoïdose
- Diabetes Type I - Nieraandoeningen Met Noodzaak Tot Nierdialyse
- Mucoviscidose En Systeemsclerodermie Met Orgaanaantasting
- Ziekte Van Crohn - Colitis Ulcerosa

" thuisbevalling "

Bij de "thuisbevalling" zijn de medische kosten ook vergoed. Deze waarborg geldt ook vanaf één maand voor de thuisbevalling tot drie maanden erna. De ambulante kosten worden vergoed indien ze een rechtstreeks verband hebben met de thuisbevalling.

Ook hier zijn de kosten voor raadplegingen, onderzoeken en behandeling vergoed. Ook nu weer onder voorwaarde dat ze voorgeschreven of uitgevoerd zijn door een geneesheer. En enkel wanneer ze worden terugbetaald door de ziekteverzekering. Alle gebruikte geneesmiddelen die terugbetaalbaar zijn, worden vergoed door de CM. Tot slot is er ook nog een forfaitaire vergoeding van 100 euro. Deze krijgt men voor de kosten van medisch-technische hulpmiddelen.

" Bijstand "

Als de hospitalisatie voorvalt buiten België, dan wordt er rekening gehouden met de wettelijke Belgische tegemoetkomingen. Er moet wel een wettelijke terugbetaling zijn door België of door een voor dat land geldende sociale wetgeving. De uitkering zal echter nooit hoger zijn dan 500 euro per kalenderjaar.

- Uitsluitingen

Wanneer er kosten zijn voor esthetische zorgen of behandelingen, verjongingskuren of zorgen met een esthetisch oogmerk, worden deze niet vergoed door de CM. Ook preventieve opsporingsonderzoeken en kuurbehandelingen worden uitgesloten.

Wanneer men vrijwillig kiest voor een zwangerschapsonderbreking, kan men niet op de financiële steun van de CM rekenen.

Alle behandelingen en de gevolgen in verband met een borstvergroting of een geslachtsverandering, zijn niet gewaarborgd. Ook de kosten voor behandelingen en

geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk is bewezen, worden niet vergoed. Louter tandheelkundige zorgen en behandelingen worden nooit vergoed.

Wanneer er zich een schadegeval voordoet dat het gevolg is van eender welke soort oorlog of ramp, komt de CM niet tussen. Ook alle andere kosten ten gevolge van onlusten, oproer, politiek, weddenschappen, uitdagingen, enz. zijn niet gewaarborgd. Als men in staat van dronkenschap is of men stelt alcoholintoxicatie vast bij de aangeslotene, worden er geen kosten vergoed. Dit geldt ook voor het onder invloed zijn van verdovende middelen, narcotica, hallucinogenen of andere drugs. Ook de gevolgen van het innemen van geneesmiddelen zonder voorschrift zijn ten laste van de aangeslotene. Alle gevolgen van radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke brandstoffen of producten, worden niet gewaarborgd.

Net zoals de kosten door de beoefening van een sport als beroepsactiviteit, trainingen inbegrepen, zijn de kosten van enkele gevaarlijke sporten uitgesloten. De uitgesloten sporten zijn:

- alpinisme;
- bobsleeën;
- diepzeeduiken;
- horse-ball; i
- rafting;
- acrobatisch skiën,
- speleologie;
- vechtsporten;
- racen (motor, wagen, buitenboordmotor)
- basejumper;
- canyoning;
- down-hill;
- ijsklimmen;
- rodelen;
- skiën buiten piste,
- ULM;
- zweefvliegen.
- bergbeklimmen;
- deltavliegen;
- elastiekspringen;
- paragliding, parasailing, parapente;
- schansspringen;
- snowboard buiten piste;
- valschermspringen;

Kosten gemaakt voor prestaties die niet noodzakelijk zijn voor de aandoening en waarvoor de ziekteverzekering niet tussenkomt, zijn absoluut uitgesloten. Wanneer men een medische behandeling laat uitvoeren in het buitenland waarvoor geen toestemming is gegeven door de adviserende arts van het ziekenhuis, zijn de kosten geheel ter eigen rekening. Omgekeerd geldt hetzelfde. Personen die een medische behandeling ondergaan in België die geen recht hebben op een wettelijke terugbetaling ten laste van de Belgische verplichte verzekering, moeten de kosten zelf dragen. Ook de kosten voor behandelingen in België waarvoor geen toestemming is gegeven, komen ten laste van de aangeslotene. Er zijn ook enkele kosten die niet mogen aangerekend worden via de Belgische wet- en regelgeving. Deze kosten kunnen dan ook nooit vergoed worden door de CM.

Wanneer men in het algemeen kosten heeft die niet door de ziekteverzekering worden terugbetaald, zal ook de CM niet tussenkomen. Voor prothesen en orthopedische toestellen worden de kosten voor onderhoud, herstelling en vervanging niet vergoed. Voor kinderen wordt dit wel vergoed.

De kosten van drank en telefoon die verband houden met de hospitalisatie, zijn uitgesloten. Wanneer men medisch-technische hulpmiddelen moet huren of aankopen in verband met het schadeval, zijn de kosten voor de aangeslotene.

Tot slot is ook het vervoer van de zieke niet gewaarborgd. Er is echter wel een tegemoetkoming waarvan men kan genieten als aangeslotene. Deze tegemoetkoming komt dan van het CM-dienstenpakket.

Voor een hospitalisatie met als reden een vooraf bestaande aandoening, komt de CM niet tussen voor de kosten van pre- en posthospitalisatie. Ook wanneer de aangeslotene een borstverkleining of een behandeling voor zwaarlijvigheid ondergaat. Deze uitsluitingen gelden enkel tijdens de eerste vijf jaar van de aansluiting. Daarna worden de kosten normaal vergoed. Bij daghospitalisatie geldt dezelfde beperking van vijf jaar. Dit geldt wel enkel voor dagopnames waarvoor een forfait wordt aangerekend van het type: dagziekenhuisforfait groep 1, 5 of 6; forfait chronische pijn 1, 2 of 3; miniforfait of een forfait gipskamer.

