

F-CARE

Algemene voorwaarden

INHOUD

| | |
|---|----|
| Voorwoord | 1 |
| DEEL I - BASISWAARBORGEN | 1 |
| <i>Definities</i> | 1 |
| Artikel 1 - Inwerkingtreding en opzegging van de verzekeringsovereenkomst | 4 |
| Artikel 2 - Omvang van de waarborgen | 4 |
| A. Territoriaal toepassingsgebied | 4 |
| B. Algemene beperking van tussenkomst | 4 |
| C. De waarborg "hospitalisatie" | 4 |
| D. De waarborg "ambulante medische verzorging in de pre-en postperiode" | 5 |
| E. De waarborg "zware ziekten" | 5 |
| F. Uitsluitingen | 6 |
| Artikel 3 - Verplichtingen van de partijen | 6 |
| Artikel 4 - Premie | 7 |
| A. Premiebetaling | 7 |
| B. Niet-betaling van de premie | 7 |
| Artikel 5 - Schadegevallen | 7 |
| A. Schadeaangifte | 7 |
| B. Vergoedingsmodaliteiten | 8 |
| C. Uitbetaling van de prestaties | 9 |
| D. Betwisting van medische aard | 9 |
| E. Indeplaatsstelling van de Maatschappij | 9 |
| Artikel 6 - Einde van de prestaties | 9 |
| Artikel 7 - Individuele voortzetting van de verzekering | 10 |
| A. Principe en voorwaarden | 10 |
| B. Voorfinanciering | 10 |
| Artikel 8 - Administratieve en diverse bepalingen | 10 |
| A. Bescherming van persoonsgegevens | 10 |
| B. Klachten | 11 |
| C. Rechtsbevoegdheid - Toepasselijk recht | 11 |
| D. Woonplaats - Briefwisseling | 11 |
| Artikel 9 - Wijziging van de verzekeringsovereenkomst en de algemene voorwaarden | 12 |
| DEEL II - BIJKOMENDE WAARBORGEN | 12 |

Voorwoord

F-Care is een collectieve beroepsgebonden ziektekostenverzekeringsovereenkomst, samengesteld uit een basiscontract en een bijkomend contract.

F-Care beschermt de verzekerden tegen de financiële gevolgen van een hospitalisatie en medische behandelingen zonder dat er een hospitalisatie plaatsvindt, zoals omschreven in de algemene en bijzondere voorwaarden.

De verzekerden hebben de vrije keuze bij het aanduiden van een behandelde arts, ziekenhuis en het type kamer.

F-Care bestaat uit:

- de **algemene voorwaarden** van het basiscontract en die van het bijkomend contract. De algemene voorwaarden beschrijven de werking van de collectieve beroepsgebonden ziektekostenverzekeringsovereenkomst. Zij omschrijven de waarborgen, de uitsluitingen, de verplichtingen van beide partijen, de schaderegeling en de principes m.b.t. individuele voortzetting van de ziektekostenverzekering. De bepalingen en de terminologie die in de algemene voorwaarden worden gebruikt, zijn eigen aan elk contract;
- de **bijzondere voorwaarden**. De bijzondere voorwaarden beschrijven de variabele elementen in de verzekeringsovereenkomst, zoals de aansluitingsvoorwaarden en -modaliteiten, het eigen risico, de premie en de betalingsmodaliteiten.

F-Care bestaat uit twee delen:

- DEEL I – BASISWAARBORGEN (hospitalisatie en/of ambulante medische verzorging in België of in het buitenland onder bepaalde voorwaarden (zie artikel 2));
- DEEL II – BIJKOMENDE WAARBORGEN (hospitalisatie van onvoorzienbare aard en/of bijstand in het buitenland).

Elk deel wordt gewaarborgd door een contract. De basiswaarborgen zijn vervat in het basiscontract. Voor de bijkomende waarborgen doet Federale Verzekering beroep op een bijstandsverlener. Deze bijkomende waarborgen worden hernomen in het bijkomend contract.

DEEL I - BASISWAARBORGEN

Definities

Onderstaande definities worden schuingedrukt in tekst van de algemene voorwaarden hernomen.

Ambulante verzorging

De medische zorgen, verstrekt of voorgeschreven door een arts zonder dat er een hospitalisatie plaatsvindt, en die zijn opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Z.I.V.).

AssurCard

De (elektronische) kaart die het derdebetalerssysteem mogelijk maakt.

Behandeling

Het geheel van therapeutische middelen dat voorgeschreven wordt door een arts en dat gebruikt wordt om een medische diagnose te stellen, de gezondheidstoestand te genezen, te stabiliseren of pijn te bestrijden.

Bezoldigde sportbeoefening

Elke beoefening van sport, zelfs als nevenactiviteit, waarvoor de aangeslotene bezoldigingen of vergoedingen ontvangt die onderworpen zijn aan sociale zekerheidsafhoudingen.

Bijstandsverlener

EUROP ASSISTANCE (Belgium) N.V., BTW BE 0457.247.904 RPM Brussel, toegelaten onder codenummer 1401 voor verzekeringen 01, 09, 13, 15, 16 en 18 (Bijstand) (KB van 02.12.96, B.S van 21.12.96) waarvan de maatschappelijke zetel is gelegen te 1160 Brussel, Triomflaan 172.

Bijverzekerde(n)

Gezinslid/gezinsleden van de *hoofdverzekerde* dat/die eveneens aangesloten is/zijn aan de collectieve beroepsgebonden ziektekostenverzekering.

Collectieve beroepsgebonden ziektekostenverzekeringsovereenkomst

De ziektekostenverzekering die gesloten is door een *Verzekeringssnemer* ten behoeve van meerdere personen die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de *Verzekeringssnemer* verbonden zijn (deze personen worden hierna “*hoofdverzekerde*” genoemd). De *Verzekeringssnemer* kan de dekking van de collectieve beroepsgebonden ziektekostenverzekering uitbreiden tot de leden van het gezin van de *hoofdverzekerde* (deze personen worden “*bijverzekerde(n)*” genoemd).

Eigen risico

Het deel van de terugbetaalbare kosten dat ten laste van de verzekerde blijft. Het bedrag van het eigen risico wordt bepaald in de bijzondere voorwaarden.

