

CM-verzekeringen

Algemene voorwaarden

2017

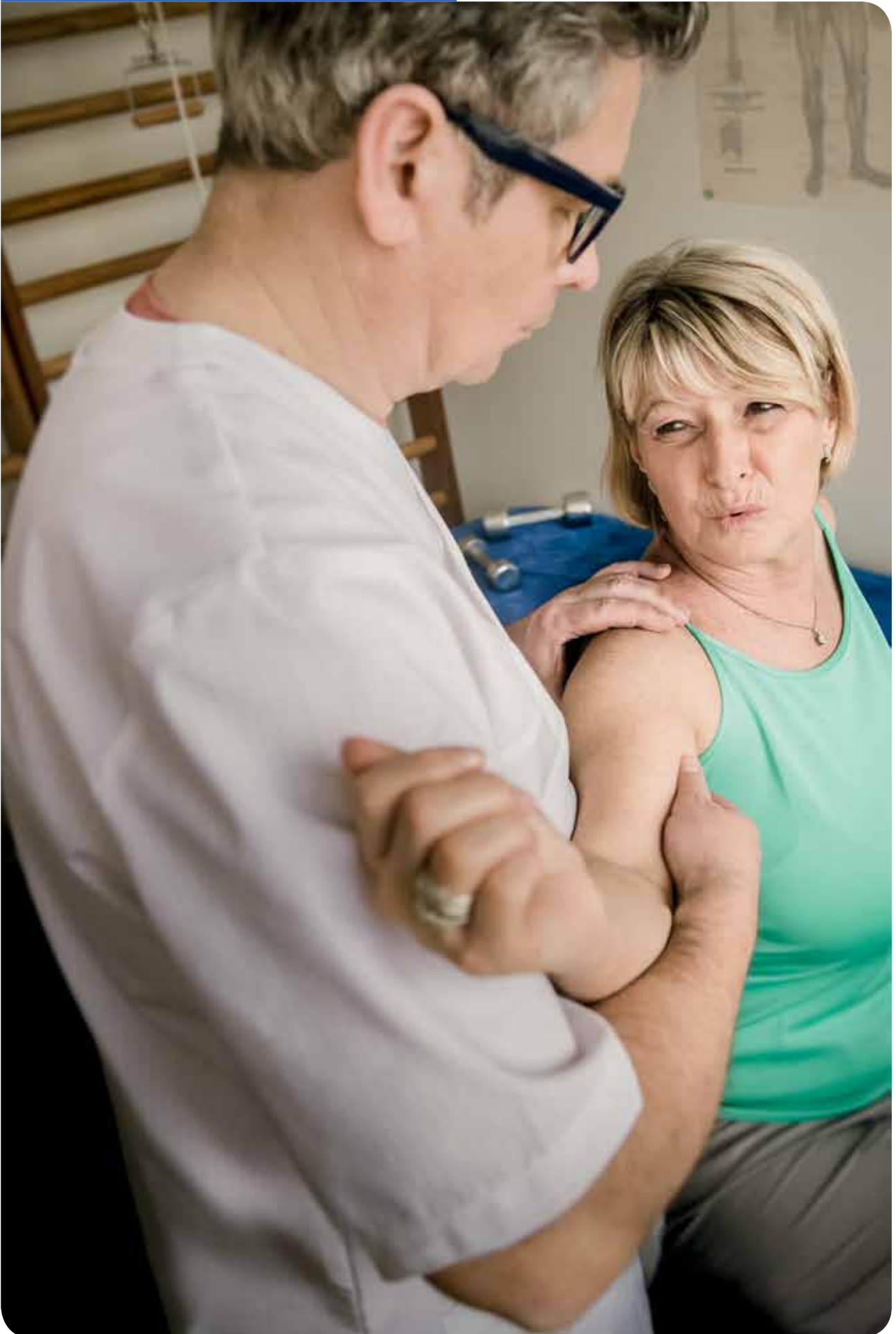


CM. Hoe gaat het met u?

Inhoudstafel

CM-MEDIKO PLAN	3
Begripsomschrijvingen	4
Aansluitingsvoorwaarden	5
Aanvang, duur en einde van de aansluiting	5
Wachttijden	6
Premies	6
Geboorte en adoptie	7
Aanvang en einde van de waarborgen	7
Waarborgen	7
Uitsluitingen	9
Aangifte, uitbetaling en verjaring	10
CM-HOSPITAALPLAN	11
Begripsomschrijvingen	12
Aansluitingsvoorwaarden	14
Aanvang, duur en einde van de aansluiting	14
Wachttijden	15
Premies	16
Geboorte en adoptie	17
Aanvang en einde van de waarborgen	17
Waarborgen	18
Franchise en grensbedragen	22
Uitsluitingen	23
Aangifte	24
CM-HOSPITAALFIX EN -FIX EXTRA	27
Begripsomschrijvingen	28
Aansluitingsvoorwaarden	29
Aanvang, duur en einde van de aansluiting	29
Wachttijd	30
Geboorte en adoptie	30
Aanvang en einde van de waarborgen	30
Premie	31
Waarborgen	32
Uitsluitingen	32
Uitbetaling, subrogatie en verjaring	32
DIVERSE BEPALINGEN	35

CM-MediKo Plan



1. Begripsomschrijvingen

Voor deze verzekering worden de volgende begrippen als volgt gedefinieerd.

Aangeboden diensten en verrichtingen:

het geheel van de diensten en verrichtingen die worden georganiseerd door:

- het ziekenfonds;
- de MOB Diensten en verrichtingen CM-Vlaanderen waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

Aansluitingsdatum:

de eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst door het ziekenfonds van de volledig ingevulde en door de verzekeringsnemer ondertekende verzekeringsovereenkomst, of de overeengekomen eerste dag van een volgende maand.

Ambulante prestaties:

vergoedbare medische prestaties en verstrekkingen die door, of op voorschrift van erkende zorgverstrekkers en niet tijdens een ziekenhuisopname of daghospitalisatie worden uitgevoerd.

Franchise:

deel van de kosten dat altijd ten laste van de verzekerde blijft.

Gelijkaardige verzekering:

verzekering tegen ambulante ziektekosten met dezelfde deelwaarborgen als het CM-MediKo Plan en een jaarlijks globaal plafondbedrag van minstens 2 500 euro per verzekerde.

Gerechtigde:

natuurlijk persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voortvloeien of kunnen voortvloeien en die in die hoedanigheid bij één van de ziekenfondsen van de MOB is aangesloten.

Hoorapparaat:

hoortoestel waarvoor de verzekerde recht heeft op tegemoetkoming in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Niet-terugbetaalbare verstrekking:

verstrekking waarvoor er geen tegemoetkoming bestaat in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Orthodontische behandeling:

diagnose en behandeling van afwijkingen van groei van de kaken en de gebitsontwikkeling.

Overstap naar het CM-MediKo Plan:

aansluiting bij deze verzekering met beëindiging van een onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij een gelijkaardige verzekering tegen ambulante ziektekosten.

De beëindiging van deze voorafgaande aansluiting moet bewezen worden aan de hand van een attest, afgeleverd door de vorige verzekeraar, dat uitdrukkelijk de einddatum aangeeft. Deze einddatum moet vallen in de periode van één dag voor, tot drie maanden na de aansluitingsdatum bij het CM-MediKo Plan.

Parodontologie:

diagnose en behandeling van aandoeningen van het tandvlees en/of andere weefsels die rond de tand zitten.

Persoon ten laste:

natuurlijk persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet als gerechtigde is aangesloten.

Premieperiode:

in de bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst vastgelegde periode waarvoor de premie wordt betaald.

Premievervaldag:

dag voorafgaand aan de premieperiode. De premie moet betaald zijn op de vervaldag.

Reisvaccins:

kosten voor de aankoop van de vaccins tegen gele koorts, hepatitis A, buiktyfus, Japanse encefalitis, tekenencefalitis, polio, meningitis A, W en Y.

Remgeld (persoonlijk aandeel):

verschil tussen het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV en de tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Tandimplantaat:

prothetisch element aangebracht in het kaaksbeen met het oog op de fixatie van een vaste of uitneembare tandprothese.

Tandprothese:

kunstmatige vervanging van één of meerdere natuurlijke tanden door uitneembare of vaste prothesen, kroon-en brugwerk ...

Terugbetaalbare verstrekking:

verstrekking waarvoor er een tegemoetkoming bestaat vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Verzekeraar:

de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen met erkenningsnummer 150/01.

Verzekerden:

de gerechtigden en hun personen ten laste die bij de verzekering zijn aangesloten.

Verzekeringsaanvraag:

formulier dat uitgaat van de MOB waarmee de MOB aanbiedt het risico ten laste te nemen op vraag van de verzekeringsnemer.

Verzekeringnemer:

de gerechtigde die de aansluiting bij de verzekering ondertekent. In geval van feitelijke scheiding kan de verzekering onderschreven worden zowel door de gerechtigde als door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij die gerechtigde is ingeschreven en dit schriftelijk verzoekt.

Verzekeringsovereenkomst:

het geheel van de algemene en de bijzondere voorwaarden van de verzekering.

Voedings- en dieetadvies:

advies gegeven door een diëtist die erkend is door het RIZIV.

Wachttijd:

periode die ingaat vanaf de aansluitingsdatum en waarvoor de premie betaald moet worden, maar waarin het recht op tegemoetkoming nog niet is geopend. De wachttijd eindigt met het ontstaan van het recht op tegemoetkoming.

Wettelijke terugbetaling:

voor de kosten gemaakt in België: elke tegemoetkoming bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

2. Aansluitingsvoorwaarden

De verzekering kan enkel worden onderschreven door een gerechtigde. In geval van feitelijke scheiding kan de verzekering ook worden onderschreven door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij de gerechtigde is ingeschreven.

De gerechtigde die wil aansluiten bij de verzekering dient zichzelf en alle personen die bij hem of haar ten laste staan voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, aan te sluiten bij de verzekering. Tenzij hij/zij met een attest aantoonst dat hij-/zijzelf of zijn/haar personen ten laste al bij een gelijkaardige kostendekkende verzekering is/zijn aangesloten.

In geval van feitelijke of wettelijke scheiding kunnen de kinderen ten laste desgewenst worden verzekerd via de ouder bij wie ze niet ten laste staan, in zoverre deze aansluit of is aangesloten bij de verzekering, of met een attest aantoonst dat hij/zij reeds bij een gelijkaardige verzekering is aangesloten.

Om bij de verzekering aan te sluiten en aangesloten te blijven, moeten de verzekerden aangesloten zijn bij één van de Vlaamse CM-ziekenfondsen voor de aangeboden Diensten en Verrichtingen en in orde zijn met de bijdragebetaling, overeenkomstig de betreffende statutaire bepalingen van het ziekenfonds.

3. Aanvang, duur en einde van de aansluiting

3.1 Aanvang en duur van de aansluiting

De overeenkomst komt tot stand bij de ondertekening van de verzekeringsaanvraag of de bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst door de verzekeringnemer en de eerste premiebetaling.

De overeenkomst bestaat uit twee delen:

- de algemene voorwaarden van de verzekering zoals die opgenomen zijn in de statuten;
- de bijzondere voorwaarden zoals bepaald in artikel 64, §2 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

De verzekeringnemer heeft het recht om, binnen de veertien dagen na ontvangst door de MOB van de ondertekende verzekeringsaanvraag, de overeenkomst schriftelijk op te zeggen met onmiddellijk gevolg op het ogenblik van de kennisgeving.

De waarborg vangt aan op de aansluitingsdatum en geldt levenslang behalve bij opzegging van de overeenkomst door de verzekeringnemer, het niet betalen van de premie en in het geval van fraude, zoals omschreven in deze algemene voorwaarden.

Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de verzekeraar misleidt bij de beoordeling van dat risico is de verzekeringsovereenkomst nietig cfr. artikel 59 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

3.2 Einde van de aansluiting

1. Zodra een verzekerde niet langer voldoet aan één van de aansluitingsvoorwaarden, eindigt zijn/haar aansluiting. De aansluiting geldt tot en met de laatste dag waarop aan alle aansluitingsvoorwaarden was voldaan.
2. Als een verzekerde persoon ten laste zelf gerechtigde wordt, kan hij de verzekering als verzekeringnemer ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten. Bij overgang of mutatie naar een ziekenfonds dat niet is aangesloten bij de MOB, eindigt de aansluiting op de laatste dag van de maand voorafgaand aan deze van de overgang of mutatie.
3. Bij opzegging per brief door de verzekeringnemer eindigt de aansluiting. Er is, onverminderd de toepassing van de bepalingen uit punt 3.1 'Aanvang duur en einde van de aansluiting', een opzegtermijn van één maand die ingaat vanaf de dag die volgt op de afgifte ter post (in geval van een aangetekend schrijven), de betekening (opzeg bij deurwaardersexploot) of de datum van het ontvangstbewijs (afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs).

4. Elke verzekeringsnemer moet de volledige premie voor zichzelf en zijn/haar personen ten laste betalen vóór de vervaldag. Bij niet-betaling of onvolledige betaling van de premie stuurt de verzekeraar een aangetekende brief naar de verzekeringsnemer cfr. artikel 69 tot en met 72 van de verzekeringswet van 4 april 2014. Als de verzekeringsnemer nalaat de achterstallige premie te betalen binnen de vijftien dagen volgend op de afgiftedatum van de aangetekende brief op de post, wordt de dekking geschorst vanaf de vijftiende kalenderdag volgend op die afgiftedatum.

Als de verzekeringsnemer binnen de vijftien kalenderdagen, vanaf de eerste dag van de schorsing, de premie nog steeds niet heeft betaald, wordt de verzekeringsovereenkomst stopgezet op de vijftiende dag na de eerste dag van de schorsing.

Er is geen recht op vergoeding van schadegevallen die zich voordoen tijdens de schorsingsperiode. Tijdens de schorsingsperiode blijven de premies verschuldigd.

Als de verzekeringsovereenkomst wordt stopgezet kan men pas opnieuw aansluiten als aan alle aansluitingsvoorwaarden is voldaan en eventuele premieachterstallen uit het verleden zijn betaald. Verzekerden die zelf de verzekering stopzetten of waarvoor de verzekering bij het CM-MediKo Plan wordt stopgezet door de MOB om redenen zoals omschreven in deze statuten kunnen pas opnieuw aansluiten na een periode van minstens drie jaar die ingaat vanaf de datum waarop de vorige aansluiting werd afgesloten. Daarbij moeten alle specifieke wachttijden opnieuw worden volbracht en geldt de premie die overeenkomt met de leeftijd bij heraan-sluiting.

5. Bij overlijden van de verzekeringsnemer, kunnen zijn/haar personen ten laste de verzekering ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten in zoverre ze zelf verzekeringsnemer worden of ten laste komen van een andere verzekeringsnemer.

4. Wachttijden

4.1 Algemene wachttijden

Voor het CM-MediKo Plan gaat het recht op tegemoetkoming in na de volgende wachttijden die ingaan vanaf de aansluitingsdatum:

- drie maanden voor de waarborgen: wettelijke remgelden, reisvaccins en voedings- en dieetadvies;
- zes maanden voor de waarborg oogzorg;
- twaalf maanden voor de waarborgen: parodontologie, tandprothesen, tandimplantaten, orthodontie, hoorapparaten en het bevallingsforfait.