De vervoerskosten zijn altijd uitgesloten, net zoals alle andere kosten die niet gewaarborgd zijn door de ziekteverzekering.

- Wie is verzekerd?

Wanneer men lid is van een CM-ziekenfonds in Vlaanderen, kan men aansluiten bij het CM-Hospitaalplan. Men moet wel aansluiten voordat men 66 jaar wordt. Ten laatste één maand voor de 66^{ste} verjaardag moet de aansluiting in orde gebracht worden.

Als men de leeftijd van 66 jaar heeft overschreden is er nog één mogelijkheid om aan te sluiten. Dit gaat enkel wanneer men overstapt van een ander ziekenfonds. En wanneer men daar ononderbroken was aangesloten bij een gelijkaardige kostendekkende dienst.

Personen ten laste worden automatisch meegenomen in de aansluiting. Er bestaan twee uitzonderingen op deze regel. De eerste is wanneer er een echtscheiding plaatsvindt. De tweede is wanneer de personen ten laste ofwel niet voldoen aan de voorwaarden, ofwel al aangesloten zijn bij een ander ziekenfonds, een andere gelijkaardige verzekering.

Pasgeborenen kunnen onmiddellijk na de geboorte aangesloten worden. De wachttijd is hier niet van toepassing. De voorwaarde hiervoor is dan wel dan de pasgeborene ten laste komt van de aangeslotene. En dat die persoon al negen maanden ononderbroken aangesloten is.

- Vanaf wanneer is men verzekerd?

Op de eerste dag van de maand volgend op die van het onderschrijven, gaat uw aansluiting in. Vanaf deze datum is er dan een effectieve wachttijd voorzien die standaard drie maanden zal duren. Voor vruchtbaarheidsbehandelingen duurt deze wachttijd negen maanden. Nadat de wachttijd verstreken is, krijgt men recht op vergoeding door het CM-Hospitaalplan.

Enkele uitzonderingen in verband met de wachttijd: Wanneer het schadegeval een ongeval is of een acute infectieziekte, dan zal er geen wachttijd toegepast worden. Ook wanneer men overstapt van de ene naar de andere mutualiteit. De wachttijd wordt dan verminderd met de duur van de ononderbroken aansluiting bij de andere dienst. De voorwaarde is wel dat de vorige aansluiting er één was met een gelijkwaardige commerciële verzekering of een gelijkaardige mutualistische dienst. Bij overschakeling valt de wachttijd van negen maanden voor vruchtbaarheidsbehandelingen nooit weg.

Bij overschakeling van een andere commerciële verzekering of mutualistische dienst geldt dan weer een speciale regeling. Dan wordt deze periode van negen maanden verminderd met de duurtijd van de ononderbroken aansluiting bij de andere verzekering of dienst.

- Looptijd en opzegging

Wanneer men zich aansluit bij een ziekenfonds, kan men de ziekteverzekering afsluiten. Deze verzekering kan levenslang blijven lopen. Er is geen einddatum opgesteld. Men moet wel elk jaar de premies betalen, anders komt de CM niet meer tussen. Men kan de ziekteverzekering altijd stopzetten. Men hoeft niet naar vervaldata te kijken. Als men gaat melden dat men de verzekering wil stopzetten, dan wordt dit in orde gebracht. Ten laatste de maand na de opzegging wordt het contract verbroken.

Er zijn drie gevallen waarmee de aansluiting tot het ziekenfonds automatisch stopt. De meest voor de hand liggende is het overlijden van de aangeslotene. Wanneer de persoon overleden is, heeft hij geen ziekteverzekering meer nodig.

Wanneer men geen CM-lid meer is in Vlaanderen, kan men ook geen ziekteverzekering meer afsluiten. De bestaande ziekteverzekering zal dan ook stopgezet worden. Tot slot wordt de ziekteverzekering stopgezet wanneer een persoon ten laste een gerechtigde wordt.

De CM kan de ziekteverzekering maar onder enkele voorwaarden beëindigen.

- Wanneer de premie niet betaald wordt door de aangeslotene, kan de CM de ziekteverzekering zonder moeite opzeggen.
- Wanneer de aangeslotene opzettelijk morele of financiële schade toebrengt ten nadele van de CM, hebben zij het recht de verzekering op te zeggen.

- Tot slot kan de CM de ziekteverzekering opzeggen wanneer de aangeslotene bedrog, of een poging tot bedrog pleegt. De aangeslotene wordt dan onmiddellijk uit de ziekteverzekering geschrapt.

- Vrijstellingen

De ziekteverzekering van de CM past normaal geen franchise toe. Alleen in het buitenland en bij een eenpersoonskamer wordt er een vaste vrijstelling toegepast.

Wanneer men als aangeslotene expliciet kiest voor een eenpersoonskamer, dan is er een vrijstelling van 175 euro. Deze vrijstelling geldt voor de tegemoetkomingen van de honorariasupplementen. De keuze van de eenpersoonskamer moet wel bij de aangeslotene liggen. Wanneer er in het ziekenhuis geen andere kamer meer vrij was, of het is medisch noodzakelijk dat men in een eenpersoonskamer ligt, dan geldt deze franchise niet.

De franchise wordt per verzekerde en per schadegeval toegepast. Er is wel een absoluut maximum gesteld, namelijk de franchise zal maximum 350 euro per verzekeringsjaar zijn.

Bij hospitalisatie in het buitenland wordt er ook altijd gebruik gemaakt van een vrijstelling. Deze bedraagt 60 euro. Ook deze franchise is per verzekerde en per schadegeval.

- Waar is men verzekerd?