Het eigen risico wordt toegepast per verzekeringsjaar en per verzekerde. Indien echter meerdere leden van een gezin door één en dezelfde verzekeringsovereenkomst worden verzekerd en ten gevolge van een ongeval op hetzelfde moment in het ziekenhuis worden opgenomen, wordt slechts één eigen risico toegepast voor het gehele gezin.

Bij een hospitalisatie die twee opeenvolgende verzekeringsjaren overlapt, zal het eigen risico slechts één maal worden afgetrokken.

Het eigen risico is niet van toepassing voor de aanvullende waarborg “zware ziekten”.

Geneesmiddel

Elk product dat uitsluitend wordt verkocht in een apotheek, voorgeschreven door een arts en als dusdanig erkend en geregistreerd in België.

Hoofdverzekerde

De persoon die op het moment van de aansluiting aan de collectieve ziektekostenverzekering beroepsmatig verbonden is met de *Verzekeringssnemer*.

Hospitalisatie

Het verblijf in een ziekenhuis voor zover dit ziekenhuis ten minste één overnachting heeft gefactureerd of wanneer de medische behandeling werd uitgevoerd in het chirurgisch dagziekenhuis of aanleiding heeft gegeven tot een wettelijke tegemoetkoming op basis van het dagziekenhuisforfait (forfait van 1 tot 7). Wordt niet beschouwd als een hospitalisatie: elk verblijf in een ziekenhuis waarvan het noodzakelijk karakter niet medisch gemotiveerd wordt door een behandeling (zoals een verblijf met als hoofddoel het onderhoud, de bijstand of de oppas van de verzekerde).

Kosten voor spoedvervoer

- de kosten voor spoedvervoer per ziekenwagen en de overbrenging van een ziekenhuis naar een ander;
- bij een ongeval, de kosten voor het transport per medische helikopter voor zover geen ander transportmiddel kan worden gebruikt.

Maatschappij

Federale Verzekering, Vereniging van Onderlinge Levensverzekeringen, Stoofstraat 12, 1000 Brussel – België, www.federale.be, Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 0346, RPR Brussel BTW BE 0408.183.324, Financiële rekening BIC: BBRUBEBB IBAN: BE64 3100 7685 9452.

MedExel

De externe dienstverlener die voor rekening van de Maatschappij het beheer van het basiscontract F-CARE op zich neemt en de daarmee gerelateerde schadegevallen beheert.

MedExel is een dienst van Promut, Coöperatieve Vennootschap met Bepaalde Aansprakelijkheid met maatschappelijke zetel te Louis Mettwielaan 74-76, 1080 Sint-Jans Molenbeek - België - www.medexel.be - RPR Brussel BTW BE 0440.342.980.

Medisch materiaal

Onder medisch materiaal wordt verstaan:

- a) het klein medisch materiaal aangekocht bij een organisme dat in België erkend is of bij een apotheek en dat is bestemd om de hoofdmedicatie toe te dienen, te versterken of te vervolledigen, zoals verbanden, spuiten, steunkousen etc. Hiervan worden evenwel uitgesloten: brillmonturen en -glazen, contactlenzen en tandmateriaal;
- b) het zwaar medisch materiaal gehuurd bij een organisme dat in België erkend is of bij een apotheek en dat bestemd is om de fysische toestand en de mobiliteit van de patiënt te verbeteren, zoals een bed, krukken, een rolstoel etc.

Medisch noodzakelijke handeling

De toegediende medische en paramedische handelingen die noodzakelijk worden geacht door een medische autoriteit. Zijn hiervan uitgesloten, handelingen gesteld op grond van een religieuze overtuiging of omwille van persoonlijke redenen.

Ongeval

Een plotselinge en toevallige gebeurtenis, die een lichamelijk letsel aan de verzekerde heeft veroorzaakt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken vreemd is aan diens organisme.

Orthopedisch toestel

Toestel bestemd om lichamelijke afwijkingen te corrigeren.

Palliatieve zorgen

De behandeling van personen die zich in een terminale fase bevinden. Deze behandeling is gericht op de fysische en psychische noden van de zieke zodat een zekere kwaliteit van het leven kan worden gevrijwaard.

Prothese

Elk toestel bestemd om de handicap van de anatomische of functionele verliezen, die het gevolg zijn van een chirurgische ingreep, van een neurologisch of traumatisch letsel, te verminderen. Een implantaat wordt met een prothese gelijkgesteld.

Rooming-in

De aanwezigheid van één van de ouders in dezelfde kamer als deze van het gehospitaliseerde kind voor zover het kind jonger is dan 18 jaar, de ouder en het kind verzekerd zijn volgens eenzelfde verzekeringsovereenkomst en de aanwezigheid van de ouder beschouwd wordt als medisch noodzakelijk door een arts.

Schadegeval

Een gebeurtenis die aanleiding kan geven tot een tussenkomst van de Maatschappij in het kader van de collectieve beroepsgebonden ziektekostenverzekeringsovereenkomst.

Terrorisme

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

Verblijfkosten

Een deel van de gefactureerde ziekenhuiskosten. Het bedrag omvat:

- de dagprijs van de hospitalisatie;
- het supplement aangerekend voor het verblijf in een gewone individuele kamer, behoudens alle kosten voor luxe en comfort;
- het dagelijks forfait voor de geneesmiddelen.

Verzekerde

De persoon die beantwoordt aan de aansluitingsvoorwaarden opgenomen in de bijzondere voorwaarden, in hoofde van wie het risico van het verzekerde voorval rust en die van de waarborgen van de collectieve beroepsgebonden ziektekostenverzekeringsovereenkomst geniet.

Verzekeringsjaar

De periode van 12 maanden die aanvang neemt op de in de bijzondere voorwaarden vermelde vervalddag.

Verzekeringsnemer

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die de collectieve beroepsgebonden ziektekostenverzekeringsovereenkomst onderschrijft.

Vooraf geplande hospitalisatie of ambulante verzorging in het buitenland:

Een hospitalisatie of ambulante verzorging die plaatsvindt in een ander land dan België en die door de verzekerde vooraf in België werd vastgelegd met het behandelende ziekenhuis of de bevoegde medische autoriteit gevestigd in dat ander land."

Wachttermijn

De periode die aanvangt op de aansluitingsdatum van de verzekerde en gedurende dewelke de Maatschappij geen prestatie verleent. De wachttermijn wordt bepaald in de bijzondere voorwaarden.