4.2 Vermindering wachttijden

De wachttijden worden verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting:

- bij overstap vanuit een gelijkaardige verzekering zoals bepaald in de begripsomschrijving op pagina 4;
- bij overgang van persoon ten laste naar gerechtigde of omgekeerd.

5. Premies

De premie wordt vastgesteld door de Algemene Vergadering. De Algemene Vergadering kan deze bevoegdheid aan de Raad van Bestuur delegeren. Deze delegatie is geldig voor één jaar en is hernieuwbaar.

Overzicht van de maandpremies 2017 per verzekerde

leeftijd	maand-premie (euro)	leeftijd	maand-premie (euro)	leeftijd	maand-premie (euro)
0	10,16	24	14,03	48	17,60
1	10,27	25	14,25	49	17,73
2	10,40	26	14,43	50	17,85
3	10,53	27	14,58	51	17,97
4	10,71	28	14,72	52	18,10
5	10,92	29	14,84	53	18,22
6	11,13	30	14,94	54	18,31
7	11,36	31	15,04	55	18,40
8	11,55	32	15,15	56	18,49
9	11,73	33	15,26	57	18,56
10	11,89	34	15,37	58	18,63
11	12,03	35	15,50	59	18,70
12	12,17	36	15,65	60	18,76
13	12,26	37	15,80	61	18,82
14	12,31	38	15,96	62	18,89
15	12,35	39	16,14	63	18,95
16	12,39	40	16,31	64	19,01
17	12,42	41	16,48	65	19,06
18	12,62	42	16,66	66	19,11
19	12,86	43	16,82	67	19,15
20	13,09	44	16,99	68	19,18
21	13,33	45	17,16	69	19,22
22	13,56	46	17,31	70*	19,26
23	13,81	47	17,45		

Verzekerden die aangesloten zijn bij het CM-Hospitaalplan en het CM-MediKo Plan krijgen een korting van 5 % op de premie van het CM-Hospitaalplan voor de periode waarin men bij beide verzekeringen is aangesloten.

Bij aansluiting wordt de premie bepaald op basis van de leeftijd die elke verzekerde bereikt op de aansluitingsdatum. Dit is de aanvangspremie die blijft gelden voor zover de verzekerde ononderbroken aangesloten blijft in het CM-MediKo Plan. De premie kan jaarlijks op 1 januari aangepast worden aan het indexcijfer der consumptieprijzen of aan de medische indexen die gelden voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten als deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijden, zoals bepaald in het K.B. van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, §3 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

De aanpassing aan de consumptieprijsindex gebeurt tot en met 2016 op basis van de verhouding tussen de index van de maand augustus; vanaf 1/1/2017 op basis van de verhouding tussen de index van de maand juni van de twee voorgaande jaren.

Daarnaast mag de premie slechts worden verhoogd in uitzonderlijke omstandigheden die omschreven zijn in artikel 504 van de controlewet van 13 maart 2016 en mits goedkeuring door de Controledienst voor Ziekenfondsen.

Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij het CM-MediKo Plan, zijn tot en met het tweede kalenderjaar na het jaar van hun geboorte vrijgesteld van premiebetaling.

Indien het aantal personen ten laste meer bedraagt dan drie, bedraagt de premie vanaf de vierde aangesloten persoon ten laste de helft van diens premie. De rangorde wordt bepaald volgens de leeftijd, waarbij de oudste persoon ten laste als eerste persoon ten laste wordt gerangschikt.

De premie is door de verzekeringsnemer verschuldigd vanaf de aansluitingsdatum en voor elke begonnen maand. Niet betaling van de premie leidt in overeenstemming met de bepaling zoals omschreven in punt 4 van hoofdstuk 3.2, tot stopzetting van de verzekering.

De periodiciteit voor de premiebetaling is afhankelijk van de door de verzekeringsnemer gekozen betaalwijze.

Onverschuldigde premies worden automatisch en binnen de dertig dagen na het einde van de aansluiting teruggestort.

6. Geboorte en adoptie

Voor een pasgeboren of geadopteerd kind dat ten laste komt te staan van een verzekeringsnemer die op de geboortedatum of adoptiedatum bij het CM-MediKo Plan is aangesloten, gelden volgende bijzondere bepalingen:

- de geboortedatum of adoptiedatum geldt als aansluitingsdatum;
- er moet geen wachttijd doorlopen worden. Er is onmiddellijk recht op tegemoetkoming.

Voor een pasgeborene of geadopteerde die niet aan deze voorwaarden voldoet, gelden de bepalingen van een gewone aansluiting.

7. Aanvang en einde van de waarborgen

Kosten gemaakt vóór de aansluitingsdatum en na beëindiging van de aansluiting worden niet vergoed.

De verzekerde moet op verzoek van de verzekeraar alle nuttige informatie verstrekken en op de gestelde vragen antwoorden om de omstandigheden en de omvang van de schade te kunnen vaststellen. Als de verzekerde vanuit bedrieglijk opzet informatie achterhoudt of onjuist verstrekt, kan de verzekeraar voor het concrete schadegeval zijn dekking weigeren.

De MOB behoudt zich het recht voor om onrechtmatig verkregen tegemoetkomingen met alle rechtsmiddelen terug te vorderen van de verzekerde die ze ontving.

8. Waarborgen

8.1 Algemene bepalingen

Tenzij uitdrukkelijk anders vermeld wordt, waarborgt het CM-MediKo Plan enkel kosten:

- waarvoor recht is op een tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- die zich voordoen buiten een periode van hospitalisatie of daghospitalisatie;
- voor prestaties die in België voorgeschreven zijn en in België verstrekt worden;
- voor prestaties van diagnostische en/of curatieve aard die uitgevoerd of voorgeschreven zijn door een arts.

Aan verzekerden die tijdelijk geen recht hebben op een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen omdat ze niet in regel zijn of de wachttijd nog niet hebben volbracht, wordt dezelfde tegemoetkoming toegekend als deze die ze zouden krijgen als ze wel recht hebben.

De tegemoetkomingen die al betaald of nog te betalen zijn door de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de arbeidsongevallenverzekering, het Fonds voor de beroepsziekten of iedere andere vergoeding van een verzekering, kas, fonds, organisme of instelling waarbij de aansluiting wettelijk verplicht is, worden in mindering gebracht van de ingediende kosten.

Verzekerden die al een tegemoetkoming kregen in uitvoering van een andere commerciële individuele of collectieve verzekering of een vergoeding ontvingen van eender welke aard kunnen een kopie van de factuur en de onkostennota's en van de afrekening van de andere verzekeringsmaatschappij of instantie aan de MOB overmaken. De MOB betaalt dan de tegemoetkoming die de verzekerde zou krijgen indien hij/zij geen commerciële individuele of collectieve verzekering had, maar beperkt tot het resterend bedrag per deelwaarborg ten laste van de verzekerde na tussenkomst van de andere verzekering.

De terugbetalingen van het CM-MediKo Plan mogen gecumuleerd worden met de waarborgen 'pré-en posthospitalisatie' en 'ernstige ziekten' van het CM-Hospitaalplan zoals beschreven in deze algemene voorwaarden. Het totaal terugbetaalde bedrag kan echter nooit hoger zijn dan het bedrag van de gedekte waarborgen en de in werkelijkheid gefactureerde kosten.

De verzekerde meldt bij de schadeaanpak het bestaan van om het even welke andere verzekering die voorziet of kan voorzien in een volledige of gedeeltelijke terugbetaling van de gemaakte kosten.

Als de terugbetaling betrekking heeft op kosten waarvoor schadeloosstelling is voorzien krachtens een andere Belgische wetgeving, een buitenlandse wetgeving of het gemeen recht, wordt de verzekering door de verzekerde gesubrogeerd voor de tegemoetkomingen door de verzekering betaald. De verzekering kan overgaan tot terugvordering van uitbetaalde tegemoetkomingen bij degene die schadeloosstelling is verschuldigd krachtens de andere Belgische wetgeving, buitenlandse wetgeving of het gemeen recht. De verzekeringsmaatschappijen burgerlijke aansprakelijkheid worden gelijkgesteld met degenen die schadeloosstelling zijn verschuldigd.

8.2 Basiswaarborgen

A. Wettelijke remgelden

Het CM-MediKo Plan dekt 75 % van de wettelijke remgelden voor onderstaande ambulante raadplegingen en technische verstrekkingen tot maximum 1 500 euro per verzekerde per jaar:

- de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 2;
- de technisch-medische handelingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3;
- de tandartsen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 5, zonder de tandprothesen, tandimplantaten, abutments, kronen, bruggen en eventuele bijplaatsingen op eventuele tandprothesen die vergoed worden volgens de waarborgen tandzorgen (zie 8.2 B);
- de kinesitherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 7;
- de verpleegkundige zorgen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 8;
- de vroedvrouwen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 9, verplaatsingskosten inbegrepen;
- de speciale verstrekkingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 11;
- de medische beeldvorming: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 17, 17bis, 17ter, 17quater;
- de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikels 18;
- de inwendige geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 20;
- de dermato-venereologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 21;
- de fysiotherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 22;

- de klinische biologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 24 en 24 bis;
- de toeslag urgentie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 26;
- de bandagisterie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 27;
- de orthopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 29;
- de anatomo-pathologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 32;
- de genetiëk: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 33 en 33bis;
- de interventionele verstrekkingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 34;
- de logopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 36

Terugbetaling:

De tegemoetkomingen worden uitbetaald op basis van de bij het ziekenfonds ingediende getuigschriften voor verstrekte hulp of op basis van de door de zorgverstreker via de regeling betalende derde ingediende prestaties in het kader van de terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De berekening van de tegemoetkomingen gebeurt uitsluitend op basis van de wettelijke tarieven opgenomen in de nomenclatuur van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en op basis van het tarief dat wordt toegepast voor wie een globaal medisch dossier heeft bij de huisarts.

De terugbetalingen gebeuren driemaandelijks.

B. Tandzorgen

Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming voor bestaat, voorziet het CM-MediKo Plan in een tegemoetkoming voor onderstaande tandzorgen die op medisch voorschrift worden uitgevoerd:

Parodontologie:

de kosten (andere dan de wettelijke remgelden) van medisch noodzakelijke parodontologische prestaties tot 500 euro per kalenderjaar en per verzekerde.

Tandprothesen en tandimplantaten:

de kosten voor de aankoop en het plaatsen van uitneembare prothesen en vaste prothesen (implantaten, kroon- en brugwerk) tot 500 euro per kalenderjaar en per verzekerde. Herstellingen en rebaseringen van tandprothesen worden vergoed volgens de waarborg remgelden (zie 8.2 A).

Orthodontie:

de kosten (andere dan de wettelijke remgelden) van een orthodontische behandeling bij een erkend tandarts-orthodontist tot maximum 500 euro per behandelingsplan. (max. 500 euro voor alle behandelingsplannen gestart voor de 18de verjaardag en max. 500 euro voor alle behandelingsplannen gestart na de 18de verjaardag). De plaatsing van het apparaat geldt als startdatum van het behandelingsplan. Een behandelingsplan gestart voor of tijdens de wachttijd komt niet in aanmerking voor vergoeding volgens deze waarborg.

Bovenstaande tegemoetkomingen in tandzorgen kunnen gecumuleerd worden met de eventuele terugbetaling binnen de waarborg wettelijke remgelden zoals voorzien in hoofdstuk 8.2 A.

Tandzorgen met een louter esthetisch karakter zoals het bleken van tanden, aanbrengen van facetten en soortgelijke verstrekkingen worden niet vergoed.

De tegemoetkoming voor de hierboven vermelde tandzorgen wordt gegeven op basis van het volledig ingevulde 'aangifteformulier tandzorgen' ondertekend door de zorgverstrekker en de verzekerde. Dit formulier vind je op www.cm.be of kun je in je CM-kantoor vragen.

C. Oogzorg

Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming voor bestaat, voorziet het CM-MediKo Plan in een tegemoetkoming voor de aankoop van corrigerende glazen of contactlenzen, intra-oculaire lenzen en ambulante heelkundige correcties van het gezichtsvermogen zoals laserbehandelingen of keratotomie tot 100 euro per verzekerde per kalenderjaar.

Brilmonturen en zonnebrillen worden niet vergoed.

De tegemoetkoming wordt gegeven op basis van de originele en gedetailleerde factuur van de opticien of het getuigschrift voor verstrekte hulp of een originele en gedetailleerde ereloonnota van de geneesheer in geval van heelkundige correcties.

D. Hoorapparaten

Het CM-MediKo Plan voorziet in een tegemoetkoming tot 500 euro voor de aankoop van een hoortoestel waarvoor de verzekerde recht op tegemoetkoming heeft in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dat op medisch voorschrift wordt verstrekt en dat wordt afgeleverd door een erkende audioloog.

Batterijen of ander toebehoren voor de hoorapparaten worden niet vergoed.

De tegemoetkoming wordt gegeven op basis van de originele factuur van de audioloog die het hoorapparaat verstrekt.

E. Reisvaccins

Het CM-MediKo Plan voorziet in een tegemoetkoming tot 25 euro per verzekerde per kalenderjaar voor de aankoop van de volgende vaccins: gele koorts, hepatitis A, buiktyfus, Japanse encefalitis, tekenencefalitis, polio, meningitis A, W en Y.

De tegemoetkoming wordt gegeven op basis van het door de verzekerde ondertekende BVAC-attest op naam van de verzekerde dat door de apotheker wordt afgeleverd in het kader van de tegemoetkoming door een bijkomende verzekering of op basis van de originele factuur van een andere erkende instantie

die het vaccin verstrekt, of op basis van het door de verstrekker ingevulde CM-formulier.

F. Bevallingsforfait

Het CM-MediKo Plan voorziet in een forfaitaire tegemoetkoming van 250 euro in de kosten bij een bevalling van de verzekerde.

De tegemoetkoming wordt gegeven op basis van het geboorte-attest dat door de gemeente wordt verstrekt.

G. Voedings- en dieetadvies

Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming voor bestaat, voorziet het CM-MediKo Plan in een tegemoetkoming tot 40 euro per verzekerde per kalenderjaar voor kosten die te maken hebben met het verkrijgen van voedings- of dieetadvies van een erkende diëtist.

De tegemoetkoming wordt gegeven op basis van de originele factuur van de diëtist of het door de diëtist ingevulde 'aanvraagformulier voor tegemoetkoming voedings- en dieetadvies'.

9. Uitsluitingen

De hierna vermelde kosten worden niet door het CM-MediKo Plan vergoed.