De waarborgen gelden over de hele wereld. Vanaf de eerste dag van de hospitalisatie in het buitenland wordt de bijstand gegarandeerd. Deze waarborg is beperkt in tijd. Hij loopt tot maximum drie maanden na de eerste dag van de hospitalisatie.

De reden van het verblijf in het buitenland moet wel louter recreatief zijn. Studenten die in het buitenland verblijven zijn evenwel ook gewaarborgd.

Er is wel een maximum bedrag dat gewaarborgd wordt voor hospitalisaties in het buitenland. Dit maximum bedraagt 500 euro.

- verplichtingen

- Aangeslotene:

Eerst en vooral moet men aangesloten zijn bij de CM. Eerder kan men niet van de vergoedingen genieten. Men kan zich aansluiten door een standaardformulier in te vullen en dit naar de dienst in kwestie te sturen. Op het formulier dient men zijn persoonlijke gegevens en gezinssituatie te vermelden. Wanneer het formulier bij de CM is aangekomen, maken zij de nodige voorbereidingen voor de aansluiting. Zij zullen dan terug contact opnemen. Wanneer

de procedure is afgerond, moet men de premie betalen die werd uitgerekend. Vanaf dan is men aangesloten bij het ziekenfonds.

Men is wel verplicht om alles zo volledig en zo correct mogelijk in te vullen. Wanneer men dit niet doet, kan CM de dekking schorsen.

- o CM:

Zij verwerken de aanvraag die de verzekerde heeft gestuurd. Zij zorgen dat alles in orde gebracht wordt en dat men de personen kan aansluiten. Wanneer men eenmaal aangesloten is, heeft de CM de verplichting om de hospitalisatiekosten te vergoeden. Zij moeten enkel vergoeden wat in het contract omschreven staat. Wanneer er betwisting bestaat over de correctheid van de aangifte, kan men eventueel de dekking weigeren.

- Wat bij schade?

Men heeft vrije keuze van ziekenhuis. Deze keuze vervalt wanneer men met de dienst 100 moet vervoerd worden.

Bij de opname moet het ziekenhuis een opnameverklaring voorleggen. Hier moet men de tarief- en kamerkeuze aanduiden. Het is belangrijk voor zichzelf om deze verklaringen goed te lezen alvorens ze te ondertekenen. Er staat heel wat belangrijke informatie op dit document. Wanneer men opgenomen wordt, kan men een voorschot vragen. Het maximumbedrag van dat voorschot is afhankelijk van het statuut en het kamertype dat men kiest. Als men het voorschot niet kan betalen, mag er toch nooit een gemeenschappelijke kamer geweigerd worden.

De duur van het verblijf in het ziekenhuis wordt door de behandelende arts beslist. Men kan echter niemand verplichten om in het ziekenhuis te blijven. Wanneer men het ziekenhuis wilt verlaten tegen het advies van de geneesheer in, moet men een document tekenen. Dit document verklaart dat men het ziekenhuis op eigen risico verlaat.

Het is heel belangrijk dat alle documenten correct en volledig ingevuld zijn. Men kan dus best niet vergeten om een getuigschrift voor de werknemer te laten invullen, of de aangifte van arbeidsongeschiktheid.

De ziekenhuisfactuur zal ongeveer twee maanden na het ontslag uit het ziekenhuis opgestuurd worden. Deze factuur is opgedeeld in de verschillende rubrieken: Verblijfskosten, geneesmiddelen en implantaten, honoraria, andere leveringen en diverse kosten.

Voor de ereloonsupplementen, de kamersupplementen, het dringend ziekenvervoer en de spoeddienst, zijn specifieke regelingen geldig.

- Praktisch voorbeeld

De bijdrage wordt bepaald door de leeftijd op de datum van aansluiting. Nadien zijn de leeftijd bij aansluiting en de leeftijd op 31 december voorafgaand aan het jaar waarvoor de bijlage verschuldigd is bepalend.

Vanaf 1 januari 2010 tellen de volgende bijdragen. De taksen en dossierkosten zijn inbegrepen.

Jaarbijdrage bij aansluiting voor de leeftijd van 60 jaar	
0 tot en met 24 jaar	€ 39,84
25 tot en met 49 jaar	€ 92,04
50 tot en met 59 jaar	€ 104,52
60 tot en met 69 jaar	€ 179,16
Vanaf 70 jaar	€ 265,80

Vanaf de vierde aangesloten persoon ten laste bedraagt de bijdrage € 19,92 per jaar.

Jaarbijdrage bij aansluiting na de leeftijd van 60 jaar	
60 tot en met 69 jaar	€ 228,60
Vanaf 70 jaar	€ 319,08

Wanneer men de leeftijd van 66 jaar hebt overschreden, kan men enkel nog aansluiten indien men overstapt van aan ander ziekenfonds. Enkel wanneer men daar al een gelijkaardige verzekering had geldt deze regeling.

We nemen ook nu weer hetzelfde voorbeeld:

Een gezin met één kind. De man en de vrouw zijn respectievelijk 25 en 22 jaar. Het kind is 2 jaar.

De geboortedata zijn de volgende:

- Man: 16/04/1985
- Vrouw: 07/08/1987
- Zoon: 20/05/2008

De premies zijn ook nu weer per jaar betaalbaar. De franchise kunnen we ook nu weer niet kiezen, net zoals bij Ethias. Deze bedraagt 175 euro wanneer men kiest voor een eenpersoonskamer. Het maximum dat men per jaar aan vrijstellingen aanrekent is 350 euro. De franchise voor een buitenlandse hospitalisatie bedraagt 60 euro. De franchises zijn per verzekeringsgeval.