Wettelijke tegemoetkoming

De terugbetaling van medische of andere (samenhangende) kosten waarin wordt voorzien door de Belgische wetgeving van toepassing op werknemers en zelfstandigen.

Onder de Belgische wetgeving van toepassing op werknemers wordt begrepen:

- de wetgeving betreffende de verplichte verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit (Z.I.V.);
- de wetgeving betreffende arbeidsongevallen en ongevallen op de weg naar en van het werk;
- de wetgeving betreffende beroepsziekten.

Onder de Belgische wetgeving van toepassing op zelfstandigen wordt de wetgeving betreffende de Verplichte verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit begrepen (Z.I.V.).

Ziekenhuis

Een instelling die wettelijk erkend en geïdentificeerd is als ziekenhuis en waar gespecialiseerde medische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde kunnen verstrekt worden aan patiënten.

Worden niet als ziekenhuizen beschouwd:

- de ziekenhuizen of gedeelten van ziekenhuizen die speciaal erkend zijn als rust- en verzorgingstehuizen (RVT);
- de gesloten psychiatrische instellingen;
- de medische-pedagogische instellingen;
- de instellingen bestemd voor kuurbehandelingen of ontwenningsskuren;
- de rusthuizen en andere instellingen die huisvesting bieden aan bejaarden, herstellenden of kinderen;
- het beschut wonen.

Ziekte

Elke aantasting van de gezondheid, die niet te wijten is aan een ongeval en organieke symptomen vertoont die een diagnose alsook de geschikte therapeutische behandeling volgens erkende medische standaarden toelaten. Worden hieronder begrepen: een psychische ziekte, psychiatrische ziekte en ziekten van depressieve aard.

Artikel 1 - Inwerkingtreding en opzegging van de verzekeringsovereenkomst

Inwerkingtreding

De *collectieve beroepsgebonden ziektekostenverzekeringsovereenkomst* treedt in werking op de datum opgenomen in de bijzondere voorwaarden voor zover de *Maatschappij* op die datum de eerste premie heeft ontvangen. Indien de eerste premie later wordt ontvangen dan de datum bepaald in de bijzondere voorwaarden, treedt de verzekeringsovereenkomst in werking op de datum van ontvangst van de eerste premie.

Opzegging

De *Verzekeringnemer* en de *Maatschappij* kunnen deze verzekeringsovereenkomst per een gedateerde en ondertekende aangetekende brief voor de vervaldag opzeggen mits inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden.

Bij niet-betaling van de premie kan de *Maatschappij* de verzekeringsovereenkomst opzeggen na ingebrekestelling overeenkomstig Artikel 4.

Artikel 2 - Omvang van de waarborgen

Territoriaal toepassingsgebied

De waarborgen worden toegekend voor een *schadegeval* dat plaatsvindt in België.

Daarnaast worden de waarborgen toegekend voor een schadegeval dat plaatsvindt in het buitenland, onder de voorwaarden en beperkingen zoals hieronder beschreven, en voor zover de *verzekerde* geen beroep kan doen op de bijstandswaarborgen (zie DEEL II – BIJKOMENDE WAARBORGEN) omwille van het vooraf gepland karakter van de hospitalisatie of ambulante verzorging (pre-post hospitalisatie of bij zware ziekte). In geval van een vooraf geplande hospitalisatie of ambulante verzorging in het buitenland, zal de *verzekerde* slechts van een tussenkomst van de *Maatschappij* kunnen genieten indien hij een voorafgaandelijke toelating heeft gekregen van zijn mutualiteit.

Indien de *verzekerde* gehospitaliseerd wordt of zijn zorgen ontvangt in een lidstaat van de Europees Economische Ruimte (EER) of in Zwitserland, zullen op de terugbetaling dezelfde limieten worden toegepast als op de prestaties in België.

Indien de *verzekerde* gehospitaliseerd wordt of zijn zorgen ontvangt in een ander land dan hierboven vermeldt, zullen op de terugbetaling dezelfde limieten worden toegepast als op de prestaties in België, met een maximum plafond van 250.000 EUR per *verzekeringsjaar* en per *verzekerde*.

Algemene beperking van tussenkomst

De terugbetaling van de basiswaarborgen wordt in het geheel beperkt tot een maximum van 10.000.000 EUR per *verzekeringsjaar* en per *verzekerde*. Dit bedrag wordt niet geïndexeerd.

Waarborg "hospitalisatie"

De hoofdwaarborg heeft betrekking op een *hospitalisatie* met het oog op het ondergaan van een *medisch noodzakelijke behandeling* ten gevolge een *ziekte*, een *ongeval*, een zwangerschap of een bevalling.

In dat geval worden de volgende prestaties terugbetaald:

- de *verblijfkosten*;
- de *geneesmiddelen*;
- de medische en paramedische honoraria;
- de kosten van voorgeschreven *prothesen*, *orthopedische toestellen* of de huur ervan, na voorafgaandelijke goedkeuring van de adviserende arts van de *Maatschappij*. De terugbetaling voor kosten voor prothesen wordt beperkt tot 300% van het RIZIV-barema, voor zover er een *wettelijke tegemoetkoming* is. Indien er geen *wettelijke tegemoetkoming* is, wordt de terugbetaling beperkt tot 50% van de totale kost, met een absoluut maximum van 10.000 EUR;
- invasieve medische toestellen, gebruiksmateriaal gebruikt tijdens de medische ingrepen en hulpmiddelen voor zover hiervoor een *wettelijke tegemoetkoming* wordt verkregen.

Volgende prestaties zijn eveneens gedekt:

- de *kosten voor spoedvervoer* naar het *ziekenhuis*. De vervoerskosten per medische helikopter worden gedekt tot een maximum bedrag van 1.000 EUR per gebeurtenis;
- de kosten van *palliatieve zorgen* in het *ziekenhuis*;
- de kosten van mortuarium die vermeld worden in de ziekenhuisfactuur;
- de homeopathische *behandelingen*, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur voor zover deze geneeswijzen worden toegepast door een erkende arts of kinesitherapeut;
- de *verblijfkosten* van de donor bij de transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de *verzekerde*;
- de kosten van *rooming-in*;
- de wiegendoodtest.

De kosten voor vervoer, andere dan voor *spoedvervoer* naar het *ziekenhuis*, worden niet vergoed.