1. Kosten die betrekking hebben op volgende prestaties en hun gevolgen en verwickelingen:
 - (louter) esthetische zorgen of behandeling, verjongingskurzen of zorgen met esthetisch oogmerk;
 - kuurbehandelingen (bijvoorbeeld thermalisme, thalassotherapie ...);
 - borstvergrotingen;
 - behandelingen waarvan het nut niet wetenschappelijk is bewezen.
2. Kosten ten gevolge van een (burger)oorlog of een ramp.
3. Kosten ten gevolge van onlusten, oproer en politiek, ideologisch of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de verzekerde aantoonbaar:
 - dat hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen;
 - dat hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
 - dat hij/zij is opgetreden met het oog op redding van personen, dieren of goederen, indien deze niet het voorwerp uitmaken van voornoemde feiten.

4. Kosten ten gevolge van een opzettelijke daad, roekeloze daden, weddingschappen, uitdagingen of vrijwillige deelname aan een misdaad of wanbedrijf.
5. Kosten die het gevolg zijn van een staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie van de verzekerde of het zonder medisch voorschrift onder invloed staan van verdovende middelen, narcotica, hallucinogenen, andere drugs of geneesmiddelen, tenzij wordt bewezen dat:
 - er tussen die omstandigheden en de ziekte of het ongeval geen enkel oorzakelijk verband bestaat;
 - de verzekerde door onwetendheid drank of verdovende middelen gebruikte of er door een derde toe werd gedwongen.
6. Kosten ten gevolge van de beoefening van volgende gevaarlijke sporten: alpinisme, basejumps, bergbeklimmen, bobsleeën, canyoning, deltavliegen, diepzeeduiken, downhill, elastiekspringen, horse-ball, ijsklimmen, racen (motor, wagen, buitenboordmotor), paraglijding, parasailing, parapente, rafting, rodelen, schansspringen, acrobatisch skiën, skiën buiten piste, snowboard buiten piste, speleologie, ULM, valscherspringen, vechtsporten, zweefvliegen en eender welke sport als beroepsactiviteit, trainingen inbegrepen.
7. Kosten ten gevolge van een feit of een opeenvolging van feiten waar radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van brandstoffen of producten of radioactieve afvalstoffen de oorzaak van zijn, evenals de kosten die rechtstreeks voortspruiten uit ioniserende stralingen en ontstaan zijn door een ramp. Bestralingen en behandelingen met dergelijke producten omwille van een medische behandeling zijn wel gewaarborgd.
8. Prestaties die niet noodzakelijk zijn voor het herstel van de gezondheid.
9. Kosten voor doelbewuste medische behandelingen in het buitenland waarvoor geen toestemming werd gegeven door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds.
10. Kosten die overeenkomstig de Belgische wetgeving niet mogen worden aangerekend.

10. Aangifte, uitbetaling en verjaring

1. De verjaringstermijn voor het indienen van schadekosten bedraagt drie jaar vanaf het einde van de maand waarin de verzekerde deze ontvangt. Kosten die ten laste blijven van de verzekerde omdat de stukken vervallen zijn voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden niet vergoed.

De verjaringstermijn voor de vordering door de MOB tot terugbetaling van een onverschuldigde tegemoetkoming bedraagt drie jaar vanaf het einde van de maand waarin de uitbetaling is gebeurd.

De toegezonden stukken blijven in het bezit van de MOB. Indien nodig kan de MOB bijkomende, door de huisarts of de behandelende geneesheer, in te vullen informatie vragen, of kan de MOB vragen nog andere documenten te overhandigen.

2. De tegemoetkomingen van het CM-MediKo Plan worden gestort op het rekeningnummer dat bij CM gekend is voor de terugbetaling van gezondheidszorgen, en ontslaan de MOB volledig van enige vervolging wegens verkeerde uitbetaling.
3. De tegemoetkoming wordt uitbetaald aan de verzekerde. Als de verzekerde overlijdt, wordt de tegemoetkoming uitbetaald aan de natuurlijke persoon die bewijst dat hij/zij de rekening heeft betaald.
4. De MOB heeft het recht op ieder ogenblik de juistheid van de aangiften te laten onderzoeken door een door de MOB aangeduide geneesheer.

In geval van betwisting over de medische aspecten van een schadedossier, kunnen de partijen in gemeenschappelijk overleg elk een geneesheer aanstellen om het geschil te beslechten. Als de geneesheer van de verzekerde en die van de MOB het onderling niet eens worden, zullen zij een derde geneesheer aanduiden om als scheidsrechter op te treden. Wordt men het niet eens over deze benoeming, dan wordt deze derde geneesheer op verzoek van de meest gereede partij door de voorzitter van de bevoegde rechtbank van eerste aanleg aangeduid.

De woonplaats van de verzekerde is bepalend voor de bevoegdheid van de rechtbank. De beslissing van deze scheidsrechter is bindend.

Elke partij draagt de kosten en het honorarium van haar raadslieden. De verliezende partij draagt de kosten en het honorarium van de derde geneesheer en de kosten van zijn/haar aanstelling.

5. De verjaringstermijn voor het betwisten van de beslissingen van de MOB bedraagt drie jaar, vanaf het einde van de maand waarin de beslissing aan de verzekerde werd toegestuurd.
6. De MOB heeft het recht de gedane verklaringen en de antwoorden op haar vragen om inlichtingen te onderzoeken. De verzekerde of zijn/haar aangestelde moet de nodige maatregelen treffen om de afwerking van de aangifte door de MOB te vergemakkelijken.
7. Als de verzekerde één van de verplichtingen opgelegd door punten 1, 3 en 4 van dit artikel niet nakomt of bij bedrieglijk opzet, kan de MOB de tegemoetkoming weigeren.

CM-Hospitaalplan



1. Begripsomschrijvingen

Voor deze verzekering worden de volgende begrippen als volgt gedefinieerd.

Aangeboden diensten en verrichtingen:

het geheel van de diensten en verrichtingen die worden georganiseerd door:

- het ziekenfonds;
- de MOB Diensten en Verrichtingen waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

Aansluitingsdatum:

de eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst door het ziekenfonds van de volledig ingevulde en door de verzekeringsnemer ondertekende verzekeringsovereenkomst en de volledig ingevulde en ondertekende medische vragenlijst(en), of de overeengekomen eerste dag van een volgende maand.

CM-Hospitaalplan:

de verzekering gevormd door deze bepalingen, de bijzondere voorwaarden en de medische vragenlijst. Deze maken één geheel uit.

Daghospitalisatie:

medische opname waarvoor geen verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd, maar een miniforfait of dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/of toediening van geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus, maxiforfait, chirurgisch dagziekenhuis (= forfait heelkundige dienst), forfait gipskamer, dagziekenhuisforfait groep 1 tot en met groep 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3 of een forfait manipulatie poortkatheter.

Franchise:

deel van de kosten dat altijd ten laste van de verzekerde blijft.

Gelijkaardige mutualistische verzekering:

hospitalisatieverzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die voorziet in een kostendekkende vergoeding. De MOB beschouwt de waarborg als gelijkaardig aan die van het CM-Hospitaalplan wanneer de terugbetaling van supplementen in de een- en tweepersoonskamers en de premie gelijkaardig zijn aan die van het CM-Hospitaalplan.

Geneesmiddel:

ieder product dat uitsluitend in een apotheek wordt afgeleverd, dat is voorgeschreven door een geneesheer en dat als farmaceutische specialiteit of magistrale bereiding is geregistreerd door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn/haar bevoegdheid heeft. Worden onder andere niet als geneesmiddel beschouwd: de verbandmiddelen, de hygiëne- en dieetproducten, de verplegingsartikelen, de reactieven, de homeopathische middelen en kousen.

Gerechtigde:

natuurlijk persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voortvloeien of kunnen voortvloeien en die in die hoedanigheid bij een CM-ziekenfonds in Vlaanderen is aangesloten.

Honorariumsupplement:

deel van het honorarium dat gevraagd wordt door de zorgverstreker boven het tarief vastgelegd door het RIZIV.

Hospitalisatie:

iedere medische opname in een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd. Een hospitalisatie die zowel een verblijf op een gemeenschappelijke kamer als op een eenpersoonskamer omvat, wordt volledig beschouwd als een hospitalisatie op een eenpersoonskamer. Een hospitalisatie die zowel een verblijf op een tweepersoonskamer als op een eenpersoonskamer omvat, wordt volledig beschouwd als een hospitalisatie op een eenpersoonskamer. Een hospitalisatie met een transfer naar een ander ziekenhuis voor dezelfde aandoening wordt beschouwd als één hospitalisatie.

Implantaat:

elk synthetisch of lichaamsvreemd materiaal, instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk artikel dat door de fabrikant is bestemd om:

- hetzij geheel of gedeeltelijk geïmplanteerd te worden (in een natuurlijke opening of via een medische of chirurgische ingreep);
 - hetzij een deel van het epitheelweefsel te vervangen.
- Hoofdzakelijk voor het verwezenlijken van volgende doelstellingen:
- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte;
 - diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van een verwonding of handicap;
 - onderzoek naar, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces.

De belangrijkste beoogde uitwerking wordt niet met farmacologische, chemische of immunologische middelen of door metabolismen bekomen, maar kan wel door dergelijke middelen of processen worden ondersteund.

Een implantaat is bestemd om na de ingreep gedurende tenminste 30 dagen geïmplanteerd te blijven. Het is enkel te verwijderen door een medische handeling of chirurgische ingreep.

Niet-terugbetaalbare verstrekking:

verstrekking waarvoor er geen recht is op een tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Ongeval:

een plotse gebeurtenis die een objectief vast te stellen letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van het slachtoffer ligt.

Orthopedisch toestel:

een toestel, apparaat of hulpmiddel dat een valide persoon niet nodig heeft en dat nodig is om aangetaste of verzwakte lichaamsdelen te steunen, dan wel het gebruik of de functies ervan te bevorderen.

Overstap (naar het CM-Hospitaalplan):

aansluiting bij deze verzekering met beëindiging van een onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij een gelijkaardige commerciële hospitalisatieverzekering of gelijkaardige mutualistische hospitalisatieverzekering van een ander ziekenfonds.

De beëindiging van de voorafgaande aansluiting moet bewezen worden aan de hand van een attest afgeleverd door de vorige verzekeraar dat uitdrukkelijk de einddatum aangeeft. Deze einddatum moet vallen in de periode van één dag voor, tot drie maanden na de aansluitingsdatum bij het CM-Hospitaalplan.

Parafarmaceutisch product:

een product of een voorwerp dat niet beantwoordt aan de definitie van geneesmiddel en niet werd geregistreerd als geneesmiddel, maar dat mag aangerekend worden en dat aangewend wordt in de medische behandeling van een ziekte of aandoening, zoals steunkousen en halskragen.

Homeopathische middelen en alle producten voor persoonlijke verzorging, hygiëne en comfort (zoals scheergel, tandpasta, maandverband, luiers ...) worden niet als een parafarmaceutisch product beschouwd.

Persoon ten laste:

natuurlijk persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet als gerechtigde is aangesloten.

Premieperiode:

in de bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst vastgestelde periode waarvoor de premie wordt betaald.

Premievervaldag:

de dag voorafgaand aan de premieperiode. De premie moet betaald zijn op de vervaldag.

Prothesen:

kunstledematen en toestellen om aangetaste lichaamsdelen of organen geheel of gedeeltelijk te vervangen (bijvoorbeeld: armprothesen, haarprothesen, gehoorprothesen, oogprothesen). Inwendige prothesen (bijvoorbeeld: knieprothesen, heupprothesen) maken deel uit van de implantaten (zie hoger).

Remgeld (persoonlijk aandeel):

verschil tussen het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV en de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Synthesemateriaal:

elk synthetisch of lichaamsvreemd materiaal, instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk artikel bestemd voor:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte, verwonding of handicap;
- onderzoek, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces waarbij de belangrijkste beoogde werking op het menselijk lichaam niet met farmacologische,

chemische of immunologische middelen of door het metabolisme wordt bereikt.

Het synthesemateriaal dringt gedurende de beoogde tijdsduur gedeeltelijk of volledig in het lichaam binnen door een chirurgische ingreep, via een natuurlijke lichaamsopening of door het lichaamsoppervlak heen.

Terugbetaalbare verstrekking:

verstrekking waarvoor er recht is op een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Thuisbevalling:

bevalling zonder hospitalisatie of daghospitalisatie.

Toezicht, raadplegingen, onderzoeken, behandelingen:

medische en paramedische prestaties verstrekt of voorgescreven door een arts en opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Verblijfskosten:

kosten samengesteld uit het kamersupplement, het persoonlijk aandeel in de verpleegdag en het forfait voor de geneesmiddelen.

Verpleegdag:

de kost die het ziekenhuis mag aanrekenen voor elke hospitalisatiedag met overnachting en voor één bijkomende hospitalisatiedag als de ziekenhuisopname begon voor 12 uur en het ontslag gegeven werd na 14 uur.

Verzekeraar:

De MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen met erkenningsnummer 150/01.

Verzekerden:

de gerechtigden en personen ten laste die bij het CM-Hospitaalplan zijn aangesloten.

Verzekeringsaanvraag:

formulier dat uitgaat van de MOB waarmee de MOB aanbiedt het risico ten laste te nemen op vraag van de verzekeringsnemer.

Verzekeringsnemer:

de gerechtigde die de aansluiting bij het CM-Hospitaalplan ondertekent. In geval van feitelijke scheiding kan het CM-Hospitaalplan onderschreven worden zowel door de gerechtigde als door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij die gerechtigde is ingeschreven en dit schriftelijk verzoekt.

Verzekeringsovereenkomst:

de verzekeringsovereenkomst bestaat uit de algemene en de bijzondere voorwaarden van de verzekering.

Voorafbestaande toestand:

elke aandoening, ziekte of zwangerschap die de verzekerde heeft op het ogenblik van de aansluitingsdatum, die hetzij op de medische vragenlijst is vermeld, hetzij – al dan niet opzettelijk – niet op de medische vragenlijst is vermeld, maar zich op de datum van aansluiting al op de een of andere manier voor deed.

Wettelijke terugbetaling:

- voor de kosten gemaakt in België: elke terugbetaling bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- voor de kosten gemaakt buiten Belgisch grondgebied: elke terugbetaling bepaald hetzij door de in het betrokken land geldende wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Wachttijd:

periode die ingaat vanaf de aansluitingsdatum, waarvoor de premie betaald moet worden, maar waarin het recht op tegemoetkoming nog niet is geopend. De wachttijd eindigt met het ontstaan van het recht op tegemoetkoming.

Ziekte:

aantasting van de gezondheid die te wijten is aan een andere oorzaak dan ongeval en die gepaard gaat met objectieve ziekteverschijnselen die de diagnose ervan onbetwistbaar maken.

Ziekenhuis:

instelling die wettelijk is erkend (artikel 2 van de gecoördineerde wet van 07-08-1987 op de ziekenhuizen) en waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen.

Worden bijgevolg onder meer niet als een ziekenhuis beschouwd: medisch-pedagogische instellingen, rust- en verzorgingshuizen, instellingen voor thermale kuren, revalidatiecentra, sanatoria en preventoria, rusthuizen voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen, ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een bijzondere erkenning als RVT hebben.

2. Aansluitingsvoorwaarden

Het CM-Hospitaalplan kan enkel worden onderschreven door een gerechtigde. In geval van feitelijke scheiding kan het CM-Hospitaalplan ook worden onderschreven door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij de gerechtigde is ingeschreven.