De premies voor het gezin zijn de volgende:

	Man	Vrouw	Kind
Totale jaarpremie	€ 92,04	€ 39,84	€ 39,84

Wat bij CM opvalt is dat men niet de premies per leeftijd berekend. Men werkt hier met leeftijdscategorieën. Daarom is de premie van de man hoger en die van de vrouw en het kind gelijk. De vrouw en het kind zitten in dezelfde leeftijdscategorie.

De totale jaarpremie voor het gezin bedraagt 171,72 euro.

De premies bij CM zijn heel laag in vergelijking met die van de andere verzekeringsmaatschappijen. Dit komt omdat men bij CM maar een maximum uitkeert van 13.000 euro per jaar (7.000 euro extra bij zware ziekten). Bij de andere maatschappijen staat er geen beperking op de vergoedingen, mits enkele uitzonderingen.

5 Vergelijking

Fortis AG

Mercator

Ethias

Kenmerken:

<u>Wie is verzekerd?</u>	<p>Iedereen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tot 69 jaar - Woon -en verblijfplaats in België - aangesloten bij Belgische mutualiteit 	<p>Iedereen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tot 65 jaar - Woon -en verblijfplaats in België - aangesloten bij Belgische mutualiteit 	<p>Iedereen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tot 65 jaar - Woon -en verblijfplaats in België - aangesloten bij Belgische mutualiteit
<u>Formaliteiten</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Premie betalen - Informatie doorgeven <p>Vooraf bestaande aandoeningen kunnen uitgesloten worden</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Premie betalen - Informatie doorgeven <p>Vooraf bestaande aandoeningen kunnen uitgesloten worden</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Premie betalen - Informatie doorgeven <p>Vooraf bestaande aandoeningen kunnen uitgesloten worden</p>
<p><u>Wachttijden:</u> → Ziekte:</p> <p>→ Ongeval:</p> <p>→ Zwangerschap</p>	<ul style="list-style-type: none"> - geen - geen - 9 maanden (24 maanden indien de vrouw als enige verzekerd is) 	<ul style="list-style-type: none"> - geen - geen - 9 maanden 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 maanden (behalve indien acuut of besmettelijk) - geen - zwangerschap na aanvang contract begonnen

<u>Vrijstelling</u>	Men kan kiezen tussen verschillende vrijstellingen tussen de € 0 en de € 500.	Men kan kiezen tussen verschillende vrijstellingen tussen de € 0 en de € 500.	125 euro bij overnachting in een tweepersoonskamer 250 euro bij overnachting in een eenpersoonskamer
---------------------	---	---	---

Waar is men verzekerd

Wereldwijd

Wereldwijd

Wereldwijd

Wat bij schade?

Aangifteformulier invullen

Aangifteformulier invullen

Aangifteformulier invullen

Waarborgen:

Hospitalisatie:

- Verblijf
- Geneesmiddelen
- Prothesen e.d.
- rooming-in
- orgaandonor
- palliatieve zorgen
- mortuariumkosten
- transport
- psychische zaken
- thuisbevalling

- Verblijf
- Geneesmiddelen
- Prothesen e.d.
- rooming-in
- orgaandonor
- palliatieve zorgen
- mortuariumkosten
- transport
- psychische zaken
- thuisbevalling

- Verblijf
- Geneesmiddelen
- Prothesen e.d.
- rooming-in
- orgaandonor
- palliatieve zorgen
- mortuariumkosten
- transport
- psychische zaken
- thuisbevalling

Pré- en post:

- 30 dagen voor
- 90 dagen na
- medische en paramedische prestaties
- alternatieve geneeskunde
- medische hulpmiddelen

- 60 dagen voor
- 180 dagen na
- medische en paramedische prestaties
- alternatieve geneeskunde
- medische hulpmiddelen

- 60 dagen voor
- 180 dagen na
- medische en paramedische prestaties
- alternatieve geneeskunde
- medische hulpmiddelen

Zware ziekten:

- 30
- geen vrijstelling
- geen plafond

- 27
- geen vrijstelling
- geen plafond

- 28
- geen vrijstelling
- geen plafond

Bijstand en Buitenland:

- bijstand
- plaatselijk vervoer
- verzending geneesmiddelen en prothesen
- bezoek familielid
- repatriëring (ook andere verzekerden)
- repatriëring stoffelijk overschot

- bijstand
- plaatselijk vervoer
- verzending geneesmiddelen en prothesen
- bezoek familielid
- repatriëring (ook andere verzekerden)
- repatriëring stoffelijk overschot

- geen bijstand
- plaatselijk vervoer
- verzending geneesmiddelen en prothesen
- bezoek familielid
- repatriëring (ook andere verzekerden)
- repatriëring stoffelijk overschot

Uitsluitingen:

- tandbehandelingen
- revalidatie
- experimentele wetenschap
- esthetische behandelingen
- vruchtbaarheidsbehandelingen
- kuren
- borstreconstructies
- bariatrische chirurgie
- opzet
- oorlog en misdaden
- onder invloed

- tandbehandelingen
- esthetische behandelingen
- vruchtbaarheidsbehandelingen
- kuren
- borstreconstructies
- opzet
- oorlog en misdaden
- onder invloed
- stralingen en radioactiviteit
- ingrepen voor zwaarlijvigheid
- geslachtsveranderingen
- alle andere dan in het contract
vermelde waarborgen

- tandbehandelingen
- esthetische behandelingen
- vruchtbaarheidsbehandelingen
- kuren
- opzet
- oorlog en misdaden
- onder invloed
- brillen en contactlenzen
- stralingen en radioactiviteit
- vluchten (beroepshalve)
- professionele sporten
- gevaarlijke sporten

Tarief:

€ 751,55

€ 621,49

€ 724,91

DKV

KBC

Christelijke Mutualiteit

Kenmerken:

<u>Wie is verzekerd?</u>	Iedereen: - Tot 69 jaar - Woon -en verblijfplaats in België - aangesloten bij Belgische mutualiteit	Iedereen: - Tot 65 jaar - Woon -en verblijfplaats in België - aangesloten bij Belgische mutualiteit	Iedereen: - Tot 65 jaar - Woon -en verblijfplaats in België - aangesloten bij Belgische mutualiteit
<u>Formaliteiten</u>	- Premie betalen - Informatie doorgeven Vooraf bestaande aandoeningen kunnen uitgesloten worden	- Premie betalen - Informatie doorgeven Vooraf bestaande aandoeningen kunnen uitgesloten worden	- Premie betalen - Informatie doorgeven Vooraf bestaande aandoeningen kunnen uitgesloten worden
<u>Wachttijden:</u> → Ziekte → Ongeval → Zwangerschap	- geen - geen - geen	- 3 maanden (behalve indien acuut of besmettelijk) - geen - 9 maanden (24 indien de vrouw als enige verzekerd is)	- 3 maanden (behalve indien acute infectieziekten) - geen - 3 maanden

De Hospitalisatieverzekering

<u>Vrijstelling</u>	Keuze tussen: 0, 125, 250 of 500 euro Geen vrijstelling bij zware ziekten	Keuze tussen: 0, 50, 100, 150, 200, 250, 300, 400 of 500 euro	Bij keuze eenpersoonskamer: 175 euro per schadegeval Opname in het buitenland: 60 euro per schadegeval Maximum 350 euro per verzekeringsjaar
---------------------	--	---	--

Waar is men verzekerd

Wereldwijd

Wereldwijd

Wereldwijd

Wat bij schade?

Aangifteformulier invullen

Aangifteformulier invullen

Aangifteformulier invullen

Waarborgen:

Hospitalisatie:

- Verblijf
- Geneesmiddelen
- Prothesen e.d.
- rooming-in
- orgaandonor
- palliatieve zorgen
- mortuariumkosten
- transport
- psychische zaken

- Verblijf
- Geneesmiddelen
- Prothesen e.d.
- rooming-in
- orgaandonor
- palliatieve zorgen
- mortuariumkosten
- transport
- psychische zaken

- Verblijf
- Geneesmiddelen
- rooming-in
- orgaandonor
- palliatieve zorgen
- mortuariumkosten
- transport
- psychische zaken
- thuisbevallig

	- thuisbevalling	- thuisbevalling	
	- 30 dagen voor	- 60 dagen voor	- 30 dagen voor
	- 90 dagen na	- 180 dagen na	- 90 dagen na
<u>Pré- en post:</u>	- medische en paramedische prestaties	- medische en paramedische prestaties	- medische en paramedische prestaties
	- alternatieve geneeskunde	- alternatieve geneeskunde	- alternatieve geneeskunde
	- medische hulpmiddelen	- medische hulpmiddelen	- medische hulpmiddelen
	- 27	- 29	- 27
<u>Zware ziekten:</u>	- geen vrijstelling	- geen vrijstelling	- geen vrijstelling
	- geen plafond	- geen plafond	- geen plafond
	- bijstand	- bijstand	- alle waarborgen die in binnenland gelden
	- plaatselijk vervoer	- plaatselijk vervoer	- maximum 500 euro
	- verzending geneesmiddelen en prothesen	- verzending geneesmiddelen en prothesen	
<u>Bijstand en Buitenland:</u>	- bezoek familielid	- bezoek familielid	
	- repatriëring (ook andere verzekerden)	- repatriëring (ook andere verzekerden)	
	- repatriëring stoffelijk overschot	- repatriëring stoffelijk overschot	

De Hospitalisatieverzekering

Uitsluitingen:

- tandbehandelingen
- esthetische behandelingen
- vruchtbaarheidsbehandelingen
- kuren
- opzet
- oorlog en misdaden
- onder invloed
- poging tot zelfmoord
- niet vastgestelde letsels
- individuele erelonen

- tandbehandelingen
- esthetische behandelingen
- vruchtbaarheidsbehandelingen
- kuren
- opzet
- oorlog en misdaden
- onder invloed
- stralingen en radioactiviteit
- vluchten (beroepshalve)
- professionele sporten
- bezigheidstherapie
- poging tot zelfmoord
- onderhoud, herstelling, vervanging
prothesen

- tandbehandelingen
- esthetische behandelingen
- vruchtbaarheidsbehandelingen
- kuren
- opzet
- oorlog en misdaden
- onder invloed
- stralingen en radioactiviteit
- professionele sporten
- gevaarlijke sporten
- geslachtsverandering
- medische-technische
hulpmiddelen
- vervoer

Tarief:

€ 588,48

€ 550,87

€ 171,72

Wanneer we nu gaan kijken naar de verschillende maatschappijen, zien we heel wat gelijkenissen, maar ook wel wat verschillen.

De personen die verzekerd zijn moeten aan enkele voorwaarden voldoen. Deze zijn bij alle maatschappijen gelijk. Het enige verschil is de maximum aansluitingsleeftijd. Deze is bij enkele maatschappijen 65 jaar en bij de anderen 69 jaar. Een andere maximum aansluitingsleeftijd is er echter niet, dus men kan bijna zeggen dat de aansluitingsvoorwaarden overal hetzelfde zijn.

De verplichtingen van de verzekeringnemer en de verzekerden zijn overal hetzelfde. Ten eerste moeten zij de vooropgestelde premie elk jaar betalen. Gebeurt dit niet, wordt de verzekering geschorst.

Ten tweede moeten zij alle informatie met betrekking tot hun gezondheid en de schadegevallen altijd zo volledig en correct mogelijk doorgeven. Wanneer zij dit niet doen, opzettelijk of niet, kan dit gevolgen hebben voor het contract of voor de vergoedingen.

De verplichtingen van de maatschappij is ook overal hetzelfde. Zij moeten de geleden schade vergoeden wanneer deze onder de waarborgen valt van het contract.