Deze hoofdwaarborg is eveneens van toepassing bij een thuisbevalling.

Bij uitbreiding van de waarborg worden eveneens de kosten voor een gastroscopie of coloscopie verricht buiten het *ziekenhuis* terugbetaald.

Waarborg “ambulante verzorging in de pre-en posthospitalisatie”

Deze aanvullende waarborg betreft de medisch noodzakelijke *ambulante verzorging* die verstrekt wordt gedurende de maand voorafgaand aan de *hospitalisatie* en de drie eerstvolgende maanden die volgen op het ontslag uit het *ziekenhuis*. De waarborg geldt uitsluitend indien de *ambulante verzorging* rechtstreeks verband houdt met de oorzaak van de *hospitalisatie*.

Worden in dit kader vergoed:

- de kosten voor medische prestaties tijdens een bezoek of een raadpleging evenals voor de prestaties van een verpleegkundige;
- de paramedische *behandelingen* zoals kinesitherapie, fysiotherapie en logopedie indien voorgeschreven door een arts en toegediend door een erkend verstrekker;
- de voorgeschreven *geneesmiddelen* voor de periode omschreven in alinea 1;
- het *medisch materiaal*;
- de kosten van voorgeschreven *prothesen* en *orthopedische toestellen* of de huur ervan, voor de periode omschreven in alinea 1, na voorafgaandelijke goedkeuring van de adviserende arts van de *Maatschappij*. De terugbetaling voor kosten voor *prothesen* wordt beperkt tot 300% van het RIZIV-barema, voor zover er een *wettelijke tegemoetkoming* is. Indien er geen *wettelijke tegemoetkoming* is, wordt de terugbetaling beperkt tot 50% van de totale kost, met een absoluut maximum van 10.000 EUR.

Worden niet vergoed:

- de onderhouds-, en herstellingskosten en de vervangstukken van de prothesen en de *orthopedische toestellen*;
- de kosten voor vervoer, inclusief spoedvervoer.

Waarborg “zware ziekten”

Deze aanvullende waarborg betreft de medische noodzakelijke ambulante verzorging die rechtstreeks in verband staat met de hierna opgesomde ernstige *ziekten* waarvan de diagnose behoorlijk is vastgesteld:

kanker, leukemie, AIDS, amyotrofe laterale sclerose, brucellose, cerebrospinale meningitis, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, malaria, miltvuur, muscovicidose, multiple sclerose, nieraandoening die een dialysebehandeling vergt, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofieën, tetanus, tuberculose, vlektyfus, virale hepatitis, tyfus, paratyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeld-Jacob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson, ziekte van Pompe.

Worden in dit kader vergoed:

- de kosten voor medische prestaties tijdens een bezoek of een raadpleging evenals voor de prestaties van een verpleegkundige;
- de paramedische *behandelingen* zoals kinesithérapie, fysiotherapie en logopedie voorgeschreven door een arts en toegediend door een erkend verstreker;
- de voorgeschreven *geneesmiddelen*;
- het *medisch materiaal*;
- de kosten van voorgeschreven prothesen, *orthopedische toestellen* of de huur ervan, na voorafgaandelijke goedkeuring van de adviserende arts van de *Maatschappij*. De terugbetaling van de kosten voor prothesen wordt beperkt tot 300% van het RIZIV-barema, voor zover er een *wettelijke tegemoetkoming* is. Indien er geen *wettelijke tegemoetkoming* is, wordt de terugbetaling beperkt tot 50% van de totale kost, met een absoluut maximum van 10.000 EUR.

Worden niet vergoed:

- de onderhouds- en herstellingskosten en de vervangstukken van de *prothesen* en de *orthopedische toestellen*;
- de kosten voor vervoer, inclusief spoedvervoer.

De terugbetaling van deze kosten gebeurt na voorlegging van een medisch attest, en zolang de ziekte een behandeling noodzaakt. Er is geen voorafgaandelijke *hospitalisatie* vereist.

Uitsluitingen

De waarborgen worden niet verleend voor de volgende behandelingen:

- a) tandheelkundige *behandelingen*, plaatsing van tandprothesen en tandmateriaal, tandchirurgie en dentomaxillaire faciale orthopedie met inbegrip van parodontale en orthodontische *behandelingen*, behalve indien:
 - deze *behandelingen* het gevolg zijn van een gewaarborgd *ongeval*;
 - deze *behandelingen* het gevolg zijn van een *ziekte*, die geen pathologie van de tanden, tandvlees en de kaken inhoudt. In beide gevallen, zullen de kosten worden terugbetaald na voorafgaandelijke goedkeuring van de adviserende arts van de *Maatschappij* en op grond van een medisch verslag over de noodzaak van de voorgestelde behandeling;
 - het een tussenkomst voor het trekken van wijsheidstanden betreft, ongeacht of deze tussenkomst is verricht binnen of buiten een ziekenhuis.
- b) *behandelingen* van madibulae of kaakbeenderen;
- c) revalidatiebehandelingen die niet het rechtstreeks en onmiddellijk gevolg zijn van een medische behandeling of een chirurgische ingreep, waarvoor de waarborg is verworven;
- d) de experimentele of wetenschappelijk niet bewezen handelingen;
- e) *behandelingen* van esthetische aard, met inbegrip van plastische heelkunde, zelfs in geval van functionele hinder, behoudens voorafgaand akkoord van de adviserende arts van de *Maatschappij*;
- f) de anticonceptiebehandelingen (zoals sterilisatie);
- g) kuurbehandelingen zoals thermalisme, thalassotherapie, hygiëno-dieetkuren of ontwenningkuren;
- h) wettelijke inenting;
- i) borstreconstructie, tenzij na amputatie omwille van borstkanker of een andere zware ziekte of na preventieve amputatie als drager van een borstkankergen en na voorafgaand akkoord van de adviserende arts van de *Maatschappij*;
- j) bariatrische chirurgie (maagverkleining), behoudens de bariatrische chirurgische ingrepen die, overeenkomstig artikel 14 d) van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals laatst gewijzigd door artikel 1 van het Koninklijk Besluit van 13 juni 2010, B.S. 29 juni 2010, van een wettelijke tegemoetkoming genieten.