De gerechtigde die wil aansluiten bij de verzekering dient zichzelf en alle personen die bij hem/haar ten laste staan voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan te sluiten bij de verzekering, tenzij hij/zij met een attest aantoont dat hij/zij of zijn/haar personen ten laste al bij een gelijkaardige kostendekkende verzekering is/zijn aangesloten.

In geval van feitelijke of wettelijke scheiding kunnen de kinderen ten laste desgewenst worden verzekerd via de ouder bij wie ze niet ten laste staan, in zoverre die ouder ook aansluit of is aangesloten bij deze verzekering of met een attest aantoont dat hij/zij al bij een gelijkaardige kostendekkende verzekering is aangesloten.

Om bij het CM-Hospitaalplan te kunnen aansluiten en aangesloten te blijven, moeten de verzekerden aan volgende voorwaarden voldoen:

1. aangesloten zijn bij één van de Vlaamse CM-ziekenfondsen voor de aangeboden diensten en verrichtingen en in orde zijn met de bijdragebetaling, overeenkomstig de betreffende statutaire bepalingen van het ziekenfonds;
2. een medische vragenlijst invullen voor elke verzekerde. De medische vragenlijst moet ten vroegste drie maand voor de aansluitingsdatum opgemaakt en ondertekend worden. Deze vragenlijst moet niet worden ingevuld:
 - door de persoon ten laste die gerechtigde wordt - of omgekeerd - indien de aansluiting bij het CM-Hospitaalplan niet wordt onderbroken;
 - door de persoon die tot en met de dag voorafgaand aan de aansluitingsdatum minstens vijf jaar ononderbroken was aangesloten bij een gelijkaardige kostendekkende mutualistische verzekering;
 - voor pasgeborenen en geadopteerde kinderen die vallen onder de bijzondere bepalingen bij geboorte en adoptie (zie pagina 17).

3. Aanvang, duur en einde van de aansluiting**3.1 Aanvang en duur van de aansluiting**

De overeenkomst komt tot stand bij ondertekening van de verzekeringsaanvraag of de bijzondere voorwaarden door de verzekeringsnemer en de eerste premiebetaling.

De overeenkomst bestaat uit twee delen:

- de algemene voorwaarden van de verzekering;
- de bijzondere voorwaarden zoals bepaald in artikel 64, §2 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

De verzekeringsnemer heeft alsnog het recht om, binnen de veertien dagen na ontvangst door de MOB van de ondertekende verzekeringsaanvraag, de overeenkomst schriftelijk op te zeggen met onmiddellijk gevolg op het ogenblik van de kennisgeving.

De waarborg vangt aan op de aansluitingsdatum en geldt levenslang, behalve bij: opzegging van de overeenkomst door de verzekeringsnemer, het niet betalen van de premie en in het geval van fraude, zoals omschreven in deze algemene voorwaarden.

Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de verzekeraar misleidt bij de beoordeling van dat risico is de verzekeringsovereenkomst nietig, cfr. artikel 59 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

3.2 Einde van de aansluiting

1. Zodra een verzekerde niet langer voldoet aan één van de aansluitingsvoorwaarden, eindigt de aansluiting. De aansluiting geldt tot en met de laatste dag waarop aan alle aansluitingsvoorwaarden was voldaan.
2. Als een verzekerde persoon ten laste zelf gerechtigde wordt, kan hij de verzekering als verzekeringnemer ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten. Bij overgang of mutatie naar een ziekenfonds dat niet is aangesloten bij de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, eindigt de aansluiting op de laatste dag van de maand voorafgaand aan deze van de overgang of mutatie.
3. Bij opzegging per brief door de verzekeringnemer neemt de aansluiting een einde. Er is, onverminderd de toepassing van de bepalingen uit punt 3.1. 'Aanvang en duur van de aansluiting', een opzegtermijn van één maand die ingaat vanaf de dag die volgt op de afgifte bij de post (in geval van een aangetekend schrijven), de betekening (opzeg bij deurwaardersexploot) of de datum van het ontvangstbewijs (afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs).
4. Elke verzekeringnemer moet de volledige premies voor zichzelf en zijn/haar personen ten laste betalen vóór de vervaldag. Bij niet-betaling of onvolledige betaling van de premies stuurt de verzekeraar een aangetekende brief naar de verzekeringnemer cfr. artikel 69 tot en met 72 van de verzekeringswet van 4 april 2014. Als de verzekeringnemer nalaat de achterstallige premie te betalen binnen de vijftien dagen volgend op de afgifte datum van de aangetekende brief op de post, wordt de dekking geschorst vanaf de vijftiende kalenderdag volgend op die afgifte datum.

Als de verzekeringnemer binnen de vijftien dagen, vanaf de eerste dag van de schorsing, de premie nog steeds niet heeft betaald wordt de verzekeringsovereenkomst stopgezet op de vijftiende dag na de eerste dag van de schorsing.

Er is geen recht op vergoeding van schadegevallen die zich voordoen tijdens de schorsingsperiode. Tijdens de schorsingsperiode blijven de premies verschuldigd.

Als de verzekeringsovereenkomst wordt stopgezet kan men pas opnieuw aansluiten als aan alle aansluitingsvoorwaarden is voldaan en eventuele premieachterstallen uit het verleden zijn betaald. Daarbij moet een nieuwe wachttijd worden volbracht rekening houdend met punt 4.1. 'Algemene wachttijd' verder op deze pagina. Tevens is de bijzondere waarborg voor voorafbestaande toestand zoals omschreven in punt 8.3. 'Bijzondere waarborg' opnieuw van toepassing en moet een nieuwe medische vragenlijst ingevuld worden.
5. Bij overlijden van de verzekeringnemer kunnen zijn/haar personen ten laste de verzekering ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten in zoverre ze zelf verzekeringnemer worden, of ten laste komen van een andere verzekeringnemer.

4. Wachttijden

4.1 Algemene wachttijd

Het recht op tegemoetkoming gaat in na een algemene wachttijd van drie maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum.

Deze algemene wachttijd is niet van toepassing:

- voor hospitalisaties die het gevolg zijn van een ongeval;
- voor hospitalisaties ten gevolge van volgende acute infectieziekten: bof, buiktyfus, cholera, difterie, dysenterie, encefalitis, febris recurrens, hersenvliesontsteking, kinderverlamming, kinkhoest, malaria, mazelen, miltvuur, paratyfus, pokken, rode hond, roodvonk, tetanus, tyfus, vlektyfus en waterpokken.

De wachttijd wordt verminderd met de periode van ononderbroken voorafgaande aansluiting:

- bij overstap vanuit een gelijkaardige mutualistische of commerciële verzekering;
- bij overgang van persoon ten laste naar verzekeringnemer of omgekeerd.

Een hospitalisatie die aanvangt voor of tijdens de wachttijd en die eventueel voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd.

4.2 Bijzondere wachttijd

Voor vruchtbaarheidsbehandelingen gaat het recht op tegemoetkoming in na een wachttijd van negen maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum. Deze wachttijd wordt verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting:

- bij overstap vanuit een gelijkaardige mutualistische hospitalisatieverzekering;
- bij overgang van persoon ten laste naar verzekeringnemer of omgekeerd.

Een hospitalisatie die aanvangt voor of tijdens de wachttijd en die eventueel voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd.

5. Premies

De premie wordt vastgesteld door de Algemene Vergadering. De Algemene vergadering kan deze bevoegdheid aan de Raad van Bestuur delegeren. Deze delegatie is geldig voor een jaar en is hernieuwbaar.

Voor 2017 bedraagt de maandpremie per verzekerde:

Bij aansluiting vóór de 60^{ste} verjaardag en met volgende leeftijd:	
tot en met 24 jaar *	3,86 euro
25 tot en met 49 jaar	8,92 euro
50 tot en met 59 jaar	10,19 euro
60 tot en met 64 jaar	17,51 euro
65 tot en met 69 jaar	17,69 euro
vanaf 70 jaar	26,24 euro
Bij aansluiting na de 60^{ste} verjaardag en met volgende leeftijd:	
60 tot en met 64 jaar	22,76 euro
65 tot en met 69 jaar	22,99 euro
vanaf 70 jaar	31,51 euro
Bij aansluiting na de 66^{ste} verjaardag en met volgende leeftijd:	
66 tot en met 69 jaar	26,53 euro
vanaf 70 jaar	39,38 euro
Vanaf de 4de aangesloten persoon ten laste	
	1,93 euro

* Kinderen die ten laste staan bij een gerechtigde die is aangesloten bij CM-Hospitaalplan zijn tot en met het tweede kalenderjaar na hun geboortejaar vrijgesteld van premiebetaling

De premie kan op 1 januari van elk jaar aangepast worden aan het indexcijfer der consumptieprijzen of aan de medische indexen die gelden voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten indien deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijden, zoals bepaald in het K.B. van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, §3 van de verzekeringswet van 4 april 2014. De aanpassing van de consumptieprijsindex gebeurt tot eind 2016 op basis van de verhouding tussen de index van de maand augustus. Vanaf 1/1/2017 gebeurt dit op basis van de verhouding tussen de index van de maand juni van de twee voorgaande jaren.

Daarnaast mag de premie slechts worden verhoogd in uitzonderlijke omstandigheden die omschreven zijn in artikel 504 van de controlewet van 13 maart 2016 en mits goedkeuring door de Controledienst voor de Ziekenfondsen.

In het kalenderjaar van aansluiting wordt de premie bepaald op basis van de bereikte leeftijd op de aansluitingsdatum. Nadien is de premie afhankelijk van de toetredingsleeftijd en van de bereikte leeftijd op 31 december van het kalenderjaar voorafgaand aan de premieperiode.

Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij het CM-Hospitaalplan, zijn tot en met het tweede kalenderjaar na hun geboortejaar vrijgesteld van premiebetaling.

De premie is door de verzekeringsnemer verschuldigd vanaf de aansluitingsdatum en voor elke begonnen maand. Niet-betaling van de premie leidt, in overeenstemming met de bepaling zoals omschreven in punt 4 van hoofdstuk 3.2, tot stopzetting van de verzekering.

De periodiciteit voor de premiebetaling is afhankelijk van de door de verzekeringsnemer gekozen betaalwijze.

Onverschuldigde premies worden teruggestort binnen de dertig dagen na het einde van de aansluiting.

Als het aantal personen ten laste meer bedraagt dan drie, bedraagt de premie vanaf de vierde aangesloten persoon ten laste de helft van de premie van de premiecategorie tot en met 24 jaar. De rangorde wordt bepaald volgens de leeftijd, waarbij de oudste persoon ten laste als eerste persoon ten laste wordt gerangschikt.



6. Geboorte en adoptie

Voor een pasgeboren of geadopteerd kind dat ten laste komt te staan van een verzekeringsnemer die op de geboortedatum of adoptiedatum bij het CM-Hospitaalplan is aangesloten, gelden volgende bijzondere bepalingen:

- de geboortedatum of adoptiedatum geldt als aansluitingsdatum;
- er moet geen wachttijd doorlopen worden, er is onmiddellijk recht op tegemoetkoming;
- de waarborg voorafbestaande toestand zoals omschreven in punt 6 van hoofdstuk 8.3 (zie pagina 21) is niet van toepassing. Er dient bijgevolg ook geen medische vragenlijst te worden ingevuld.

Voor een pasgeborene of geadopteerde die niet aan de vermelde voorwaarden voldoet, gelden de bepalingen van een gewone aansluiting.

7. Aanvang en einde van de waarborgen

1. Kosten gemaakt vóór de aansluitingsdatum worden niet door het CM-Hospitaalplan vergoed.

2. Een hospitalisatie die aanvangt vóór de aansluitingsdatum is niet gewaarborgd.

Uitzondering: voor de verzekerde die tot en met de dag voorafgaand aan de aansluitingsdatum was aangesloten bij een gelijkaardige kostendekkende mutualistische hospitalisatieverzekering of commerciële verzekering en de betreffende wachttijd aldaar heeft volbracht, kan een hospitalisatie die begon voor de aansluitingsdatum toch worden vergoed overeenkomstig de betreffende waarborgen en rekening houdend met de beperking van punt 1. Deze hospitalisatie wordt evenwel vergoed overeenkomstig de bijzondere waarborg voor voorafbestaande toestand (zie punt 6 van hoofdstuk 8.3 - pagina 21).

3. Kosten gemaakt na beëindiging van de aansluiting worden niet door het CM-Hospitaalplan vergoed.
4. De verzekerde moet op verzoek van de verzekeraar alle nuttige informatie verstrekken en op de gestelde vragen antwoorden teneinde de omstandigheden en de omvang van de schade te kunnen vaststellen. Als de verzekerde vanuit bedrieglijk opzet informatie achterhoudt of onjuist verstrekt, kan de verzekeraar voor het concrete schadegeval zijn dekking weigeren. De verzekeraar behoudt zich het recht voor om onrechtmatig verkregen tegemoetkomingen met alle rechtsmiddelen terug te vorderen van de verzekerde die ze ontving.

8. Waarborgen

8.1 Algemene bepalingen

Tenzij uitdrukkelijk anders vermeld, vergoedt het CM-Hospitaalplan enkel kosten waarvoor recht is op een tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor de kosten gemaakt buiten Belgisch grondgebied, wordt de tegemoetkoming berekend naar analogie met de berekening voor kosten gemaakt in België. De waarborg van het CM-Hospitaalplan wordt betaald na aftrek van de tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en de tegemoetkoming die voorzien is vanwege de dienst 'Dringende medische hulp, bijstand en ziektekostendekking in het buitenland' georganiseerd door de MOB Diensten en Verrichtingen CM-Vlaanderen.

Aan verzekerden die tijdelijk geen recht hebben op tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen omdat ze niet in regel zijn of de wachttijd voor deze terugbetaling nog niet hebben volbracht, wordt door het CM-Hospitaalplan dezelfde tegemoetkoming toegekend als deze die ze zouden krijgen indien ze wel recht hebben.

De tegemoetkomingen die betaald of nog te betalen zijn door de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de arbeidsongevallenverzekering, het Fonds voor de beroepsziekten of iedere andere vergoeding van een verzekering, kas, fonds, organisme of instelling waarbij de aansluiting wettelijke verplicht is, worden in mindering gebracht van ingediende kosten.

Verzekerden die al een tegemoetkoming krijgen in uitvoering van een andere commerciële individuele of collectieve verzekering of een vergoeding ontvingen van eender welke aard, kunnen een kopie van de factuur en de onkostennota's en van de afrekening van de andere verzekeringsmaatschappij of instantie aan de MOB overmaken.

Het CM-Hospitaalplan betaalt dan de tegemoetkoming die de verzekerde zou krijgen indien hij/zij geen commerciële individuele of collectieve verzekering had, maar beperkt tot het resterende bedrag ten laste van de verzekerde na tussenkomst van de andere verzekering.

De verzekerde meldt bij de schadeaanfite het bestaan van om het even welke andere verzekering die voorziet of kan voorzien in een terugbetaling van de gemaakte kosten.