De wachttijden verschillen wel een beetje tussen de verschillende maatschappijen. Er zijn echter maar 3 wachttijden die gehanteerd worden voor de gewaarborgde schadegevallen: geen, drie maanden of negen maanden.

Bij een ongeval wordt er nooit een wachttijd toegepast.

Bij ziektes wordt de wachttijd van drie maanden soms wel toegepast. Bij AG Insurance, Mercator en DKV wordt er nooit een wachttijd toegepast bij ziekten. Bij Ethias, KBC en CM wordt een wachttijd van drie maanden toegepast. Deze wachttijd geldt echter niet wanneer het gaat over acute of besmettelijke ziekten.

De zwangerschappen zijn ook onderworpen aan de wachttijd. Bij AG Insurance, Mercator en KBC is de wachttijd voor een zwangerschap negen maanden. Bij CM geldt er een wachttijd van drie maanden. Bij Ethias wordt er niet echt een wachttijd toegepast. Hier gaat men wel enkel de zwangerschappen waarborgen die beginnen nadat het contract is aangevangen. Bij DKV is er nooit een wachttijd.

De vrijstellingen zijn ook uiteenlopend. Meestal kan men bij een verzekering kiezen hoeveel de vrijstelling bedraagt. Dit is bij de hospitalisatieverzekering niet altijd het geval. Bij AG Insurance, Mercator, DKV en KBC kan men kiezen voor een vrijstelling die tussen de € 0 en de € 500 ligt. Bij Ethias en CM zijn er vaste vrijstellingen opgenomen in het contract. Bij Ethias bedragen deze: € 125 voor een overnachting in een

tweepersoonskamer en € 250 voor een overnachting in een eenpersoonskamer. Bij CM bestaat er een vaste vrijstelling voor een overnachting in een eenpersoonskamer. Deze bedraagt € 175. Bij een opname in het buitenland wordt er een vrijstelling toegepast van € 60. De maximale vrijstelling die per jaar wordt toegepast bedraagt € 350.

Bij schade is de procedure ook altijd hetzelfde. De schade moet zo volledig mogelijk en zo juist mogelijk doorgegeven worden aan de maatschappij. De aangifte moet ook zo snel mogelijk gebeuren. Alle maatschappijen hebben een aangifteformulier. Dit formulier moet ingevuld worden wanneer men gehospitaliseerd wordt. Door middel van dit document kan het schadegeval dan worden aangegeven.

Wanneer we dan naar de waarborgen gaan kijken, zien we dat bij elke maatschappij dezelfde waarborgen terugkomen. De "hospitalisatie", de "pre- en postperiode", de "zware ziekten" en de "bijstand en opname in het buitenland".

"Hospitalisatie"

Bij deze waarborg worden bijna overal dezelfde kosten vergoed. De kosten die altijd vergoed worden zijn: het verblijf, de geneesmiddelen, de rooming-in, de orgaandonor, de palliatieve zorgen, het transport, de psychische zaken en de thuisbevalling. Dit zijn de standaardkosten die elke maatschappij terugbetaald. De voorwaarden voor de vergoeding is echter niet overal hetzelfde. Zo zal de orgaandonor bij DKV altijd vergoed worden voor de kosten van het verblijf en de medische ingrepen. Bij KBC daarentegen, worden de kosten voor de donor enkel vergoed wanneer het gaat over een bloedverwant of een partner. De prothesen worden bij de maatschappijen ook vergoed. CM vergoed deze echter niet.

"Pre- en postperioden"

Deze perioden kunnen ook verschillen. Er zijn twee verschillende pre- en postperiodes. Bij AG Insurance, DKV en CM zien we een periode van 30 dagen voor de hospitalisatie en een periode van 90 na de hospitalisatie.

Bij de andere drie maatschappijen, Mercator, Ethias en KBC zien we een periode van 60 dagen voor de hospitalisatie en 180 dagen erna. Dit is het dubbele van de anderen. Bij AG Insurance kan men echter met het afsluiten van een extra waarborg deze periodes verlengen tot 60 dagen voor de hospitalisatie en 180 dagen erna.

Tijdens deze periodes worden de kosten gedekt van de medische en paramedische prestaties, die van de alternatieve geneeskunde en die van de medische hulpmiddelen.

“Zware ziekten”

Bij de zware ziekten ziet men ook weer heel wat gelijkenissen. De meeste van de zware ziekten zijn overal gewaarborgd, er zijn er maar enkelen die bij de ene maatschappij wel en bij de andere maatschappij niet worden verzekerd. Het aantal zware ziekten dat men per maatschappij verzekerd varieert tussen de 27 en de 30. Bij Mercator, DKV en CM zijn er 27 ziekten verzekerd. Bij Ethias zijn er dat 28, bij KBC 29 en bij AG Insurance zijn het er 30. Bij het vergoeden van de kosten voor zware ziekten wordt bij geen enkele maatschappij een vrijstelling of een plafond toegepast. De uitzondering hierbij is CM, zij vergoeden een maximum van 13.000 euro per jaar met een extra 7.000 wanneer men te maken heeft met zware ziekten.

“Bijstand en buitenland”

De hospitalisatieverzekering is bij alle maatschappijen wereldwijd geldig. Maar het zijn nu ook weer de voorwaarden die het verschil maken.

Alle maatschappijen behalve Ethias en CM geven bijstand. Dit vind ik een heel belangrijke waarborg. Maar men merkt toch dat niet iedere maatschappij dit waarborgt. Alle andere waarborgen zoals: het plaatselijk vervoer, het verzenden van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, het bezoek van een familielid en de repatriëring zijn bij alle maatschappijen verzekerd. De verschillen binnen deze waarborgen zijn de maxima die worden uitgekeerd en de voorwaarden die moeten worden voldaan om een uitkering te krijgen.