Bovendien worden de waarborgen niet verleend indien de *hospitalisatie* en/of de *ambulante verzorging* het gevolg zijn van:

- a) een oorlogsfeit, burgeroorlog of een oorlog in het buitenland;
- b) oproer, burgeronlusten en alle collectieve politieke, ideologische of sociale gewelddaden, tenzij de verzekerde niet actief en vrijwillig aan deze gebeurtenissen deelnam of wanneer het ging om een geval van wettige zelfverdediging. De waarborgen worden niettemin verleend indien de *hospitalisatie* en/of de *ambulante verzorging* veroorzaakt werden door *terrorisme*, overeenkomstig de bepalingen van de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme, zoals opgenomen in Artikel 5 "Schadegevallen/vergoedingsmodaliteiten";
- c) het gebruik van wapens of tuigen die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern;
- d) een zelfmoordpoging;
- e) een opzettelijk veroorzaakt *schadegeval* door de *verzekerde*, tenzij in geval van wettige zelfverdediging of redding van personen of goederen. Het opzettelijk veroorzaakt *schadegeval*, in de zin van deze clausule, is de vrijwillige gestelde handeling die schade veroorzaakt die redelijkerwijs te voorzien is;
- f) een vrijwillige deelneming aan een misdaad of misdrijf, uitgezonderd wettige zelfverdediging;
- g) alcoholisme, toxicomanie of misbruik van *geneesmiddelen*;

- h) een *ongeval* overkomen aan de *verzekerde* wanneer hij zich in staat van dronkenschap bevindt of onder de invloed is van alcohol, van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs;
- i) de *bezoldigde sportbeoefening*, behalve andersluidend beding.

Artikel 3 - Verplichtingen van de partijen

De *Verzekeringnemer*, de *hoofdverzekerde* en eventuele *bijverzekerde(n)* hebben de verplichting:

- schriftelijk of elektronisch alle aangiften en mededelingen te doen, die nodig zijn voor een vlotte uitvoering van de verzekeringsovereenkomst;
- *MedExel* te waarschuwen binnen een termijn van dertig dagen van elke verandering in het statuut van de *verzekerde* (aansluiting, verlies van hoedanigheid als *verzekerde*...);
- de *Maatschappij* of *MedExel* op de hoogte brengen van alle inlichtingen die haar in staat kunnen stellen het recht op de prestaties van de verzekeringsovereenkomst te beoordelen.

Indien de *Verzekeringnemer* en de *verzekerde* deze verplichtingen niet nakomen, dan heeft de *Maatschappij* het recht een vermindering van haar prestatie te verlangen tot beloop van de schade die zij geleden heeft. In geval van bedrieglijk opzet, heeft zij het recht haar dekking te weigeren.

Overeenkomstig de wet van 4 april 2014 betreffende verzekeringen heeft de *Verzekeringnemer* de verplichting de *hoofdverzekerde onmiddellijk* in te lichten over de mogelijkheid van de *hoofdverzekerde en bijverzekerde(n)* om individueel een bijkomende premie te betalen. Hierdoor zullen zij in geval van een individuele voortzetting van de verzekering, zoals bepaald in Artikel 7, een premietarief krijgen dat rekening houdt met de leeftijd waarop zij de bijkomende premie zijn beginnen te betalen.

De *Verzekeringnemer* brengt de *hoofdverzekerde* ten laatste dertig dagen na het verlies van het voordeel van de *collectieve beroepsgeboden ziektekostenverzekering* op de hoogte van de contactgegevens van de *Maatschappij*, het precieze tijdstip van dit verlies en van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten (zie Artikel 7).

Artikel 4 - Premie

Premiebetaling

Het bedrag van de premies en betalingsmodaliteiten worden bepaald in de bijzondere voorwaarden.

Niet-betaling van de premie

De niet-betaling van de premie kan de schorsing van de dekking met zich meebrengen mits de *Verzekeringnemer* in gebreke is gesteld door een aangetekende brief.

De schorsing van de dekking heeft uitwerking na het verstrijken van een termijn van vijftien dagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de afgifte ter post van de aangetekende brief.

Indien de dekking geschorst is, maakt de betaling van de achterstallige premies een einde aan die schorsing. Indien de *Maatschappij* zijn verplichting tot het verlenen van dekking heeft geschorst, kan zij de overeenkomst opzeggen als deze mogelijkheid tot opzegging in de ingebrekestelling, vermeld in alinea 1, werd voorzien. In dat geval gaat de opzegging van kracht na het verstrijken van een termijn van vijftien dagen te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing.

Artikel 5 - Schadegevallen

Schadeaangifte

Hospitalisatie

De *verzekerde* moet onverwijld aangifte doen aan *MedExel* van elke *hospitalisatie* en dit uiterlijk binnen de drie maanden nadat het zich heeft voorgedaan. Indien de aangifte na die termijn geschiedt, verliest de *verzekerde* niet het recht op de prestaties zoals voorzien in de overeenkomst voor zover bewezen wordt dat de aangifte zo vlug als redelijk mogelijk was, werd gedaan.

a) *Voorziene hospitalisatie*

Elke *verzekerde* die in het bezit is van een AssurCard kan reeds voortijdig een voorziene hospitalisatie aangeven door zijn aangifte van hospitalisatie in te vullen op de website www.assurcard.be, door zich op de dag zelf te richten tot de "AssurCard kiosk" in het ziekenhuis en de aangifte van hospitalisatie in te vullen of door te bellen naar *MedExel* tijdens de openingsuren op het nummer 02/44 44 900.

In het geval van aanvaarding en toepassing van het derdebetalerssysteem, gebeurt de administratieve afhandeling van de hospitalisatie rechtstreeks tussen *MedExel* en het *ziekenhuis*. Het *ziekenhuis* vraagt geen voorschot en de factuur wordt rechtstreeks geadresseerd aan *MedExel*. Wanneer het derdebetalerssysteem niet wordt aanvaard, dient de *verzekerde* mogelijks een voorschot te betalen. De *verzekerde* betaalt de ziekenhuisfactuur en kan de betaling terugvorderen bij *MedExel*.

b) *Dringende hospitalisatie*

De *verzekerde* doet aangifte aan *MedExel* van de *hospitalisatie* aan de hand van het document "aangifte van *schadegeval*". Dit document vindt u terug op de website www.medexel.be door gebruik te maken van een persoonlijke login of kan telefonisch worden opgevraagd tijdens de openingsuren op het nummer 02/44 44 900. De *verzekerde* stuurt het voormeld document volledig ingevuld naar *MedExel* samen met alle originele en noodzakelijke bewijsstukken voor de terugbetaling van de kosten.