Als een hospitalisatie betrekking heeft op feiten waarvoor schadeloosstelling is voorzien krachtens een andere Belgische wetgeving, een vreemde wetgeving of het gemeenrecht, wordt de verzekering door de verzekerde gesubrogeerd voor de betaalde tegemoetkomingen door de verzekering. De verzekering kan overgaan tot terugvordering van uitbetaalde tegemoetkomingen bij degene die schadeloosstelling is verschuldigd krachtens de andere Belgische wetgeving, vreemde wetgeving of het gemeenrecht. De verzekeringsmaatschappijen burgerlijke aansprakelijkheid worden gelijkgesteld met degenen die schadeloosstelling zijn verschuldigd.

8.2 Basiswaarborg

De basiswaarborg omvat de waarborg hospitalisatie, de waarborg pre- en posthospitalisatie en de waarborg ambulante kosten ernstige ziekten.

A. Waarborg hospitalisatie

Bij een hospitalisatie ten gevolge van ziekte, ongeval, bevalling of zwangerschapsverwikkeling in een algemeen ziekenhuis vergoedt het CM-Hospitaalplan de hierna vermelde kosten voor medisch noodzakelijke en verantwoorde prestaties die tijdens de duur van de hospitalisatie werden gemaakt.

1. Wettelijke forfaits en remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer worden volledig vergoed.
2. Verblijfskosten
 - het persoonlijk aandeel in de verpleegdag en het forfait voor de geneesmiddelen worden volledig vergoed, ongeacht de kamerkeuze;
 - het kamersupplement op een eenpersoonskamer wordt vergoed tot maximaal 55 euro per dag.
3. Honorariumsupplementen

In zoverre deze supplementen wettelijk mogen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV.
4. Honoraria buiten de Verplichte Verzekering

Honoraria voor prestaties die wettelijk mogen worden aangerekend maar waarvoor geen terugbetaling is voorzien door de Verplichte Verzekering worden vergoed tot 100 euro per hospitalisatie in zoverre ze niet vallen onder de algemene uitsluitingen van de verzekering.
5. De eerste terugbetaalbare prothese of het eerste terugbetaalbare orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed. Kosten voor aanpassingen zonder wettelijke terugbetaling en voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen of orthopedische toestellen

volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar.

6. Implantaten en parafarmaceutische producten:

- terugbetaalbare implantaten worden volledig vergoed;
- niet-terugbetaalbare implantaten en parafarmaceutische producten zoals steunkousen, halskragen ... worden volledig vergoed zover deze wettelijk mogen worden aangerekend;
- de tegemoetkoming voor de niet-terugbetaalbare implantaten en parafarmaceutische producten is beperkt tot 2 500 euro per hospitalisatie.

7. Geneesmiddelen

- terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed;
- niet-terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed;
- de tegemoetkoming voor de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen is beperkt tot 2 500 euro per hospitalisatie.

8. Terugbetaalbaar synthesemateriaal wordt vergoed tot maximum 250 euro per hospitalisatie.

9. Terugbetaalbaar gipsmateriaal wordt volledig vergoed.

Voor een voorafbestaande toestand, borstverkleining of ingreep ter behandeling van zwaarlijvigheid is deze waarborg hospitalisatie niet van toepassing, maar geldt de betreffende bijzondere waarborg.

B. Waarborg pre- en posthospitalisatie

Het CM-Hospitaalplan vergoedt bij een door het CM-Hospitaalplan gewaarborgde hospitalisatie de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten die worden gemaakt in de periode van één maand vóór het begin tot drie maanden na het einde van de gewaarborgde hospitalisatie.

1. Remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer worden volledig vergoed.

2. Honorariumsupplementen

Zover deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV.

3. De eerste terugbetaalbare prothese of het eerste terugbetaalbare orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed, op voorwaarde dat de plaatsing niet is gebeurd tijdens een gewaarborgde hospitalisatie. Kosten voor aanpassingen zonder tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen of orthopedische toestellen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar.

Kankerpatiënten hebben recht op een tegemoetkoming tot maximum 1 500 euro in de kosten voor de aankoop van een tweede haarprothese als die werd aangekocht na drie jaar te rekenen vanaf de factuurdatum van de eerste door deze verzekering terugbetaalde haarprothese.

4. Terugbetaalbare implantaten worden volledig vergoed.

5. Terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.

6. Terugbetaalbaar synthesemateriaal wordt volledig vergoed.

7. Terugbetaalbaar gipsmateriaal wordt volledig vergoed.

8. Terugbetaalbaar stoma- en incontinentiemateriaal wordt volledig vergoed.

9. Het wettelijk remgeld voor dringend ziekenvervoer (100 of 112 vervoer) naar het ziekenhuis wordt vergoed tot maximum 250 euro per kalenderjaar op voorwaarde dat het vervoer onmiddellijk gevolgd wordt door een door het CM-Hospitaalplan gewaarborgde opname in het ziekenhuis.

10. De kosten voor verblijf van de verzekerde in een door de Raad van Bestuur erkende hersteldienst (Ter Duinen in Nieuwpoort, Hooionk in Zandhoven en Domaine de Nivezé in Spa) worden vergoed. De tegemoetkoming bedraagt 50 % van het dagtarief voor maximaal 30 dagen per kalenderjaar.

De waarborg pre- en posthospitalisatiekosten geldt enkel voor de kosten die rechtstreeks in verband staan met de gewaarborgde hospitalisatie.

Deze waarborg geldt niet in geval van:

- daghospitalisatie waarbij enkel een forfait chronische pijn 1 of 2 of 3, een miniforfait of dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/of toediening van geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus, een forfait manipulatie poortkatheter of een forfait gipskamer werd aangerekend;
- hospitalisaties voor tandzorgen en het verwijderen van wijsheidstanden, zoals omschreven in punt 10 van hoofdstuk 8.3 (zie pagina 22).

C. Waarborg ambulante kosten ernstige ziekten

Deze waarborg geldt voor ambulante kosten die rechtstreeks in verband staan met de volgende ernstige ziekten waarvan de diagnose wordt bevestigd:

- kwaadaardige tumoren (bijvoorbeeld kanker), hersentumoren, kwaadaardige bloedziekten (bijvoorbeeld leukemie, ziekte van Hodgkin): door anatoompathologisch onderzoek;
- Neuromusculaire aandoeningen zoals omschreven in de revalidatieovereenkomst met de referentiecentra (o.a. multiple sclerose (MS), amyotrofe lateraalsclerose...), ziekte van Parkinson, meningitis, encefalitis, poliomyelitis: door een specialist in de zenuwziekten;
- tuberculose, aids, brucellose, cholera, levercirrose ten gevolge van hepatitis, pokken, tetanus, tyfus, buiktyfus, difterie,

miltvuur: door een biologisch onderzoek en een biologische of bacteriologische test;

- sarcoïdose, diabetes type I, nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse, mucoviscidose en systeemsclerodermie met orgaanaantasting, ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa: door een specialist in de inwendige ziekten.

Het CM-Hospitaalplan vergoedt de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten:

1. Remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer worden volledig vergoed.
2. Honorariumsupplementen
Zover deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV.
3. De eerste terugbetaalbare prothese of het eerste terugbetaalbare orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed, op voorwaarde dat de plaatsing niet is gebeurd tijdens een gewaarborgde hospitalisatie. Kosten voor aanpassingen zonder tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaal-

bare prothesen of orthopedische toestellen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar.

Kankerpatiënten hebben recht op een tegemoetkoming tot maximum 1 500 euro in de kosten voor de aankoop van een tweede haarprothese als die werd aangekocht na drie jaar te rekenen vanaf de factuurdatum van de eerste door deze verzekering terugbetaalde haarprothese.

4. Terugbetaalbare implantaten worden volledig vergoed.
5. Terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.
6. Terugbetaalbaar synthesemateriaal wordt volledig vergoed.
7. Terugbetaalbaar gipsmateriaal wordt volledig vergoed.
8. Terugbetaalbaar stoma- en incontinentiemateriaal wordt volledig vergoed.
9. Huur van medisch noodzakelijke hulpmiddelen wordt volledig vergoed.

De kosten vanaf de diagnosedatum en in de maand voor de diagnosedatum kunnen voor vergoeding in aanmerking worden genomen.



8.3 Bijzondere waarborg

De bijzondere waarborgen omvatten de tegemoetkomingen voor de hierna vermelde specifieke kosten.

1. Bij-overnachting (rooming-in)

De oplegkosten voor één inslapende in de ziekenhuiskamer van een gehospitaliseerde verzekerde worden vergoed met een maximum van 18,6 euro per dag.

Als oplegkosten worden aangenomen de kosten voor verblijf op de kamer van de gehospitaliseerde, exclusief de maaltijden en eventuele afzonderlijk aangerekende diverse kosten.

2. Donoren

De verblijfskosten verbonden aan het donorschap dat voor de behandeling van de verzekerde (= de receptor) medisch is vereist, worden volledig vergoed op voorwaarde dat de donor zich bewust laat hospitaliseren met het oog op het donorschap en er geen andere financiële tegemoetkoming is voorzien.

3. Vruchtbaarheidsbehandelingen

Voor medisch geassisteerde vruchtbaarheidsbehandelingen (bijvoorbeeld kunstmatige inseminatie of in vitro fertilisatie) kent het CM-Hospitaalplan de vergoedingen toe voorzien onder de waarborg hospitalisatie en de waarborg pre- en posthospitalisatie. In zijn totaliteit en ongeacht het aantal vruchtbaarheidsbehandelingen is deze tegemoetkoming evenwel beperkt tot maximum 1 000 euro per verzekerde. Bij een vruchtbaarheidsbehandeling zijn de bepalingen inzake voorafbestaande toestand niet van toepassing.

Voor vruchtbaarheidsbehandelingen gaat het recht op tegemoetkoming in na een wachttijd van negen maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum. Deze wachttijd wordt verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijke voorafgaande aansluiting:

- bij overstap vanuit een gelijkaardige mutualistische hospitalisatieverzekering;
- bij overgang van persoon ten laste naar gerechtigde of omgekeerd.

Een hospitalisatie die aanvangt tijdens de wachttijd en die voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd.

4. Thuisbevalling

Het CM-Hospitaalplan vergoedt bij een thuisbevalling de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten die worden gemaakt in de periode van één maand voor tot drie maanden na de bevalling:

- remgelden voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer worden volledig vergoed;
- honorariumsupplementen, zover deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV;
- terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.

Deze vergoeding geldt enkel voor kosten die rechtstreeks in verband staan met de gewaarborgde thuisbevalling. Voor de kosten van medisch-technische hulpmiddelen of materiaal wordt een forfaitaire tegemoetkoming van 100 euro toegekend.

5. Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis

Enkel voor hospitalisaties in een dienst voor neuro-psychiatrie (A-dienst - dienstcode 37), een dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst - dienstcode 34) of een psychiatrische dienst (T-dienst - dienstcode 41) kent het CM-Hospitaalplan de vergoedingen toe voorzien onder de waarborg hospitalisatie en de waarborg pre- en posthospitalisatie. De tegemoetkoming voor een opname in een psychiatrisch ziekenhuis is altijd beperkt tot 1 000 euro per verzekerde en per kalenderjaar.

6. Voorafbestaande toestand

Hospitalisaties ten gevolge van een voorafbestaande aandoening of ziekte worden tijdens de eerste vijf jaren van aansluiting vergoed als volgt:

- bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer: volgens de basiswaarborg;
- bij keuze voor een eenpersoonskamer: volgens de basiswaarborg, maar zonder vergoeding van de aangerekende honorarium- en kamersupplementen.

Hospitalisaties ten gevolge van een voorafbestaande zwangerschap worden tijdens de eerste negen maanden van aansluiting op dezelfde wijze vergoed.

De MOB kan het onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens bij het invullen van de medische vragenlijst niet inroepen om een toestand te vergoeden overeenkomstig de bijzondere waarborg voorafbestaande toestand, wanneer de symptomen van de voorafbestaande toestand niet werden gediagnosticeerd binnen de 24 maanden na de aansluitingsdatum.

Bij overstap naar het CM-Hospitaalplan vanuit een gelijkaardige mutualistische verzekering, worden de hoger vermelde periodes van vijf jaar en negen maanden verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die dienst.

7. Borstverkleiningen

Tijdens de eerste vijf jaar van aansluiting is er geen recht op vergoeding volgens de basiswaarborg voor opnames die betrekking hebben op borstverkleiningen en uit deze ingrepen voortvloeiende gevolgen en complicaties.

Deze kosten worden vergoed zoals een voorafbestaande toestand. Na de eerste vijf jaar van aansluiting worden deze kosten vergoed volgens de basiswaarborg.

De tegemoetkoming is in haar totaliteit en ongeacht het aantal behandelingen altijd beperkt tot 500 euro per verzekerde.

Bij overstap naar het CM-Hospitaalplan vanuit een mutualistische verzekering met een gelijkaardige dekking zoals omschreven in de begripsomschrijvingen op pagina 12-13, wordt de hoger vermelde periode van 5 jaar verminderd met

het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die verzekering.

8. Opnames die betrekking hebben op preventieve borstamputaties en de uit deze ingrepen voortvloeiende gevolgen en complicaties worden tijdens de eerste vijf jaar van aansluiting vergoed als volgt:

- bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer: volgens de basiswaarborg.
- bij keuze voor een éénpersoonskamer: volgens de basiswaarborg, maar zonder vergoeding van de aangerekende ereloon- en kamersupplementen.

Na de eerste vijf jaar van aansluiting worden de kosten vergoed volgens de basiswaarborg.

Bij overstap naar het CM-Hospitaalplan vanuit een mutualistische verzekering met een gelijkaardige dekking zoals omschreven in de begripsomschrijvingen p12-13, wordt de hoger vermelde periode van 5 jaar verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die verzekering.

9. Ingrepen ter behandeling van zwaarlijvigheid

Tijdens de eerste vijf jaar van aansluiting is er geen recht op vergoeding volgens de basiswaarborg voor opnames die betrekking hebben op ingrepen ter behandeling van zwaarlijvigheid (bijvoorbeeld liposucties, gastroplasties, gastric banding ...) en de uit deze ingrepen voortvloeiende gevolgen en complicaties.

Deze kosten worden vergoed zoals een voorafbestaande toestand. Na de eerste vijf jaar van aansluiting worden deze kosten vergoed volgens de basiswaarborg.

De tegemoetkoming is in haar totaliteit en ongeacht het aantal behandelingen altijd beperkt tot 500 euro per verzekerde.

Bij overstap naar het CM-Hospitaalplan vanuit een mutualistische verzekering met een gelijkaardige dekking zoals omschreven in de begripsomschrijvingen op pagina 12-13 wordt de hoger vermelde periode van vijf jaar verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die verzekering.

10. Tandzorgen en verwijderen van wijsheidstanden

Terugbetaalbare tandzorgen en het verwijderen van wijsheidstanden worden enkel vergoed volgens de waarborg hospitalisatie.