Bij CM merk ik wel op dat zij in het buitenland alle schadegevallen verzekeren. De waarborgen die gelden zijn dezelfde als die van het binnenland. De maximum uitkering bedraagt echter maar € 500.

Tot slot zijn er de uitsluitingen. Deze komen ook overeen tussen de verschillende maatschappijen.

De tandbehandelingen, esthetische behandelingen, vruchtbaarheidsbehandelingen, kuren, opzet, oorlog en misdaden, en de schadegevallen onder invloed zijn altijd uitgesloten. Bij elke maatschappij die de verzekering uitgeeft zijn deze kosten uitgesloten.

Per maatschappij zijn er dan nog enkele waarborgen die extra uitgesloten zijn. Het zijn deze uitsluitingen die de maatschappij typeert. Deze extra uitsluitingen kunnen te maken hebben met stralingen, experimentele wetenschap, individuele erelonen, gevaarlijke sporten, bezigheidstherapie en nog veel meer.

Voor de prijzen heb ik telkens hetzelfde gezin genomen. Ik heb ook geprobeerd om de vrijstelling (wanneer ik deze kon kiezen) altijd zo dicht mogelijk bij de € 100 te houden. Ik heb altijd voor een premie gekozen die jaarlijks moest betaald worden.

De tarieven die ik bekomen heb zijn allemaal voor dezelfde waarborgen. Ik heb alle mogelijke waarborgen die de maatschappij aanbiedt in het contract opgenomen. Zo zijn de tarieven goed vergelijkbaar.

De prijzen liggen tussen de 550 en de 750 euro voor de verzekeringsmaatschappijen. De CM is veruit de goedkoopste met een jaarpremie voor een gezin met één kind van €171,72.

Van de verzekeringsmaatschappijen is KBC de goedkoopste met een jaarpremie van €550,87. DKV ligt met een premie van € 588,48 maar een kleine 40 euro hoger dan KBC. Mercator volgt dan met nog eens ongeveer 40 euro meer op € 621,49. De twee duurste maatschappijen zijn AG Insurance en Ethias met een jaarpremie van respectievelijk €751,55 en € 724,91.

6 **Samenvatting**

Eerst heb ik de hospitalisatieverzekering in het kort toegelicht. Deze toelichting is heel algemeen en geldt voor elke hospitalisatieverzekering.

Voor elk van de verzekeraars heb ik volgende delen in detail besproken:

- Waarborgen
- Extra waarborgen
- Uitsluitingen
- Wie is verzekerd?
- Vanaf wanneer is men verzekerd?
- Looptijd en Opzegging
- Vrijstellingen
- Verplichtingen:
 - o Voor de verzekerde
 - o Voor de verzekeringsnemer
- Wat bij schade?
- Praktisch voorbeeld

Na de bespreking van de verschillende maatschappijen, ben ik gaan vergelijken. Welke delen komen overeen tussen de verschillende maatschappijen en welke delen zijn helemaal verschillend.

Voor elk van de maatschappijen heb ik een offerte laten maken voor een jong gezin. Zo kreeg ik een beter beeld over de concurrerende maatschappijen. Want het is meestal niet alleen de goedkoopste maatschappij die de meeste verzekeringen verkoopt.

Tot slot heb ik alle gegevens nog eens nagekeken om zo mijn eigen mening te kunnen vormen. Welke maatschappij waardeert ik het meest. De verhouding prijs en waarborgen zijn hiervoor gebruikt, maar ook mijn eigen waarden. Ik vind het belangrijk om een verzekering af te sluiten die niet te duur is, maar toch genoeg waarborgen heeft. De service van de maatschappij is voor mij ook belangrijk, maar die heb ik natuurlijk niet kunnen vergelijken.

7 Eigen mening

Wanneer ik ga kijken naar de verschillende maatschappijen, vind ik het heel moeilijk om de beste te kiezen.

De dingen waar ik belang aan hecht zijn:

- een niet al te hoge premie
- een ruime dekking
- een goede service

Aangezien ik van de verschillende maatschappijen niet weet of zijn een goede service verlenen, ga ik dit niet kunnen beoordelen en vergelijken. Ik ga dus, voor mijzelf, de beste maatschappij zoeken, rekening houdend met mijn waarden.

Wanneer ik een niet te hoge premie wil betalen, dan vallen de maatschappijen AG Insurance en Ethias dadelijk uit de boot. Mercator zou eventueel nog gaan.

Maar optimaal zou mijn keuze naar DKV of naar KBC gaan.

De grootste verschillen tussen deze twee maatschappijen zijn het verschil in wachttijden en de uitsluitingen. De andere waarborgen en kenmerken komen relatief goed overeen.

Op mijn leeftijd, vind ik de wachttijden niet zo heel erg. Een ongeval en een acute ziekte heeft geen wachttijd. De zwangerschap wel, maar dat is voor mij nog niet van toepassing.

De pre- en postperiode daarentegen vind ik wel belangrijk. En deze is bij KBC dubbel zo lang dan bij DKV.

De uitsluitingen bij KBC zijn ook wel veel uitgebreider. Er zijn heel veel uitsluitingen die bij DKV niet opgesomd staan.

Als ik dan alle voor en nadelen een beetje op een rijtje zet voor mezelf, zou ik toch voor DKV kiezen. KBC heeft heel wat voordelen, maar ook heel wat nadelen. Dit is zo natuurlijk bij elke verzekering een bij elke maatschappij. Maar ik zou kiezen voor de hospitalisatieverzekering van DKV.

8 Besluit

De ziekteverzekering van het ziekenfonds is een goed begin. Er worden veel kosten gewaarborgd en men kan heel veel hulp krijgen. Het grootste probleem hierbij is wel dat er een beperking is van de dekking. Wanneer men aangesloten is bij de CM krijgt men een maximum uitkering van 13.000 euro per verzekeringsjaar voor al zijn schadegevallen. Wanneer het een zware ziekte betreft, komt er nog eens 7.000 euro bij. Dit is absoluut niet veel.