Ambulante verzorging

Bij *ambulante verzorging pre-post hospitalisatie en zware ziekten* (buiten het *ziekenhuis*) zullen de door de *verzekerde* gemaakte medische kosten worden terugbetaald aan de *verzekerde* op vertoon van de facturen en het attest van de mutualiteit.

Vergoedingsmodaliteiten

Algemeen

Onder de voorwaarden en binnen de grenzen vastgelegd in de algemene en bijzondere voorwaarden en onverminderd de hierna volgende bepalingen, betaalt *MedExel* alle kosten terug die de *verzekerde* heeft gemaakt na aftrek van de *wettelijke tegemoetkomingen* en de terugbetalingen waarop hij aanspraak heeft kunnen maken, méér bepaald degene voorzien door de vrije en aanvullende hospitalisatieverzekering van zijn mutualiteit.

Indien de gefactureerde prestatie aan de *verzekerde* niet van een wettelijke tegemoetkoming kan genieten, betaalt *MedExel* een prestatie uit gelijk aan 50% van het totale gefactureerde bedrag.

Indien de *verzekerde* geen *wettelijke tegemoetkomingen* geniet en dit te wijten is aan zijn persoonlijke situatie, wordt een fictieve *wettelijke tegemoetkoming* toegekend gelijk aan deze van een werknemer in dezelfde omstandigheden.

In het geval van een thuisbevalling, betaalt *MedExel* een prestatie uit ten belope van een forfaitair bedrag van 650 EUR.

In het geval van een *hospitalisatie* als gevolg van een psychische *ziekte*, psychiatrische *ziekte* of voor elke *ziekte* van depressieve aard, wordt de tussenkomst van *MedExel* beperkt tot een al dan niet opeenvolgende maximale periode van twee jaar van *hospitalisatie*.

Het bedrag van de terugbetaling houdt rekening met het eventuele eigen risico.

Indien de tussenkomst is onderworpen aan een voorafgaandelijke goedkeuring van de adviserende arts van de *Maatschappij*, zijn de volgende bepalingen van toepassing:

- de adviserende arts beslist op grond van omstandige verslagen (beschrijving van de behandeling, duur en gevraagde prijs) die hem worden voorgelegd, over de noodzaak van de voorgestelde *behandeling* en over het bedrag van de toe te kennen tussenkomst;
- de bovenvermelde verslagen moeten uiterlijk vijftien dagen voor de voorziene datum van hospitalisatie in het bezit van de adviserende arts zijn.

Zonder voorafgaande toelating van de adviserende arts, is er geen tussenkomst voor de kosten van *hospitalisatie*, noch voor de kosten voor *ambulante verzorging*.

Terrorisme

De tussenkomst van de *Maatschappij* bij *schadegevallen* ten gevolge van *terrorisme* is onderworpen aan de volgende bijkomende voorwaarden. Deze voorwaarden zijn conform de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door *terrorisme*, hierna "de Wet" genoemd.

De *Maatschappij* is lid van de VZW TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). De uitvoering van alle verbintenissen van alle verzekeringsondernemingen die lid zijn van de VZW wordt beperkt tot 1 miljard euro per kalenderjaar voor de schade veroorzaakt door alle gebeurtenissen, voorgevallen tijdens dat kalenderjaar, die erkend zijn als *terrorisme*.

Dit bedrag wordt op 1 januari van elk jaar aangepast volgens de evolutie van het indexcijfer der consumptieprijsen, met als basis het indexcijfer van december 2005. In geval van een wettelijke of reglementaire aanpassing van dat basisbedrag, zal het gewijzigde bedrag automatisch van toepassing zijn vanaf de eerstvolgende vervaldag na de wijziging, behalve als de wetgever expliciet een andere overgangsregeling heeft voorzien.

Indien het totaal van de berekende of geraamde schadevergoedingen het bedrag, vermeld in de vorige alinea, overschrijdt, wordt een evenredigheidsregel toegepast: de uit te keren schadevergoedingen worden beperkt ten belope van de verhouding van het bedrag, zoals in de voorgaande alinea geciteerd of de nog beschikbare middelen voor dat kalenderjaar en de uit te keren schadevergoedingen toegerekend aan dat kalenderjaar.

De toepassing van de Wet, de omvang van de verbintenissen van de verzekeringsmaatschappijen alsook de termijnen en de percentages van de schadevergoedingen zijn onderworpen aan de beslissingen van het Comité opgericht overeenkomstig de artikelen 5 en volgende van de Wet.

Uitbetaling van prestaties

Het bedrag van de prestaties wordt betaald aan de *verzekerde* of zijn rechtsopvolgers of elke andere persoon aangeduid door de *verzekerde*.

De hospitalisatiefactuur wordt terugbetaald binnen de tien werkdagen vanaf de datum van ontvangst van de factuur door *MedExel*, voor zover dat deze laatste beschikt over een volledig dossier met betrekking tot de medische kosten van de *verzekerde* en het *schadegeval* aanvaard werd overeenkomstig de algemene en bijzondere voorwaarden van de verzekering.

Indien het derdebetalerssysteem van toepassing is, zal de hospitalisatiefactuur aan *MedExel* worden bezorgd, die het bedrag ervan rechtstreeks betaalt aan het *ziekenhuis* overeenkomstig de algemene en bijzondere voorwaarden van de overeenkomst. Het bedrag van het eventuele *eigen risico* en de niet-gedekte kosten (zoals diverse kosten en kosten van comfort) zullen door *MedExel* bij de *verzekerde* worden teruggevorderd. Deze bepaling is eveneens van toepassing indien wordt vastgesteld dat de kosten op de betaalde factuur in verband staan met een contractuele uitsluiting of een niet-verzekerd risico.

Betwisting van medische aard

Elke betwisting van medische aard van een door de *Maatschappij* genomen beslissing moet schriftelijk aan de *Maatschappij* worden meegedeeld binnen de dertig dagen nadat de beslissing werd betekend.

Elke betwisting van medische aard wordt voorgelegd aan twee arts-deskundigen, één benoemd door de *verzekerde* en één door de *Maatschappij*.