Daarnaast kent het CM-Hospitaalplan de volledige basiswaarborg toe voor:

- terugbetaalbare tandzorgen die het gevolg zijn van:
 - een door het CM-Hospitaalplan gewaarborgde hospitalisatie ten gevolge van een ongeval of van een ziekte die op zichzelf geen tandheelkundige verzorging of behandeling vereist;
 - een door het CM-Hospitaalplan gewaarborgde ernstige ziekte.

- de tandimplantaten voorzien in artikel 14 l van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen waarvoor een goedkeuring is verleend door het College van geneesheeren-directeurs.

11. Second-0 (tweede medisch advies)

Verzekerden kunnen een beroep doen op de dienstverlening tweede medisch advies, verleend door een externe partner waarmee de MOB een overeenkomst heeft afgesloten.

Het tweede medisch advies wordt gegeven door geneesheeren-specialisten behorend tot het netwerk van deze partner. De dienstverlening geldt voor verzekerden die de algemene wachttijd hebben volbracht en te kampen hebben met een ernstige aandoening waarbij er door een geneesheer-specialist al een diagnose is gesteld of behandeling is voorgesteld.

Per dossier rekent de MOB aan de verzekerde 30 euro aan. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast volgens de evolutie van de consumptieprijsindex van de maand juni met als basis de index van juni 2014.

9. Franchise en grensbedragen

9.1 Franchise eenpersoonskamer

Het CM-Hospitaalplan past geen algemene franchise toe. Er wordt enkel een franchise van 175 euro toegepast op de tegemoetkoming voor honorariumsupplementen bij verblijf op een eenpersoonskamer.

Deze franchise is toepasbaar per hospitalisatie met een maximum van 350 euro per kalenderjaar. De franchise is slechts eenmalig van toepassing voor een hospitalisatie die ononderbroken is en twee kalenderjaren bestrijkt.

9.2 Algemene grensbedragen

De totale tegemoetkoming in het kader van:

- de waarborg hospitalisatie;
- de waarborg pre- en posthospitalisatie;
- de bijzondere waarborgen;

is beperkt tot 16 000 euro per kalenderjaar en per verzekerde.

De tegemoetkoming in het kader van de waarborg ambulante kosten ernstige ziekten bedraagt maximum 7 000 euro per kalenderjaar en per verzekerde.

9.3 Bijzondere grensbedragen

Alle buiten Belgisch grondgebied gemaakte kosten worden door het CM-Hospitaalplan vergoed tot maximum 500 euro per kalenderjaar en per verzekerde.

De prestaties gefactureerd in vreemde valuta worden in aanmerking genomen op basis van de gemiddelde officiële koers van deze valuta op de dag van facturering.

10. Uitsluitingen

De hierna vermelde kosten worden niet door het CM-Hospitaalplan vergoed.

1. Kosten die betrekking hebben op volgende prestaties en hun gevolgen en verwikkelingen:
 - (louter) esthetische zorgen of behandeling, verjongingskuren of zorgen met esthetisch oogmerk;
 - preventieve opsporingsonderzoeken;
 - kuurbehandelingen (bijvoorbeeld thermalisme, thalassotherapie en hygiënodieetkuur);
 - borstvergrotingen;
 - behandelingen en geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk is bewezen;
 - alle tandprothesen of tandimplantaten en alle daaraan verbonden prestaties, andere dan deze vermeld onder punt 10 van hoofdstuk 8.3. (zie pagina 22).
2. Kosten ten gevolge van een (burger)oorlog of een ramp.
3. Kosten ten gevolge van onlusten, oproer en politiek, ideologisch of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de verzekerde aantoonbaar:
 - dat hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen;
 - dat hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
 - dat hij/zij is opgetreden met het oog op redding van personen, dieren of goederen, als deze niet het voorwerp uitmaken van voornoemde feiten.
4. Kosten ten gevolge van een opzettelijke daad, roekeloze daden, weddenschappen, uitdagingen of vrijwillige deelname aan een misdaad of wanbedrijf.
5. Kosten die het gevolg zijn van een staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie van de verzekerde of het zonder medisch voorschrift onder invloed staan van verdovende middelen, narcotica, hallucinogenen, andere drugs of geneesmiddelen, tenzij wordt bewezen dat:
 - er tussen die omstandigheden en de ziekte of het ongeval geen enkel oorzakelijk verband bestaat;
 - de verzekerde door onwetendheid drank of verdovende middelen gebruikte of er door een derde toe werd gedwongen.
6. Kosten ten gevolge van de beoefening van volgende gevaarlijke sporten: alpinisme, basejumps, bergbeklimmen, bobsleeën, canyoning, deltavliegen, diepzeeduiken, downhill, elastiekspringen, horse-ball, ijsklimmen, racen (motor, wagen, buitenboordmotor), paragliding, parasailing, parapente, rafting, rodelen, schansspringen, acrobatisch skiën, skiën buiten piste, snowboard buiten piste, speleologie, ULM, valschermspringen, vechtsporten, zweefvliegen en eender welke sport als beroepsactiviteit, trainingen inbegrepen.
7. Kosten ten gevolge van een feit of een opeenvolging van feiten waar radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van brandstoffen of producten of radioactieve afvalstoffen de oorzaak van zijn, evenals de kosten die rechtstreeks voortspruiten uit ioniserende stralingen en ontstaan zijn door een ramp. Bestralingen en behandelingen met dergelijke producten voor een medische behandeling zijn wel gewaarborgd.
8. Prestaties die niet noodzakelijk zijn voor het herstel van de gezondheid.
9. Kosten voor doelbewuste medische behandelingen in het buitenland waarvoor geen toestemming werd gegeven door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds.
10. Kosten die overeenkomstig de Belgische wet- en regelgeving niet mogen worden aangerekend.

11. Aangifte

1. De gewaarborgde kosten worden vergoed na voorlegging van het door de MOB ter beschikking gestelde aangifteformulier samen met de originele onkostennota's, de afrekening der wettelijke tegemoetkomingen en ieder bewijs van tegemoetkoming in uitvoering van een andere verzekering. De verjaringstermijn voor het indienen van deze stukken bedraagt drie jaar vanaf het einde van de maand waarin de verzekerde deze ontvangt.

Kosten die ten laste blijven van de verzekerde omdat de stukken vervallen zijn voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden niet vergoed.

De verjaringstermijn voor de vordering door de MOB tot terugbetaling van een onverschuldigde tegemoetkoming bedraagt drie jaar vanaf het einde van de maand waarin de uitbetaling is gebeurd.

De toegezonden stukken blijven in het bezit van de MOB. Indien nodig kan de MOB bijkomende informatie vragen via een daartoe bestemd formulier, dat de huisarts of de behandelende geneesheer moet invullen of kan de MOB vragen nog andere documenten te overhandigen.

2. De betalingen worden uitgevoerd conform de bepalingen op het aangifteformulier en ontslaan de MOB volledig van enige vervolging wegens verkeerde uitbetaling.
3. De tegemoetkoming wordt uitbetaald aan de verzekerde. In geval van overlijden van de verzekerde, wordt de tegemoetkoming uitbetaald aan de natuurlijke persoon die bewijst dat hij/zij de ziekenhuiskosten heeft betaald.
4. De MOB heeft het recht op ieder ogenblik de juistheid van de aangiften te laten onderzoeken door een door de MOB aangeduide geneesheer.

In geval van betwisting over de medische aspecten van dit CM-Hospitaalplan, kunnen de partijen in gemeenschappelijk overleg elk een geneesheer aanstellen om het geschil te beslechten. Als de geneesheer van de verzekerde en die van de MOB het onderling niet eens worden, zullen zij een derde geneesheer aanduiden om als scheidsrechter op te treden. Wordt men het niet eens over deze benoeming, dan wordt deze derde geneesheer op verzoek van de meest gerede partij door de voorzitter van de bevoegde rechtbank van eerste aanleg aangeduid.

De woonplaats van de verzekerde is bepalend voor de bevoegdheid van de rechtbank. De beslissing van deze scheidsrechter is bindend. Elke partij draagt de kosten en het honorarium van haar raadslieden. De verliezende partij draagt de kosten en het honorarium van de derde geneesheer en de kosten van zijn/haar aanstelling.

5. De verjaringstermijn voor het betwisten van de beslissingen van de MOB bedraagt drie jaar, vanaf het einde van de maand waarin de beslissing aan de verzekerde werd toegestuurd.
6. De MOB heeft het recht de gedane verklaringen en de antwoorden op haar vragen om inlichtingen te onderzoeken. De verzekerde of zijn/haar aangestelde moet de nodige maatregelen treffen om de afwerking van de aangifte door de MOB te vergemakkelijken.
7. Als de verzekerde één van de verplichtingen opgelegd door punten 1, 3 en 4 van dit hoofdstuk niet nakomt, of bij bedrieglijk opzet, kan de MOB de tegemoetkoming weigeren.

Hoe doe je een aangifte?

Hospitalisatie

Je moet pas een aangifte doen van zodra je je hospitalisatiefactuur ontvangt. Bezorg het origineel samen met het volledig ingevulde aangifteformulier aan je CM-ziekenfonds. Daar kan men vooraf de correctheid van de facturatie nakijken en eventuele extra tegemoetkomingen vanuit de CM-diensten en verrichtingen uitbetalen.

Je CM-ziekenfonds stuurt je aangifte samen met je onkosten door naar de dienst schadebeheer van het CM-Hospitaalplan voor verdere beoordeling, berekening en betaling. Je ontvangt daarvan ofwel een berekeningsoverzicht van de tegemoetkoming in de kosten, ofwel een vraag naar bijkomende informatie, ofwel een gemotiveerde weigering tot vergoeding.

Het CM-Hospitaalplan stort geen bedragen rechtstreeks aan het ziekenhuis. Je kunt de originele ziekenhuisfacturen aan CM bezorgen, ook al werden ze nog niet met het ziekenhuis vereffend.

Bewaar bij het bezorgen van de originele factuur altijd zélf het betalingsdocument.

Pre- en posthospitalisatie

Bezorg de medische getuigschriften van de noodzakelijke ambulante zorgen in de periode van één maand voorafgaand aan je gewaarborgde hospitalisatie tot drie maanden nadien (zie pagina 19) aan je ziekenfonds om je terugbetalingen vanuit de ziekteverzekering te ontvangen.

Van die terugbetalingen moet je geen afrekenstaten meer opsturen. Vier maanden na het einde van je hospitalisatie stuurt je ziekenfonds, mits je toestemming op het aangifteformulier, automatisch een verzamelstaat van alle terugbetalingen op naar het CM-Hospitaalplan. Om een volledig overzicht te hebben is het belangrijk dat je de medische attesten zo snel mogelijk opstuurt naar CM.

Alle aan je hospitalisatie gerelateerde remgelden en vergoedbare supplementen worden mee verrekend in je tegemoetkoming vanuit het CM-Hospitaalplan. In principe betaalt het CM-Hospitaalplan de vergoeding van de pre- en posthospitalisatiekosten in één keer uit. Bij hoge kosten kan op verzoek een tussentijdse afrekening gebeuren.

De originele ziekenhuisfacturen en eventuele rekeningen van labo's, medicatie en regeling sociaal betalende derde huisartsen dien je zelf aan je ziekenfonds te bezorgen.



Ambulante kosten ernstige ziekten

Voor de waarborg ernstige ziekten moet je altijd zelf de afrekenstaten van de geneeskundige zorgen en de originele bewijsstukken van de andere gemaakte kosten aan het CM-Hospitaalplan te bezorgen.

De terugbetaling gebeurt driemaandelijks. Verzamel je uitgaven per drie maanden en bezorg ze dan samen. Bij hoge kosten kan op je verzoek een tussentijdse afrekening gebeuren.

TIPS

- Betaal je factuur pas nadat je ziekenfonds ze heeft gecontroleerd.
- Als je beschikt over een hospitalisatieverslag, stuur dan meteen een kopie gericht aan de raadsgeneesheer mee met de aangifte en de factuur. Zo vermijd je dat er later eventueel nog bijkomende informatie opgevraagd moet worden.
- Breng zoveel als mogelijk alle kosten van je verblijf in het ziekenhuis en de aanverwante kosten samen binnen.
- Gebruik het aangifteformulier dat je kunt vinden op www.cm.be of in je CM-kantoor. Na elke aangifte ontvang je een nieuw exemplaar.

CM-Hospitaalfix en CM-Hospitaalfix Extra



1. Begripsomschrijvingen

Voor deze verzekeringen worden de volgende begrippen als volgt gedefinieerd.

Aangeboden diensten en verrichtingen:

het geheel van de diensten en verrichtingen die worden georganiseerd door:

- het ziekenfonds;
- de MOB Diensten en Verrichtingen CM-Vlaanderen waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

Aansluitingsdatum:

eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst door het ziekenfonds van de volledig ingevulde en door de verzekeringsnemer ondertekende verzekeringsovereenkomst, of de eerste dag van een overeengekomen volgende maand.

CM-Hospitaalplan:

verzekering die wordt ingericht door de MOB en die kosten bij hospitalisatie, binnen de voorwaarden en bepalingen van deze verzekering, waarborgt.

CM-Hospitaalfix:

forfaitaire hospitalisatieverzekering die voorziet in een tegemoetkoming van 12,37 euro per verpleegdag.

CM-Hospitaalfix Extra:

forfaitaire hospitalisatieverzekering die voorziet in een tegemoetkoming van 25 euro per verpleegdag of daghospitalisatie.

Daghospitalisatie:

iedere medische opname in een ziekenhuis waarvoor een forfait heelkundige dienst (= chirurgisch dagziekenhuis), een maxi-forfait of een dagziekenhuisforfait groep één tot en met groep zeven wordt aangerekend. Worden niet vergoed: miniforfaits of dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/of toediening van geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus, forfaits chronische pijn 1,2 of 3, forfait gipskamer of een forfait manipulatie poortkatheter.

Gelijkaardige mutualistische verzekering:

hospitalisatieverzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die een forfaitaire vergoeding toekent. De MOB beschouwt de waarborg als gelijkaardig aan die van CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra wanneer deze voorziet in een forfaitaire tegemoetkoming en het aantal vergoedbare dagen, het uit te keren dagbedrag en de premie gelijkaardig zijn aan die van CM-Hospitaalfix, respectievelijk CM-Hospitaalfix Extra.

Gerechtigde:

natuurlijk persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voortvloeien of kunnen voortvloeien en die in die hoedanigheid bij één der ziekenfondsen van de MOB is aangesloten.

Hospitalisatie:

iedere medische opname in een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd.

Overstap (naar CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra):

aansluiting bij deze verzekering met beëindiging van een onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij:

- een gelijkaardige forfaitaire commerciële hospitalisatieverzekering of mutualistische hospitalisatieverzekering;
- een kostendekkende mutualistische hospitalisatieverzekering.

De beëindiging van deze voorafgaande aansluiting moet bewezen worden aan de hand van een attest, afgeleverd door de vorige verzekeraar, dat uitdrukkelijk de einddatum aangeeft. Deze einddatum moet vallen in de periode van één dag voor, tot drie maanden na de aansluitingsdatum bij CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra.