Als iemand bijvoorbeeld kanker heeft en meer dan twee jaar bijna elke dag naar het ziekenhuis moet voor behandelingen of eventueel in het ziekenhuis blijven, is dit onbetaalbaar. De uitkeringen van de CM helpen wel, maar met 13.000 euro spring je niet ver.

Wanneer men bij een verzekeringsmaatschappij een extra hospitalisatieverzekering afsluit, kan men zich al heel wat meer veroorloven. Men krijgt bijstand in het buitenland, de uitkeringen zijn niet geplafonneerd, er worden extra kosten vergoed, ...

Deze voordelen heeft natuurlijk ook zijn nadelen. De premie van de hospitalisatieverzekering is een pak duurder dan die van het CM. Dit heeft meerdere redenen.

- De CM heeft plafonds op zijn uitkeringen, de maatschappijen hebben dit niet.
- De CM kan men vergelijken met een club waar men lidgeld moet betalen. De voorzitters beslissen dan elk jaar wat er met dat geld gedaan wordt. Dit wil concreet zeggen dat alle voorwaarden die men dit jaar van de CM krijgt, binnen vijf jaar allemaal veranderd kunnen zijn. De verzekeringsmaatschappijen daarentegen garanderen een levenslang contract met levenslang dezelfde voorwaarden. Zij gaan niet ineens hun vergoedingen plafonneren en zij gaan geen waarborgen schrappen of toevoegen.
- Als laatste zijn de taksen ook verantwoordelijk voor dit verschil in premie. Terwijl de maatschappijen elk jaar taksen moeten betalen aan de staat, moet de CM dit helemaal niet. De taksen die de maatschappijen moeten betalen, zitten verrekend in de premie. De CM moet geen taksen betalen, dus deze zitten ook niet verrekend in de premie.

Ik ben wel overtuigd van het nut van een hospitalisatieverzekering. En ik zou er zelf wel een willen wanneer ik ga werken. Ik zou iedereen ook aanraden om er één af te sluiten, want het is niet de eerste keer dat mensen de ziektekosten niet kunnen betalen.

9 Verklarende Woordenlijst:

Medisch: geneeskunde

Paramedisch: medische behandelingen uitgevoerd door iemand die geen arts is. (meestal zelfstandige beroepen)

Prothese: kunstmatige vervanging van een lichaamsdeel

Orthopedie: behandeling van afwijkingen en ziekten van botten en gewrichten

Endoscopie: onderzoek van het inwendige van de mens

Viscerosynthese: hechtingen

Homeopathie: plantaardige heekunde

Chiropraxie: behandeling van zenuwstelsel

Osteopathie: alternatieve geneeswijze die zegt dat verminderde beweeglijkheid van lichaamsweefsel heeft een nadelige invloed op de gezondheid

Acupunctuur: Chinese geneeskunde, werkt met naalden op bepaalde punten in het lichaam

Palliatief: pijnverzachend. Wordt meestal gebruikt wanneer genezing niet meer mogelijk is.

Wiegendood: term voor kindersterfte in de wieg

Kinesitherapie: behandeling van het steun- en bewegingsapparaat van de mens (botten en gewrichten)

Fysiotherapie: behandeling van het steun- en bewegingsapparaat van de mens (botten en gewrichten)

Logopedie: behandeling van problemen in communicatie: mondelinge, schriftelijke en non- verbale

kanker: ziekte waarbij cellen zich ongecontroleerd vermenigvuldigen en hierbij schade verrichten

Leukemie: verzamelnaam voor verschillende vormen van bloedkanker

Diabetes: suikerziekte

Tuberculose: bacteriële infectie

ziekte van Parkinson: hersenziekte waarbij zenuwcellen afsterven

Multiple Sclerose: aandoening van het centraal zenuwstelsel

ziekte van Alzheimer: hersenaandoening waarbij de patiënt dementeert

tyfus: infectieziekte

tetanus: aandoening door een bacterie met spierkrampen als gevolg

pokken: virusziekte

AIDS: geslachtsziekte

Malaria: infectieziekte

hepatitis: ontstekingsverschijnselen van de lever
ziekte van Hodgkin: soort kanker
amyotrofe lateraal sclerose: neurologische ziekte
cerebrospinale meningitis: hersenvliesontsteking
difterie: infectieziekte
encefalitis: ontsteking van het hersenweefsel
nierdialyse: nierfunctie vervangende therapie
poliomyelitis: kinderverlamming, virusziekte
spierdystrofie: erfelijke spierziekte
brucellose: infectieziekte veroorzaakt door bacteriën
ziekte van Pompe: erfelijke spierziekte
ziekte van Crohn: ontstekingsziekte van het darmkanaal
miltvuur: infectieziekte
cholera: infectieziekte
ziekte van Creutzfeldt-Jacob: hersenziekte
in-vitrofertilisatie: reageerbuisbevruchting
ICSI: Intracytoplasmatische Sperma-Injectie
Orthodontist: tandarts-specialist
Thalassotherapie: behandelingen met zeewater en zee-algen
Mandibulae: aandoeningen aan de onderkaak
Bariatrisch: maagverkleining

10 Bronnen:

Algemene voorwaarden AG Insurance
Algemene voorwaarden DKV
Algemene voorwaarden Mercator
Algemene voorwaarden Allianz
Algemene voorwaarden KBC
Algemene voorwaarden CM
www.cm.be

11 Bijlagen:

Bijlage 1: Algemene voorwaarden AG

Bijlage 2: Algemene voorwaarden Mercator

Bijlage 3: Algemene voorwaarden Ethias

Bijlage 4: Algemene voorwaarden DKV

Bijlage 5: Algemene voorwaarden KBC

Bijlage 6: Algemene voorwaarden CM