Indien beide deskundigen geen akkoord kunnen bereiken zullen zij een derde deskundige aanstellen van wie het advies doorslaggevend zal zijn.

Wanneer één van de partijen haar arts-deskundige niet aanwijst of wanneer beide arts-deskundigen het niet eens worden over de keuze van de derde deskundige dan wordt deze op verzoek van de meest gerede partij aangewezen door de Voorzitter van de Rechtbank van Eerste Aanleg van de woonplaats van de *verzekerde*.

Elke partij draagt de kosten en honoraria van de arts-deskundige die zij aanwijst, met inbegrip van alle onderzoeken of bijkomende medische daden die de deskundige in het raam van de expertise zou kunnen vragen. Iedere partij staat in voor de helft van de kosten en honoraria van de derde deskundige, met inbegrip van alle onderzoeken en bijkomende medische daden die hij in het raam van de expertise zou kunnen vragen.

Indeplaatsstelling van de Maatschappij

De *Maatschappij* die de waarborg heeft verleend of zal verlenen, treedt ten belope van het bedrag van die waarborg in de rechten en rechtsoverdrachten van de *verzekerde* tegen alle voor het *ongeval* of de *ziekte* aansprakelijke derde(n), hun verzekeraars en/of elke verzekeraar die krachtens artikel 29bis van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen (B.S. 8 december 1989) verplicht is tussen te komen.

De *verzekerde* kan noch volledig noch gedeeltelijk afzien van hun verhaalrecht ten opzichte van enige derde, zonder de schriftelijke goedkeuring van de *Maatschappij*.

De *verzekerde* dient aan de *Maatschappij* alle nodige inlichtingen te verschaffen zodat deze laatste haar verhaal kan uitoefenen.

Artikel 6 – Einde van de prestaties

De prestaties van de *Maatschappij* nemen onmiddellijk een einde:

- (i) op einddatum van de *collectieve beroepsgebonden ziektekostenverzekeringsovereenkomst*;
- (ii) op datum van opzegging;
- (iii) indien de *verzekerde* niet meer beantwoordt aan de aansluitingsvoorwaarden bepaald in de bijzondere voorwaarden.

Indien de *Maatschappij* de tussenkomst heeft aanvaard overeenkomstig de algemene en bijzondere voorwaarden en de *verzekerde* tijdens een *hospitalisatie* zijn hoedanigheid als *verzekerde* verliest, dan blijven de prestaties voor de kosten van deze *hospitalisatie* verschuldigd gedurende een termijn van maximum 6 maanden, voor zover deze termijn ononderbroken is. Deze bepaling is niet van toepassing op de kosten betreffende een *ambulante verzorging* post-hospitalisatie.

Artikel 7 – Individuele voortzetting van de verzekering

Principe en voorwaarden

Indien de *hoofdverzekerde* gedurende minimum twee jaren ononderbroken aangesloten geweest is bij een beroepsgebonden ziektekostenverzekeringsovereenkomst en de *verzekerde* het voordeel van de collectieve beroepsgebonden ziektekostenverzekering verliest (om andere redenen dan deze bedoeld in artikel 208 §1 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen), dan heeft de *verzekerde* het recht om deze ziektekostenverzekering individueel voort te zetten zonder medische formaliteiten en zonder *wachttermijn*.

De individueel voortgezette ziektekostenverzekering zal opgemaakt worden op basis van de voorwaarden en tarief van toepassing op de individuele ziektekostenverzekeringsovereenkomsten voorgesteld door de *Maatschappij* op het moment van onderschrijving van deze overeenkomst.

Behoudens in geval van voorfinanciering, houdt het tarief rekening met de leeftijd van de *verzekerde* op het moment van de onderschrijving van de individuele ziektekostenverzekeringsovereenkomst.

De waarborgen van de individuele ziektekostenverzekeringsovereenkomst zijn gelijkaardig aan en beperken zich tot die waarborgen van de *collectieve beroepsgebonden ziektekostenverzekeringsovereenkomst*.

Voor de te volgen procedure en de te respecteren termijnen voor de individuele voortzetting van de verzekering, kan verwezen worden naar de artikelen 208 en 209 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

Voorfinanciering

MedExel licht de *Verzekeringsnemer* in over de mogelijkheid voor de *verzekerde* om individueel een bijkomende premie te betalen. De *Verzekeringsnemer* bezorgt deze informatie onmiddellijk aan de *hoofdverzekerde*.

De betaling van de bijkomende premies, mits deze premies jaar na jaar ononderbroken werden betaald, heeft tot gevolg dat de premie in geval van individuele voortzetting berekend wordt rekening houdend met de leeftijd waarop de *verzekerde* de bijkomende premie is beginnen te betalen.

Artikel 8 - Administratieve en diverse bepalingen

Bescherming van persoonsgegevens

De informatie die hierna volgt heeft betrekking op wet- en regelgeving inzake persoonsgegevensbescherming. Onder "persoonsgegevens" worden verstaan alle gegevens betreffende een natuurlijke persoon die de *Maatschappij* rechtstreeks van de *hoofdverzekerde* verkrijgt of die met betrekking tot de *hoofdverzekerde* aan de *Maatschappij* zijn verstrekt door de *Verzekeringsnemer*. Deze gegevens kunnen al dan niet automatisch worden verwerkt.

Onrechtstreekse gegevensoverdracht

Wanneer de *hoofdverzekerde* aan de *Maatschappij* persoonsgegevens van *bijverzekerden* meedeelt of wanneer die gegevens via de *Verzekeringsnemer* aan de *Maatschappij* worden verstrekt, vraagt zij aan de *hoofdverzekerde* om de andere *bijverzekerden* te informeren over deze gegevensoverdracht, de verwerking en de daarmee verband houdende rechten.

Doeleinden van de gegevensverwerking - Rechtsgrond - Ontvangers van de gegevens

Doeleinden

De persoonsgegevens worden door de *Maatschappij*, verwerkingsverantwoordelijke, verwerkt voor de volgende doeleinden:

- de aansluiting bij en de uitvoering van de collectieve ziektekostenverzekering (*)
- de uitvoering van risicoanalyses (*)
- de behandeling van klachten en mogelijke geschillen (*)
- de berekening van de technische voorzieningen (**)
- de naleving van wettelijke en prudentiële verplichtingen (**)
- de opsporing en het voorkomen van fraude (***)
- het opmaken van prognoses en van statistieken (***)
- direct marketingdoeleinden (***)

Indien de vereiste persoonsgegevens niet verstrekt zouden worden, kan noch de aansluiting bij noch de uitvoering van de collectieve ziektekostenverzekeringsovereenkomst worden opgevolgd.