Persoon ten laste:

natuurlijk persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet als gerechtigde is aangesloten.

Premieperiode:

in de bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst vastgelegde periode waarvoor de premie wordt betaald.

Premievervaldag:

dag voorafgaand aan de premieperiode. De premie moet betaald zijn op de vervaldag.

Tegemoetkoming:

de forfaitaire tegemoetkoming zoals bepaald op pagina 32.

Verpleegdag:

kost die het ziekenhuis mag aanrekenen voor elke hospitalisatiedag met overnachting en voor één bijkomende hospitalisatiedag indien de ziekenhuisopname begon voor 12 uur en het ontslag gegeven werd na 14 uur.

Verzekeraar:

De MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen met erkenningsnummer 150/01.

Verzekerden:

gerechtigden en personen ten laste die bij de verzekering zijn aangesloten.

Verzekeringsaanvraag:

formulier dat uitgaat van de MOB waarmee de MOB aanbiedt het risico ten laste te nemen op vraag van de verzekeringsnemer.

Verzekeringsnemer:

de gerechtigde die de aansluiting bij de verzekering ondertekent. In geval van feitelijke scheiding kan de verzekering onderschreven worden zowel door de gerechtigde als door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij die gerechtigde is ingeschreven en dit schriftelijk verzoekt.

Verzekeringsovereenkomst:

de verzekeringsovereenkomst bestaat uit de algemene voorwaarden van de verzekering en de bijzondere voorwaarden.

Wachttijd:

periode die ingaat vanaf de aansluitingsdatum en waarvoor de premie dient te worden betaald, maar waarin het recht op tegemoetkoming nog niet is geopend. De wachttijd eindigt met het ontstaan van het recht op tegemoetkoming.

Wettelijke terugbetaling:

- voor de kosten gemaakt in België: elke terugbetaling bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- voor de kosten gemaakt buiten Belgisch grondgebied: elke terugbetaling bepaald, hetzij door de in het betreffende land geldende verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Ziekenhuis:

instelling die wettelijk is erkend (artikel 2 van de gecoördineerde wet van 7/8/1987 op de ziekenhuizen) en waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen. Worden bijgevolg onder meer niet als een ziekenhuis beschouwd: medisch-pedagogische instellingen, rust- en verzorgingshuizen, instellingen voor thermale kuren, revalidatiecentra, sanatoria en preventoria, rusthuizen voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen, ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een bijzondere erkenning als RVT hebben.

2. Aansluitingsvoorwaarden

De verzekering kan enkel worden onderschreven door een gerechtigde. In geval van feitelijke scheiding kan de verzekering ook worden onderschreven door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij de gerechtigde is ingeschreven.

De gerechtigde die wil aansluiten bij de verzekering dient zichzelf en alle personen die bij hem/haar ten laste staan voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan te sluiten bij de verzekering, tenzij hij/zij met een attest aantoonst dat hij/zij of zijn/haar personen ten laste al bij een gelijkaardige forfaitaire verzekering is/zijn aangesloten.

In geval van feitelijke of wettelijke scheiding kunnen de kinderen ten laste desgewenst worden verzekerd via de ouder bij wie ze niet ten laste staan, in zoverre deze ouder zelf ook aansluit of aangesloten is bij de verzekering, of met een attest aantoonst dat hij al bij een gelijkaardige forfaitaire verzekering is aangesloten.

Om bij de verzekering aan te sluiten en aangesloten te blijven, moeten de verzekerden aangesloten zijn bij één van de Vlaamse CM-ziekenfondsen voor de aangeboden diensten en verrichtingen en in orde zijn met de bijdragebetaling overeenkomstig de betreffende statutaire bepalingen van het ziekenfonds.

Het cumuleren van CM-Hospitaalfix met CM-Hospitaalfix Extra is uitgesloten.

3. Aanvang, duur en einde van de aansluiting

3.1 Aanvang en duur van de aansluiting

De overeenkomst komt tot stand bij de ondertekening van de verzekeringsaanvraag of de bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst door de verzekeringsnemer en de eerste premiebetaling.

De overeenkomst bestaat uit twee delen:

- de algemene voorwaarden van de verzekering;
- de bijzondere voorwaarden die vermeld worden op de verzekeringsaanvraag zoals bepaald in artikel 64, §2 van de wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014.

De verzekeringsnemer heeft het recht om, binnen de veertien dagen na ontvangst door de MOB van de ondertekende verzekeringsaanvraag, de overeenkomst schriftelijk op te zeggen met onmiddellijk gevolg op het ogenblik van de kennisgeving.

De waarborg vangt aan op de aansluitingsdatum en geldt levenslang behalve bij opzegging van de overeenkomst door de verzekeringsnemer, het niet betalen van de premie en in het geval van fraude, zoals omschreven in deze algemene voorwaarden.

Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de verzekeraar misleidt bij de beoordeling van dat risico is de verzekeringsovereenkomst nietig cfr. artikel 60 van de wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014.

3.2 Einde van de aansluiting

1. Zodra een verzekerde niet langer voldoet aan één van de aansluitingsvoorwaarden, eindigt de aansluiting. De aansluiting geldt tot en met de laatste dag waarop aan alle aansluitingsvoorwaarden was voldaan.
2. Als een verzekerde persoon ten laste zelf gerechtigde wordt, kan hij de verzekering als verzekeringsnemer ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten. Bij overgang of mutatie naar een ziekenfonds dat niet is aangesloten bij de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, eindigt de aansluiting op de laatste dag van de maand voorafgaand aan deze van de overgang of mutatie.
3. Bij opzegging per brief door de verzekeringsnemer neemt de aansluiting een einde. Er is, onverminderd de bepaling zoals omschreven in de 4de alinea bij aanvang, duur en einde van de aansluiting, een opzegtermijn van één maand die ingaat vanaf de dag die volgt op de afgifte ter post (in geval van een aangetekend schrijven), de betekening (opzeg bij deurwaardersexploot) of de datum van het ontvangstbewijs (afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs).

4. Elke verzekeringsnemer moet de volledige premie voor zichzelf en zijn/haar personen ten laste betalen vóór de verval-dag. Bij niet-betaling of onvolledige betaling van de premie stuurt de verzekeraar een aangetekende brief naar de verzekeringsnemer cfr. artikel 69 tot en met 72 van de wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014. Als de verzekeringsnemer nalaat de achterstallige premie te betalen binnen de vijftien dagen volgend op de afgiftedatum van de aangetekende brief op de post, wordt de dekking geschorst vanaf de vijftiende kalenderdag volgend op die afgiftedatum.

Als de verzekeringsnemer binnen de vijftien dagen, vanaf de eerste dag van de schorsing, de premie nog altijd niet heeft betaald wordt de verzekeringsovereenkomst stopgezet op de vijftiende dag na de eerste dag van de schorsing.

Er is geen recht op vergoeding van schadegevallen die zich voordoen tijdens de schorsingsperiode. Tijdens de schorsingsperiode blijven de premies verschuldigd.

In geval de verzekeringsovereenkomst wordt stopgezet kan men pas opnieuw aansluiten als aan alle aansluitingsvoorwaarden is voldaan en eventuele premieachterstallen uit het verleden zijn betaald. Daarbij moet een nieuwe wachttijd worden volbracht.

5. Bij overlijden van de verzekeringsnemer kunnen zijn/haar personen ten laste de verzekering ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten, in zoverre ze zelf verzekeringsnemer worden of ten laste komen van een andere verzekeringsnemer.

4. Wachttijd

Het recht op tegemoetkoming gaat in na een wachttijd van drie maanden, te rekenen vanaf de aansluitingsdatum.

De wachttijd wordt verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting:

- bij overstap vanuit een kostendekkende mutualistische hospitalisatieverzekering;
- bij overstap vanuit een forfaitaire mutualistische hospitalisatieverzekering of forfaitaire commerciële verzekering met een gelijkaardige of hogere tegemoetkoming;
- bij overgang van persoon ten laste naar gerechtigde of omgekeerd.

Wie aangesloten is bij CM-Hospitaalfix en overstapt naar CM-Hospitaalfix Extra moet een nieuwe wachttijd van drie maanden doorlopen. Tijdens deze wachttijd behoudt de verzekerde het recht op de tegemoetkoming van CM-Hospitaalfix.

Een hospitalisatie die aanvangt voor of tijdens de wachttijd en die eventueel voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd.

5. Geboorte en adoptie

Voor een pasgeborene of geadopteerd kind dat ten laste komt te staan van een verzekeringsnemer die op de geboortedatum of adoptiedatum bij de verzekering is aangesloten, gelden volgende bijzondere bepalingen:

- de geboortedatum of adoptiedatum geldt als aansluitingsdatum;
- er moet geen wachttijd doorlopen worden, er is onmiddellijk recht op tegemoetkoming

Voor een pasgeborene of geadopteerde die niet aan de vermelde voorwaarden voldoet, gelden de bepalingen van een gewone aansluiting.

6. Aanvang en einde van de waarborg

1. Hospitalisatiedagen die hebben plaatsgevonden vóór de aansluitingsdatum worden niet vergoed.
2. Hospitalisatiedagen die hebben plaatsgevonden na beëindiging van de aansluiting worden niet vergoed.
3. De verzekerde moet op verzoek van de verzekeraar alle nuttige informatie verstrekken en op de gestelde vragen antwoorden teneinde de omstandigheden en de omvang van de schade te kunnen vaststellen. Als de verzekerde vanuit bedrieglijk opzet informatie achterhoudt of onjuist verstrekt, kan de verzekeraar voor het concrete schadegeval zijn dekking weigeren.

7. Premie

De premie wordt vastgesteld door de Algemene Vergadering. De Algemene Vergadering kan deze bevoegdheid aan de Raad van Bestuur delegeren. Deze delegatie is geldig voor één jaar en is hernieuwbaar.

Voor 2017 bedraagt de maandpremie per verzekerde:

	Fix 12,37 euro/dag	Fix Extra 25 euro/dag
Bij aansluiting voor de 60^{ste} verjaardag		
tot en met 17 jaar *	0,23 euro	0,62 euro
van 18 tot en met 24 jaar	0,34 euro	0,82 euro
van 25 tot en met 59 jaar	1,94 euro	5,15 euro
van 60 tot en met 64 jaar	3,38 euro	6,39 euro
van 65 tot en met 69 jaar	5,12 euro	13,24 euro
van 70 tot en met 74 jaar	5,87 euro	13,79 euro
vanaf 75 jaar	6,72 euro	19,04 euro
Bij aansluiting na de 60^{ste} verjaardag		
van 60 tot en met 64 jaar	4,05 euro	7,65 euro
van 65 tot en met 69 jaar	6,14 euro	15,89 euro
van 70 tot en met 74 jaar	7,05 euro	16,54 euro
vanaf 75 jaar	8,06 euro	22,85 euro
Bij aansluiting na de 66^{ste} verjaardag		
van 66 tot en met 69 jaar	7,68 euro	19,86 euro
van 70 tot en met 74 jaar	8,80 euro	20,68 euro
vanaf 75 jaar	10,08 euro	28,55 euro
Bij aansluiting na de 76^{ste} verjaardag		
vanaf 76 jaar	12,76 euro	36,17 euro
Vanaf de 4de aangesloten persoon ten laste is de aansluiting gratis		
* Kinderen die ten laste staan bij een gerechtigde die is aangesloten bij CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra zijn tot en met het tweede kalenderjaar na hun geboortjaar vrijgesteld van premiebetaling		

De premie kan op 1 januari van elk jaar aangepast worden aan het indexcijfer der consumptieprijzen of de medische indexen die gelden voor private ziekteverzekeringsovereenkomsten indien deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijden, zoals bepaald in het K.B. van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, §3 van de verzekeringwet van 4 april 2014.

De aanpassing aan de consumptieprijsindex gebeurt tot en met 2016 op basis van de verhouding tussen de index van de maand augustus. Vanaf 1/1/2017 gebeurt dit op basis van de verhouding van de index van de maand juni van de twee voorgaande jaren.

Daarnaast mag de premie slechts worden verhoogd in uitzonderlijke omstandigheden die omschreven zijn in artikel 504 van de controlewet van 13 maart 2016 en mits goedkeuring door de Controledienst voor de Ziekenfondsen.

In het kalenderjaar van aansluiting wordt de premie bepaald op basis van de bereikte leeftijd op de aansluitingsdatum. Nadien is de premie afhankelijk van de toetredingsleeftijd en van de bereikte leeftijd op 31 december van het kalenderjaar voorafgaand aan de premieperiode.

Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-Hospitaalfix of CM -Hospitaalfix Extra, zijn tot en met het tweede kalenderjaar na hun geboortjaar vrijgesteld van premiebetaling.

De premie is door de verzekeringsnemer verschuldigd vanaf de aansluitingsdatum en voor elke begonnen maand. Niet-betaling van de premie leidt, in overeenstemming met de bepaling zoals omschreven in punt 4 bij aanvang, duur en einde van de aansluiting, tot stopzetting van de verzekering.

De periodiciteit voor de premiebetaling is afhankelijk van de door de verzekeringsnemer gekozen betaalwijze.

Onverschuldigde premies worden automatisch en binnen de dertig dagen na het einde van de aansluiting teruggestort.

Als het aantal personen ten laste meer bedraagt dan drie, is vanaf de vierde aangesloten persoon ten laste geen premie verschuldigd. De rangorde wordt bepaald volgens de leeftijd, waarbij de oudste persoon ten laste als eerste persoon ten laste wordt gerangschikt.



8. Waarborgen

A. CM-Hospitaalfix

De tegemoetkoming bedraagt voor CM-Hospitaalfix 12,37 euro per verpleegdag die door het ziekenhuis werd aangerekend.

CM-Hospitaalfix vergoedt enkel verpleegdagen waarvoor recht is op wettelijke terugbetaling.

Voor verzekerden ouder dan 65 jaar is het aantal dagen waarvoor een tegemoetkoming wordt toegekend, beperkt tot 180 dagen per kalenderjaar per verzekerde, en dit vanaf de eerste januari van het kalenderjaar dat volgt op het jaar waarin men de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt.

Bij hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis wordt enkel een tegemoetkoming toegekend voor het verblijf in een dienst voor neuropsychiatrie (A-dienst - dienstcode 37), een dienst voor kinderneuropsychiatrie (K-dienst - dienstcode 34) of een psychiatrische dienst (T-dienst - dienstcode 41). Het aantal vergoedbare dagen voor deze diensten is beperkt tot 30 per kalenderjaar per verzekerde.

B. CM-Hospitaalfix Extra

De tegemoetkoming bedraagt voor CM-Hospitaalfix Extra 25 euro per verpleegdag die door het ziekenhuis werd aangerekend. CM-Hospitaalfix Extra voorziet ook in een tegemoetkoming van 25 euro bij daghospitalisatie (zoals omschreven in de begripsomschrijving pagina 28).

CM-Hospitaalfix Extra vergoedt enkel verpleegdagen en daghospitalisaties waarvoor recht is op wettelijke terugbetaling.

Voor verzekerden ouder dan 65 jaar is het aantal dagen waarvoor een tegemoetkoming wordt toegekend, beperkt tot 180 per kalenderjaar per verzekerde, en dit vanaf de eerste januari van het kalenderjaar dat volgt op het jaar waarin men de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt.

Per kalenderjaar worden de eerste 30 dagen in onderstaande diensten in een algemeen ziekenhuis vergoed aan 25 euro per dag, de andere dagen aan 12,37 euro per dag:

- diensten voor cardiopulmonaire, locomotorische, neurologische, chronische of psychogeriatrische aandoeningen of een dienst voor chronische polypathologieën met verlengde medische zorgen (Sp-diensten);
- acute diensten voor neuropsychiatrie (A-diensten - dienstcode 37), kinderneuropsychiatrie (K-diensten - dienstcode 34) of psychiatrische diensten (T-diensten - dienstcode 41).

Bij hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis wordt enkel een tegemoetkoming toegekend voor het verblijf in een dienst voor neuropsychiatrie (A-diensten - dienstcode 37), kinderneuropsychiatrie (K-diensten - dienstcode 34) of psychiatrische diensten (T-diensten - dienstcode 41). Het aantal vergoedbare dagen voor deze diensten is beperkt tot 30 per kalenderjaar per verzekerde.

9. Uitsluitingen

De verzekering kent geen tegemoetkoming toe voor:

1. hospitalisaties die het gevolg zijn van een arbeidsongeval of beroepsziekte, tenzij de verzekerde nog een kamer- of ereloon-supplement moet betalen, dat niet wordt terugbetaald door de verzekering voor arbeidsongevallen en beroepsziekten;
2. hospitalisaties die het gevolg zijn van oorlogsdaden of rampen;
3. geplande hospitalisaties buiten Belgisch grondgebied, waarvoor geen toestemming werd gegeven door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds;
4. alle forfaits die niet vermeld zijn in de omschrijving daghospitalisatie op pagina 28.

10. Uitbetaling, subrogatie, verjaring

De tegemoetkoming wordt automatisch uitbetaald na de kennisgeving door het ziekenhuis aan het ziekenfonds van de ontslagdatum uit het ziekenhuis. Deze automatische uitbetaling is niet van toepassing voor hospitalisaties buiten Belgisch grondgebied en in het kader van een arbeidsongeval of beroepsziekte waarbij nog een supplement ten laste blijft van de verzekerde. In de beide gevallen dient de verzekerde de factuur aan het ziekenfonds over te maken. Bij hospitalisaties van langere duur kunnen uitbetalingen tijdens de hospitalisatie worden aangevraagd.

De tegemoetkoming wordt uitbetaald aan de verzekerde. In geval van overlijden van de verzekerde, wordt de tegemoetkoming uitbetaald aan de natuurlijke persoon die bewijst dat hij/zij de ziekenhuisrekening heeft betaald.

In geval een hospitalisatie betrekking heeft op feiten waarvoor schadeloosstelling is voorzien krachtens een andere Belgische wetgeving, een vreemde wetgeving of het gemeen recht, wordt de verzekering door de verzekeringsnemer gesubrogeerd voor de betaalde tegemoetkomingen door de verzekering.

De verzekeraar kan overgaan tot terugvordering van uitbetaalde tegemoetkomingen bij degene die schadeloosstelling is verschuldigd krachtens de andere Belgische wetgeving, vreemde wetgeving of het gemeen recht. De verzekeringsmaatschappijen burgerlijke aansprakelijkheid worden gelijkgesteld met degenen die schadeloosstelling zijn verschuldigd.

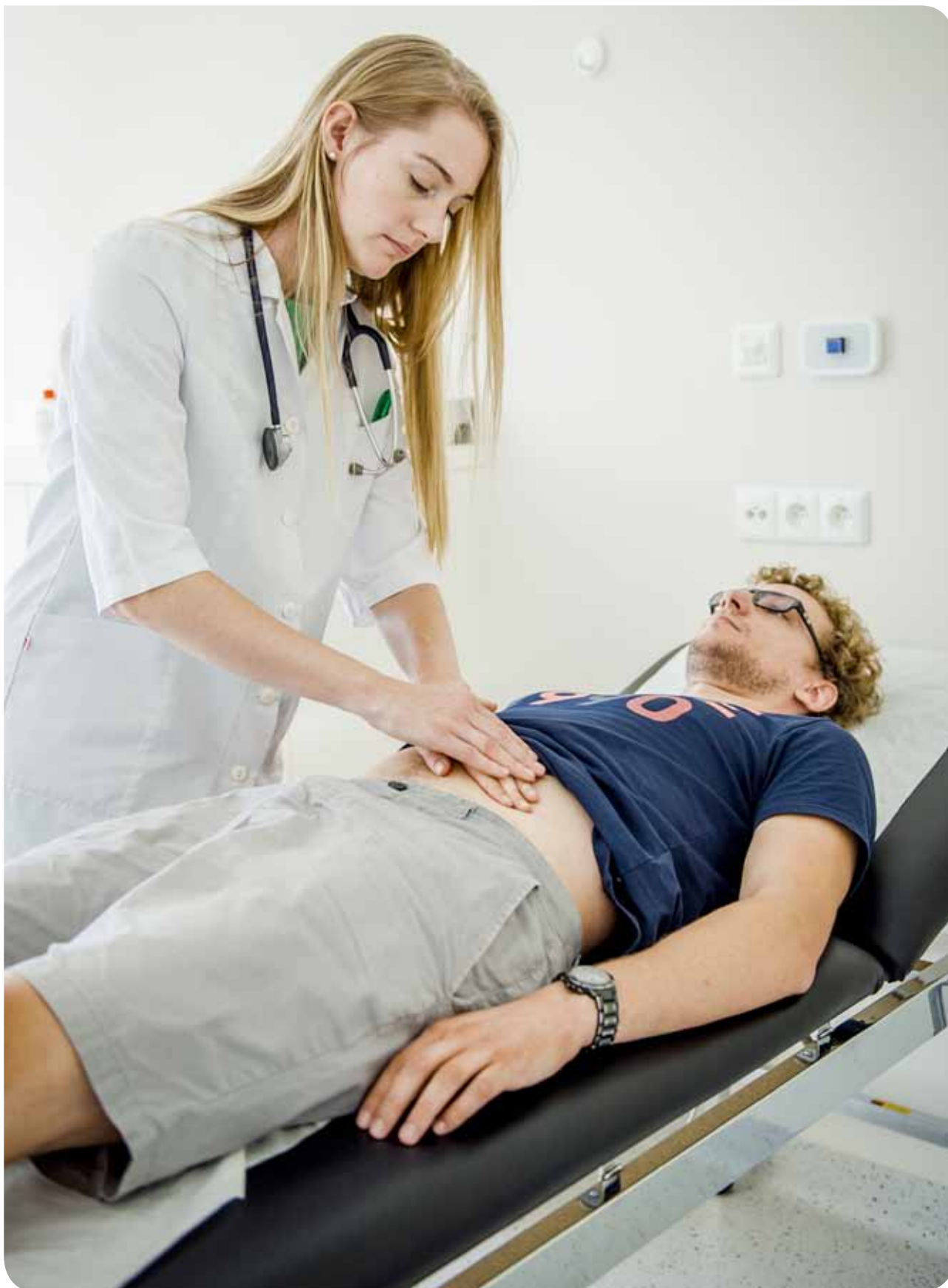
De verjaringstermijn voor de vordering door de verzekerde tot betaling van de tegemoetkoming bedraagt drie jaar vanaf het einde van de maand waarin de verzekerde de hospitalisatiefactuur ontvangt.

De verjaringstermijn voor de vordering door de MOB tot terugbetaling van een onverschuldigde tegemoetkoming bedraagt

drie jaar vanaf het einde van de maand waarin de uitbetaling is gebeurd.

Aan verzekerden die tijdelijk geen recht hebben op tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskun-

dige verzorging en uitkeringen omdat ze niet in regel zijn of de wachttijd voor deze terugbetaling nog niet hebben volbracht, wordt dezelfde tegemoetkoming toegekend als deze die ze zouden krijgen indien ze wel recht zouden hebben.





Diverse bepalingen

1. Elke klacht met betrekking tot de verzekeringsovereenkomst kan gericht worden aan de klachtcoördinator van de MOB Verzekeringen, Haachtsesteenweg 579, 1031 Brussel - verzekeringen@cm.be

Eventueel kunt u nog een klacht richten aan:

- de ombudsman van CM, Haachtsesteenweg 579, 1031 Brussel - cm.ombud@cm.be;
 - de ombudsman verzekeringen vzw, de MeeÛsquare 35, 1000 Brussel - www.ombudsman.as
2. Voor alle geschillen, behalve deze vermeld onder punt 4 van hoofdstuk 11 (pagina 24), zijn de rechtbanken van het arrondissement waar de verzekerde is gedomicilieerd bevoegd. In geval de verzekerde gedomicilieerd is in het buitenland, is de rechtbank van het arrondissement Brussel bevoegd.
 3. Wijzigingen aan de inhoud van deze verzekering of van de premies worden aan de verzekerden kenbaar gemaakt door publicatie in de ledenbladen en op de website www.cm.be.
 4. Alle kosten, belastingen en rechten geheven of te heffen uit hoofde van deze aansluiting zijn ten laste van de verzekeringsnemer.
 5. Ongeacht de lidstaat waar de verzekerde zijn of haar gewone verblijfplaats heeft, is het Belgisch recht van toepassing.
 5. De verzekeringsnemer verbindt zich ertoe elke adreswijziging dadelijk aan de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen te melden. De voor de verzekeringsnemer bestemde mededelingen zijn geldig gedaan op het laatste door de VMOB gekende adres.

Deze algemene voorwaarden beschrijven de statutaire bepalingen van de verzekeringen CM-MediKo Plan, CM-Hospitaalplan, CM-Hospitaalfix en CM-Hospitaalfix Extra, aangeboden door de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen geldig vanaf 1 januari 2016. Bij twijfel of betwisting gelden enkel de statuten.

De MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, is een onderneming onder toezicht van en toegelaten door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen bij beslissing(en) van 17 oktober 2011 om ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen aan te bieden, alsook om, op bijkomende wijze, risico's te dekken die behoren tot de hulpverlening zoals bedoeld in tak 18 van bijlage 1 van voornoemd koninklijk besluit met volgend door de Controledienst toegekend codenummer: 150/01.

De MOB is onderworpen aan onder meer de volgende wetten:

- de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen en haar uitvoeringsbesluiten;
- de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering;
- de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen en haar uitvoeringsbesluiten;
- de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen en haar uitvoeringsbesluiten en -reglementen.

Aanvullende informatie met betrekking tot de MIFID-gedragsregels

1. Zorgplicht

In het kader van de zorgplicht moeten de dienstverleners informatie inwinnen bij hun cliënten. De omvang van die informatie verschilt naargelang van het soort verzekeringsovereenkomst en van de verleende dienst.

Voorafgaandelijk aan het sluiten van een verzekeringsovereenkomst dient de dienstverlener te informeren naar de verlangens en behoeften van zijn cliënten.

De MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen biedt drie verschillende verzekeringen aan uit de tak 2 "ziekte" met elk zeer specifieke kenmerken zodat de behoeften en verlangens van het cliënteel duidelijk kunnen worden bepaald. Het betreft de volgende producten:

- CM-Hospitaalplan – een kostendekkende hospitalisatieverzekering die tegemoetkomt in de kosten bij hospitalisatie inclusief de voor en nazorg en bij ernstige ziekten
- CM-MediKo Plan, beschermt de verzekerden tegen hoge kosten buiten het ziekenhuis
- CM-Hospitaal Fix en CM-Hospitaalfix Extra, is een forfaitaire hospitalisatieverzekering die voorziet in een dagvergoeding van respectievelijk 12,37 euro en 25 euro per hospitalisatiedag

2. Beleid inzake belangenconflicten

Bij het verrichten van verzekeringsbemiddelingsdiensten kunnen zich belangenconflicten voordoen die de belangen van cliënten schaden.

Voor de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen staat naast een goede prijs kwaliteitsverhouding van de aangeboden verzekeringen en een uitstekende dienstverlening de bescherming van de belangen van haar verzekerden centraal. De MOB verzekeringen CM-Vlaanderen heeft voor de bescherming van de belangen van haar verzekerden een beleid uitgeschreven voor het voorkomen van belangenconflicten. Dit beleid beschrijft de verschillende vormen van belangenconflicten die zich kunnen voordoen en de manier waarop de conflicten worden voorkomen en beheerd.

Het belangenconflictenbeleid van de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen kan je raadplegen op <http://www.cm.be/verzekeringen> of opvragen in een CM-kantoor.

3. Erkenning en wijze van communicatie

Erkenning

Hoger vermelde verzekeringen worden aangeboden door de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, Haachtsesteenweg 579, PB40, 1031 Brussel - verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 150/01 om tak 2 'ziekte' en tak 18 'hulpverlening' te beoefenen. De MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen doet voor de bemiddeling een beroep op de CM-ziekenfondsen die erkend zijn als verzekeringsagent onder volgende erkenningsnummers:

CM-Antwerpen (101): 1009c
CM regio Mechelen Turnhout (105): 1010c
CM Leuven (108): 1011c
CM Brugge (110): 1012c
CM Zuid-West-Vlaanderen (111): 1013c
CM Oostende (112): 1014c
CM Roeselare-Tielt (113): 1015c
CM Midden-Vlaanderen (120): 1016c
CM Waas en Dender (121): 1017c
CM Sint-Michielsbond (126): 1018c
CM Limburg (131): 1019c

Dit is een uitgave van de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen.
Ondernemingsnummer: 0851.601.503

V.U.: Martine Van De Walle - PB40 - 1031 Brussel
© januari 2017

De NBB (Nationale Bank van België) en de CDZ (Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen) zijn de controleautoriteiten van de verzekeringsonderneming en van de verzekeringstussenpersonen.

NBB
De Berlaimontlaan 12 – 1000 Brussel
www.nbb.be

CDZ
Sterrekundelaan 1 – 1210 Brussel
www.ocm-cdz.be

Communicatie

Daar de producten van de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen enkel worden aangeboden via de Vlaamse CM-ziekenfondsen, gebeurt alle communicatie met onze verzekerden enkel in het Nederlands. Alle documenten zijn bijgevolg alleen beschikbaar in het Nederlands.

De communicatie met onze verzekerden kan via volgende kanalen gebeuren:

- per brief en per e-mail
- per telefoon
- in de CM kantoren van de CM-ziekenfondsen die optreden als verzekeringsagent van de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen

Eerste hulp bij hospitalisatie

Heb je vragen rond hospitalisatie?
CM staat voor je klaar.

 www.cm.be/hospitalisatie

 hospitalisatie@cm.be

 8915 Start je SMS met 'HOSPI'

 078 159 158



**Ben je al CM-lid, dan weet je dat je op CM kunt rekenen.
Ben je nog geen lid, dan nodigen wij je uit om onze troeven
te leren kennen. Ga langs in het CM-kantoor in je buurt
of surf naar www.cm.be.**