Rechtsgrond

De persoonsgegevens worden verwerkt:

- (*) in het kader van de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst tussen *Verzekeringsnemer* en de *Maatschappij* waarbij de *hoofdverzekerde* werknemer is;
- (**) om te voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- (***) ter behartiging van gerechtvaardigde belangen.

Ontvangers van de gegevens

Binnen de hierboven opgesomde doeleinden, kunnen de persoonsgegevens gecommuniceerd worden aan ondernemingen die deel uitmaken van de groep Federale Verzekering, aan natuurlijke personen of ondernemingen die als dienstverlener of verwerker optreden voor rekening van de *Maatschappij* evenals aan andere betrokken derde partijen, een bevoegde overheidsdienst, een advocaat of bemiddelaar in het kader van geschillenbeslechting.

Vertrouwelijkheid

Technische en organisatorische maatregelen werden genomen om de vertrouwelijkheid en de veiligheid van de persoonsgegevens te garanderen. De toegang wordt beperkt tot de medewerkers die deze beroepshalve verwerken of nodig hebben.

Bewaring van de verwerkte gegevens

De verwerkte gegevens worden door de *Maatschappij* bewaard gedurende de tijd die nodig is om het doeleinde te realiseren. Deze duurtijd zal verlengd worden door de verjaringstermijn alsook door elke bewaartermijn die wordt opgelegd door wet- of regelgeving.

Rechten van de aangeslotene

De *verzekerde* van wie persoonsgegevens verwerkt worden kan:

- inzage vragen van die gegevens;
- onjuiste gegevens laten rectificeren;
- gegevens laten wissen;
- een beperking van de verwerking verkrijgen;
- gegevens verkrijgen en/of laten overdragen naar een andere verwerkingsverantwoordelijke;
- bezwaar maken tegen de verwerking.

Voor de omvang en de draagwijdte van de hiervoor vermelde rechten wordt verwezen naar het Privacybeleid op de website van de verwerkingsverantwoordelijke. Indien de persoonsgegevens gebruikt worden voor Direct Marketing, kan de verzekerde zich hiertegen steeds verzetten.

Elke vraag over de hiervoor vermelde rechten kan op één van de volgende manieren worden ingediend:

- via een gedateerde en ondertekende brief aan: de Data Protection Officer - Stoofstraat 12 - 1000 Brussel
- via e-mail aan: privacy@federale.be

Vereist is dat de verzekerde bij zijn vraag een recto-verso kopie van zijn identiteitskaart voegt.

Contactgegevens

Meer informatie is terug te vinden op www.federale.be of kan bekomen worden via e-mail aan privacy@federale.be of via brief aan de Data Protection Officer - Stoofstraat 12 - 1000 Brussel.

Eventuele klachten met betrekking de verwerking van persoonsgegevens kunnen gericht worden aan de Gegevensbeschermingsautoriteit.

Klachten

Elke mogelijke klacht betreffende de verzekeringsovereenkomst kan gericht worden aan: Federale Verzekering, Dienst klachtenbeheer, Stoofstraat 12, 1000 Brussel (tel: 02 509 01 89 – fax: 02 509 06 03 – beheer.klachten@federale.be)

Bij ontevredenheid over het antwoord van onze Dienst klachtenbeheer, kan de klacht gericht worden aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsquare 35, 1000 Brussel (fax: 02 547 59 75 – info@ombudsman.as).

Deze bepalingen doen geen afbreuk aan het recht van de *Verzekeringnemer* en de *verzekerde* om een rechtsvordering in te stellen.

Rechtsbevoegdheid – Toepasselijk recht

De betwistingen tussen partijen betreffende de uitvoering of interpretatie van de verzekeringsovereenkomst vallen uitsluitend onder de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken. Het Belgische recht is hierbij van toepassing, ook tijdens de precontractuele fase.

Woonplaats – Briefwisseling

Elke schriftelijke kennisgeving van de ene partij aan de andere wordt geacht te zijn gedaan op de datum van de postafgifte en gebeurt geldig op hun laatst onderling meegedeelde adres.

Indien de *Maatschappij* of *MedExel* een brief stuurt naar één van de bij de verzekeringsovereenkomst betrokken partijen, vormen de dossiers of documenten van de *Maatschappij* of *MedExel* het bewijs van de inhoud van de brief. Het bewijs van verzending, wanneer het om een aangetekende brief gaat, wordt geleverd door het postontvangstbewijs.

Er wordt overeengekomen dat een aangetekende brief voldoende is als ingebrekestelling.

Artikel 9 – Wijziging van de verzekeringsovereenkomst en de algemene voorwaarden

In het geval van conventionele, wettelijke of reglementaire wijzigingen inzake sociale zekerheid, de verplichte verzekering tegen arbeidsongevallen en *ongevallen* op de weg naar en van het werk, beroepsziekten of bij wijziging van de wet op ziekenhuizen of bij enige andere wettelijke of regelgevende wijziging die een betekenisvolle invloed heeft op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties, behoudt de *Maatschappij* zich het recht voor om de verzekeringsvoorwaarden te wijzigen nadat hij de *Verzekeringnemer* hiervan heeft verwittigd. De *Verzekeringnemer* kan de overeenkomst steeds opzeggen binnen de drie maanden na de kennisgeving van de wijziging.

Indien de Maatschappij de algemene voorwaarden om gegronde redenen en binnen de perken van de goede trouw wenst te wijzigen, stelt zij bij een gewone brief de *Verzekeringnemer* voor om de gewijzigde algemene voorwaarden toe te passen vanaf een door haar bepaalde datum.

DEEL II - BIJKOMENDE WAARBORGEN

De verzekeringsvoorwaarden betreffende de hospitalisatie van onvoorzienbare aard en/of bijstand in het buitenland worden bepaald in de algemene voorwaarden van het bijkomend contract "F-CARE – WAARBORGEN VERZEKERD DOOR EUROP ASSISTANCE" en in de bijzondere voorwaarden van de collectieve beroepsgebonden ziektekostenverzekeringsovereenkomst.